

Starostlivost' o novorodenca z pohľadu prvorodičky

Alžbeta Chodúrová

Bakalárska práca
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alžbeta Chodúrová**
Osobní číslo: **H14170**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Starostlivosť o novorodenca z pohľadu prvorodičky**

Zásady pro vypracování:

Štúdium odbornej literatúry.

Vymedzenie pojmov a teoretických východísk so zameraním na problematiku starostlivosti o novorodenca prvorodičkou.

Príprava metodiky empirickej časti.

Realizácia prieskumu technikou dotazníku.

Spracovanie, vyhodnotenie a interpretácia získaných dát.

Prezentácia výsledkov šetrenia, ich zhrnutie a návrh doporučení pre prax.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DORT, Jiří. Ošetrovatelské postupy v neonatologii. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2011. ISBN 978-80-7043-944-9.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: Vybrané kapitoly. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3940-3.

GASKIN, Ina May. Průvodce kojením. Praha: Argo, 2011. ISBN 978-80-257-0483-7.

MEEKS, Maggie a Maggie HALLSWORTH. Nursing the neonate. 2nd ed. Ames, Iowa: Wiley-Blackwell, 2010. ISBN 978-1-4051-4974-7.

TAKÁCS, Lea et al. Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Andrea Filová

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

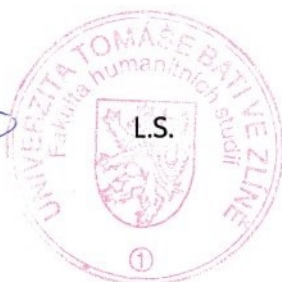
9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 29.2.2014.....

Chodík
.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalárska práca je zameraná na problematiku starostlivosti o novorodenca prvorodičkou. Bakalárska práca obsahuje teoretickú a praktickú časť. Cieľom práce je zistiť problémové oblasti v starostlivosti o novorodenca z pohľadu prvorodičiek.

Teoretická časť sa zaoberá novorodeneckým obdobím, prvým ošetrovaním novorodenca, starostlivosťou o novorodenca, bondingom a psychickou stránkou ženy po pôrode.

V empirickej časti je použitá dotazníková technika šetrenia. Cieľovou skupinou sú ženy prvorodičky. Výsledkom praktickej časti sú odporúčenia pre prax.

Kľúčové slova: prvorodička, novorodenec, starostlivosť o novorodenca, bonding, rooming-in

ABSTRACT

The Bachelor thesis focuses on the issue of newborn care from the primipara perspective. The theoretical part deals with the neonatal period, the initial care of the newborn, the general care of the newborn, the bonding period and the psychological aspect of the woman after giving birth for the first time.

The questionnaire survey technique is used in the empirical part. The primary subject of the study are women who have given birth for the first time. The practical part results in various recommendations for the well being and care of first time mothers and their newborn babies. The practical part results in recommendations for practice.

Keywords: primipara, newborn, newborn care, bonding, rooming-in,

Chcela by som veľmi pekne poďakovať pani Mgr. Filovej za vedenie bakalárskej práce, za jej rady, odporúčania, pripomienky, podnety a milý prístup. Tiež by som sa rada poďakovala vedeniu Krajskej nemocnici Tomáše Bati za umožnenie dotazníkového šetrenia a zamestnancom novorodeneckého oddelenia za pomoc pri distribúcii dotazníkov. Poďakovanie taktiež patrí všetkým respondentkám ktoré mi boli ochotné vyplniť dotazník. Na záver chcem poďakovať mojej rodine, blízkym a priateľom za podporu počas celého môjho štúdia.

Prehlasujem, že odovzdaná verzia bakalárskej práce a verzia elektronickej verzie nahrané do IS/STAG sú totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČASŤ	12
1 NOVORODENECKÉ OBDOBIE	13
1.1 ZÁKLADNÉ REFLEXY NOVORODENCA	13
1.2 ZMYSLY NOVORODENCA	14
1.3 POTREBY NOVORODENCA	15
1.3.1 Potreba istoty a bezpečia	15
1.3.2 Potreba stimulácie a učenia	15
1.3.3 Potreba vyprázdňovania	15
1.3.4 Potreba regulácie teploty	16
1.3.5 Potreba kyslíku	16
1.3.6 Potreba nutričná	17
2 PRVÉ OŠETRENIE NOVORODENCA	18
2.1 FYZIKÁLNE VYŠETRENIE NOVORODENCA	18
2.2 NOVORODENECKÝ SCREENING	19
2.2.1 Laboratórny screening	19
2.2.2 Prístrojové screeningové vyšetrenie	19
3 BONDING A ROOMING - IN- PODPORA VZŤAHU MATKY A DIEŤAŤA	21
3.1 BONDING.....	21
3.2 ROOMING-IN.....	22
4 STAROSTLIVOSŤ O NOVORODENCA	23
4.1 HYGIENICKÁ STAROSTLIVOSŤ	23
4.1.1 Prebaľovanie	24
4.1.2 Kúpeľ novorodenca	25
4.2 STAROSTLIVOSŤ O VÝŽIVU	26
4.2.1 Zloženie materského mlieka	26
4.2.2 Dojčenie	27
4.2.3 Starostlivosť o prsia	28
4.3 STAROSTLIVOSŤ O KOŽU	28
4.4 STAROSTLIVOSŤ O PUPOČNÝ PAHÝL	29
4.5 SPÁNOK NOVORODENCA	30
4.6 OBLIEKANIE A BALENIE NOVORODENCA	31
5 PSYCHIKA ŽENY PO PÔRODE	32
5.1 PSYCHICKÉ POPÔRODNÉ PORUCHY	32
5.1.1 Popôrodná depresia	32
5.1.2 Popôrodný blues	33
5.2 KOMUNIKÁCIA V PERINATÁLNOB OBDOBÍ S RODIČKOU	34
II PRAKTICKÁ ČASŤ	35
6 CIELE A METODIKA PRÁCE	36

6.1	FORMULÁCIA PROBLÉMU	36
6.2	CIELE PRÁCE	36
6.3	METODIKA VÝSKUMNÉHO ŠETRENIA	37
6.4	METÓDA ZBERU DÁT	37
6.5	ORGANIZÁCIA PRIESKUMU	37
7	SPRACOVANIE ZÍSKANÝCH DÁT	38
7.1	VÝSLEDKY	38
7.1.1	Demografické údaje	38
7.1.2	Vnímanie starostlivosti o novorodenca prvorodičkou	40
7.1.3	Predchádzajúce skúsenosti so starostlivosťou o novorodenca	43
7.1.4	Edukácia v nemocnici	45
7.1.5	Jednotlivé oblasti edukácie počas hospitalizácie	48
7.1.6	Preferované zdroje získavania informácií v starostlivosti o novorodenca	51
7.2	DISKUSIA	53
7.2.1	Odporúčania pre prax	56
	ZÁVER	58
	ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	59
	ZOZNAM POUŽITÝCH SYMBOLOV A SKRATIEK	64
	ZOZNAM TABULIEK	65
	ZOZNAM PRÍLOH	67

ÚVOD

Témou bakalárskej práce je. „Starostlivosť o novorodenca z pohľadu prvorodičky.“ V živote každej ženy je rola matky veľmi náročnou etapou života. Už počas prenatálneho obdobia je matka zodpovedná za zdravie a vývoj svojho dieťaťa.

Po narodení dieťaťa pribudne veľa nových povinností v starostlivosti o nového člena rodiny, ktoré si musí prvorodička rýchlo osvojiť. Novorodenec je v plnej miere odkázaný na starostlivosť iných a to hlavne matky. Starostlivosť o novorodenca je špecifická. Je to jedinečné obdobie, ktoré si vyžaduje veľa pozornosti.

V novorodeneckom období prebieha adaptácia novorodenca na okolité prostredie. Začína sa tiež budovať silnejšie puto medzi matkou a dieťaťom. Po pôrode sa o novorodenca stará zdravotnícky personál, ktorí musí vykonať potrebné ošetrovanie bábätka. Je dôležitý včasný kontakt medzi matkou a novorodencom, ale napriek tomu by nemala zostávať v úzadí pomoc od tímu zdravotníkov.

V dnešnej dobe rýchleho osamostatňovania mladých ľudí a všade dostupného internetu, sa veľakrát stáva, že tento spôsob vyhľadávania informácií ide do popredia namiesto odbornej rady alebo pomoci. Je dôležité aby prvorodičky dostávali overené a adekvátne informácie od profesionálov a osvojovali si správne techniky starostlivosti o novorodenca. Je potrebné aby mala prvorodička pocit istoty pri starostlivosti, aby nebola stresovaná a mala vždy možnosť konzultácie s odborníkom.

V teoretickej časti práce sa zameriavame na novorodenecké obdobie, potreby novorodenca, prvé ošetrovanie a starostlivosť o novorodenca. Nesmieme zabúdať aj na starostlivosť o ženu a psychiku ženy po pôrode či včasnému kontaktu matky s dieťaťom prostredníctvom bondingu s pokračovaním nepretržitého kontaktu v systéme rooming-in.

V praktickej časti bakalárskej práce sme sa zamerali na viaceré aspekty, prostredníctvom ktorých budeme zisťovať nedostatky v starostlivosti o novorodenca z pohľadu prvorodičky a najproblémovejšie oblasti. Naším cieľom je zistiť ako prvorodička vníma starostlivosť o novorodenca, či je dostatočne edukovaná počas hospitalizácie, aké sú jej pocity, v akých oblastiach má problém v starostlivosti a v neposlednom rade sa budeme snažiť zistiť, či informácie poskytované zdravotníckym personálom sú jednotné a dostatočné.

Túto tému som si vybrala preto, že chcem zistiť ako prvorodičky vnímajú starostlivosť o novorodenca. Kde sú ich najväčšie rezervy, čoho sa najviac obávajú a čo je príčinou.

Ďalším dôvodom výberu témy boli osobné dôvody. Táto téma je pre mňa veľmi zaujímavá a chcela by som sa v tejto oblasti pohybovať aj v nasledovnom študijnom alebo pracovnom živote.

Touto prácou by som chcela zdôrazniť nevyhnutnosť podávania kvalitných, zrozumiteľných informácií práve od odborníkov.

I. TEORETICKÁ ČASŤ

1 NOVORODENECKÉ OBDOBIE

Novorodenecké obdobie je obdobie odo dňa narodenia po 28. deň postnatálneho života. V tomto období prebieha adaptácia novorodenca na vonkajšie prostredie. Užšie novorodenecké obdobie je obdobie od narodenia po 7. deň života. Prebiehajú radikálne zmeny, kedy novorodenec začína žiť samostatne. Je to predovšetkým adaptácia krvného obehu, dýchania a príjmu potravy (Klíma, 2016, s. 32 a 91).

Donosený novorodenec je novorodenec narodený v rozmedzí od 38. 42. týždňa tehotenstva. Zrelý novorodenec má pôrodnú hmotnosť 2500 až 4200 g a dĺžku 48 až 52 cm (Pánek, 2013, s. 363-366; Klíma, 2016, s. 91).

1.1 Základné reflexy novorodenca

Každý fyziologický novorodenec je vybavený vrozenými reflexami. Niektoré reflexy sú nevyhnutné pre prežitie. Napríklad sací reflex, pomocou ktorého sa novorodenec dokáže prisasť k prsníku a prijímať potravu. Novorodenecké reflexy nie sú stále. V priebehu prvých mesiacov reflexy vznikajú a zanikajú. Prítomnosť týchto základných reflexov je ukazovateľom zrelosti novorodenca. Ich chýbanie môže byť varovným signálom rôznych porúch (Sedlářová a kol, 2008, s. 53).

Základné reflexy :

- Akustikofaciálny reflex – objavuje sa od 10. dňa života dieťaťa.
- Reflex chôdze – Je prítomný len do 3. mesiaca života dieťaťa. Tento reflex je prítomný pri vertikálnej polohe dieťaťa a kontakte plosky nôh o podložku.
- Sací a hľadací reflex – fyziologicky sa vyskytujú do 3. až 4. mesiaca po narodení. Novorodenec po stimulácii v blízkosti úst otvorí ústa a mierne vysunie jazyk, pripravuje sa tak na prijímanie potravy z prsníka.
- Moro reflex – nazýva sa tiež úľaková reakcia novorodenca. Vyznačuje sa symetrickým pohybom rúk vo forme rozpätia s otvorenými dlanami. Novorodencovi môže začervenat' koža a následne nastane pohyb pripomínajúci objatie a výdych alebo plač.
- Reflexný úchop na horných končatinách.
- Reflexný úchop na dolných končatinách (Hradilová, 2012; Straňák, 2015, s. 45).

1.2 Zmysly novorodenca

Novorodenec je vybavený zmyslami. Ich rozvoj a dozrievanie postupuje od kontaktných k distálnym a kefalokaudálnym, čo znamená že sa rozvíjajú postupne od hmatu k sluchu a od hlavy ku končatinám. Podľa Hradilovej (2012) je novorodenec schopný memorovať informácie z okolitého sveta až 24 hodín (Šulová, Fait, 2015, s. 131-132).

Hmat – hmat sa vyvíja už intrauterine. Účasť na tomto zmysle majú reflexy. Dostatočne je vyvinutý už po narodení dieťaťa a najcitlivejší je v oblasti úst. Postupne dozrieva kefalokaudálne na ostatné časti tela. Vďaka tomuto zmyslu, môžu novorodenci preferovať taktilné utišovanie a dotyky (Mihál, 2012, s.19-20; Šulová, Fait, 2015, s. 131-132).

Čuch – čuch sa vyvíja až po narodení. No napriek tomu je novorodenec schopný rozoznávať vôňu matky od iných už 6. až 10. deň po narodení (Mihál, 2012, s.19-20).

Chuť – novorodenci uprednostňujú predovšetkým sladkú chuť a pretrváva až do prvého roku života dieťaťa. Už po 7. dni života dokáže novorodenec rozoznať chuť mlieka matky a chuť od inej ženy. (Kyle, Carman, 2013 s.74; Mihál, 2012, s. ; Šulová, Fait, 2015, s. 131-132)

Sluch – sluch je rozvinutý hneď po narodení ale vyvíja sa už prenatálne. Dieťa je schopné počuť už v prenatálnom období napríklad tlkot srdca matky alebo hlas matky pri rozprávaní. Po narodení preferuje ľudský hlas a od iných zvukov a onedlho po pôrode je novorodenec schopný rozpoznať hlas matky (Šulová, Fait, 2015, s. 131-132).

Poruchy sluchu nie sú ojedinelé. Môžu sa vyskytnúť v súvislosti s infekciou, ktoré prebehla intrauterine ale tiež môže byť porucha sluchu dedičného pôvodu, kedy ani jeden z rodičov nemusia mať poruchu sluchu. V rámci novorodeneckého screeningu sa po narodení dieťaťa pred prepustením do domáceho prostredia vyšetrujú takzvané tranzitne evokované otoakustické emisie (TEOAE) (Gregora, Dokupilová, 2016, s. 70).

Zrak – Fyziologický novorodenec je schopný vidieť. Mnohokrát je prítomný strabizmus, čo znamená, že dieťa škúli. Je schopné vnímať svetlo a tmu alebo svetlé a tmavé objekty, ale ostrosť videnia je podstatne menšia ako u dospelého človeka. Vnímajú objekty len do 1 metra a uprednostňujú pohybujúce sa objekty. Ich nervové dráhy nie sú dostatočne zrelé (Kyle, Carman, 2013 s.73; Mihál, 2012, s.19-20).

Pre novorodenecké obdobie je charakteristický bábkový fenomén. Bábkový fenomén sa prejaví pri otočení hlavy novorodenca a očné bulvy do opačnej strany. Bulvy v tejto polo-

he chvíľu zotrvať a potom sa jemnými záškľbmi vrátia späť do stredovej polohy (Šulová, Fait, 2015, s. 131-132).

1.3 Potreby novorodenca

V minulosti bolo za základné potreby novorodenca považované iba nakŕmenie, prebalenie a uspokojovanie biologických potrieb. Na začiatku 60. až 70. rokov sa začala formovať myšlienka potrieb sociálnych a citového zázemia. Hlavnou myšlienkou boli šetrnejšie pôrody vzhľadom nielen k matke ale aj k dieťaťu. To znamená napríklad tlmené svetlo pri pôrode, ticho, pokoj a čas na adaptáciu v rukách matky (Kurzová a kol., 2015, s. 5-7; Takács, 2012, s. 15-21).

1.3.1 Potreba istoty a bezpečia

Novorodenec má taktiež potrebu istoty a bezpečia. Tieto potreby sú nevyhnutné začať uspokojovať už hneď po narodení dieťaťa a to tak, že novorodenec nie je odlučovaný od matky a má dostatok času na popôrodnú adaptáciu. Popôrodnú adaptáciu môže ovplyvniť mnoho faktorov ako napríklad emocionálny a fyziologický stav matky na ktorý novorodenec dokáže veľmi citlivo reagovať (Takács, 2012, s. 15-21).

1.3.2 Potreba stimulácie a učenia

Novorodenec má už od narodenia dobre vyvinutý zmyslový aparát, vďaka ktorému môže spájať a prijímať informácie z vonkajšieho prostredia. Je pripravený prijímať sociálny kontakt od matky a blízkych osôb. Každý novorodenec je individuálny a preto potrebuje starostlivosť vnímavou osobou, ktorou je zvyčajne matka. Jej inštinkty a schopnosť reagovať na jemné signály potrieb a zmeny biorytmu má pravdepodobne hormonálny základ. Nevhodnou stimuláciou a zlé vyhodnotenie potrieb môže viesť až k strate záujmu o sociálny kontakt a spomalený vývoj novorodenca (Takács, 2012, s. 15-21).

Schopnosť učenia je vrodená ale čo sa dieťa naučí je získané a závisí od mnohých faktorov a podnetov získavaných z okolitého prostredia (Šulová, Fait, 2015, s. 131-132).

1.3.3 Potreba vyprázdňovania

Vyprázdňovanie je automatické a spontánne. Novorodenec nie je schopný ovládať svoju defekáciu. Prvá stolička u novorodenca sa nazýva smolka. Smolka má čiernu farbu a mala by odísť do 48 hodín po pôrode. Po zahájení kojenia sa smolka začína meniť na mliečnu

stoličku ktorá je kašovitej konzistencie a jemne žltej farby. Smolka sa skladá z natrávenej plodovej vody, ktorú dieťa hltá intrauterinne, odlúpaných epitélií a žlči (Kyle, Carman, 2013 s.69; Sedlářova 2008, s. 112).

Taktiež močenie je mimovoľné a automatické. Po pôrode by malo dieťa močiť do 24 hodín zvyčajne dôjde k odchodu moču už počas pôrodu. Niekedy sa môžu nachádzať v plienke viditeľné hnedožlté kryštály, ktoré spôsobujú uráty. Sú to soli kyseliny močovej a vylučovanie je v tomto období fyziologické (Gregora, Dokupilová, 2016, s. 35; Sedlářova 2008, s. 57).

1.3.4 Potreba regulácie teploty

Termoregulácia novorodenca je nedostatečná (Muntau, 2014, s. 3). Pre novorodenca je dôležité zaistiť termoneutrálne prostredie, ktoré napomáha k stabilizácii srdečnej akcie a dýchania a znižuje energetický výdaj. Po pôrode má novorodenec takú istú teplotu ako matka prípadne vyššiu. Najjednoduchším spôsobom zaistenia termoneutrálneho prostredia je priloženie novorodenca na telo matky, ľahké osušenie a prikrytie. Fyziologická teplota novorodenca meraná per rectum je v rozmedzí od 36,5 do 37,5 °C. Termoneutrálnym prostredím je teplota 33 °C. Ak nemá novorodenec vhodné prostredie s ideálnou teplotou, môže hroziť hypotermia. Hypotermia je teplota pod 36 °C nameraná per rectum. V prípade, že novorodenec nemôže byť ošetrovaný na tele matky, je potrebné aby bolo ošetrované na výhrevnej podložke aby sa zamedzilo vzniku hypotermie (Pánek, 2013, s. 363-366).

1.3.5 Potreba kyslíku

Pred pôrodom je v pľúcach plodu tekutina. Množstvo tekutiny je približne 30ml/kg. Krátko pred pôrodom je produkcia tekutiny znížená a začne sa vstrebávať cez lymfatické a pľúcne kapiláry. Po pôrode je chladné prostredie a prerušenie pupočnej šnúry silným podnetom pre prvý nádych novorodenca. Po prvom nádychu nasleduje krik, ktorý pomáha zbaviť sa ostatnej tekutiny ktorá zostala v pľúcach. Je to nevyhnutné pre čo najrýchlejšie zahájenie samostatného dýchania (Hallsworth, Meeks a Yeo, 2010, s. 105 - 107).

Dýchania u novorodencov je v rozmedzí od 30 do 60 dychov za minútu. Tepová frekvencia ihneď po narodení môže byť až 180 úderov za minútu a neskôr sa stabilizuje na 100 až 160 úderov za minútu (Šulová, Fait, 2015, s. 131-132).

1.3.6 Potreba nutričná

Nutričná potreba je uspokojovaná prostredníctvom kojenia. Tento proces je tiež podmienený vrodeným sacím reflexom. Prostredníctvom kojenia poskytuje dieťaťu pocit istoty a bezpečia a dáva mu pocit stability, no neposlednom rade zabezpečuje nutričnú výživu. Výživa je základ pre správny rast a vývoj dieťaťa (Šulová, Fait, 2015, s. 131-132).

Dieťa môže po narodení stratiť 5 - 10% svojej váhy. Je to fyziologický stav u väčšiny novorodencov. Hmotnostný úbytok zapríčiňuje viacero faktorov. Je to odchod smolky, moču ale predovšetkým stratou telesnej vody alebo vstrebaním mázku (Gregora, Dokupilová, 2016, s. 44-45).

2 PRVÉ OŠETRENIE NOVORODENCA

2.1 Fyzikálne vyšetrenie novorodenca

Časť fyzikálneho vyšetrenia sa vykonáva bezprostredne po pôrode. Slúži na rýchle zhodnotenie zdravotného stavu novorodenca. Bezprostredne po pôrode sa novorodenec vyšetří pomocou Apgarovej skóre (Príloha 2), ktoré sa hodnotí 1. 5. A 10. minútu po pôrode. Pomocou Apgarovej skóre hodnotíme farbu pokožky, srdečnú akciu, dýchanie, svalový tonus a reakciu na podráždenie. Prvé vyšetrenie novorodenca by malo prebehnúť za 10 minút od pôrodu (Muntau, 2014, s. 4).

Žltacka nie je typická v priebehu prvých 24 hodín. Ak nastane, je potrebné zistiť čo najrýchlejšie príčinu (Lebl, 2014, s. 16).

Do fyzikálneho vyšetrenia ďalej patrí zmeranie, zváženie, vyšetrenie hlavy, krku, hrudníku, brucha a končatín, vyšetrenie kože, zmeranie vitálnych funkcií, vyšetrenie genitálu, nervového systému čo zahŕňa predovšetkým vyšetrenie prítomnosti reflexov (Straňák, 2015, s. 35-46).

Telesná teplota sa vyšetruje po prvý krát per rectum a následne podľa potreby axilárne. Meranie telesnej teploty v axile je vhodnejšie a to z dôvodu prevencie rozdráždenia konečníka (Lebl, 2014, s. 16-20).

Na hlavičke si všimame jej obvod a veľkosť fontanel ktorá je následne v dokumentácii uvedená v centimetroch. Pri vyšetrení dutiny ústnej je dôležité zhodnotenie celistvosti mäkkého a tvrdého podnebia, farba pier a jazyka (Straňák, 2015, s. 39-41; Lebl, 2014 s.16-20).

V ďalšej časti je potrebné vylúčenie zlomením, ktoré často vznikajú v dôsledku popôrodnej traumy. Zlomenina kľúčnej kosti sa môže prejaviť jemnou krepitáciou a nerovnosťou kosti. Táto zlomenina sa hojí spontánne a bez ďalších následkov v priebehu niekoľkých týždňov (Lebl, 2014 s. 16-20).

Na hrudníku si všimame jeho symetrickosť, dýchanie ale patrí sem aj vyšetrenie srdcovej činnosti. Normálne dýchanie je eupnoické a v pokoji je takzvaný abdominálny typ dýchania. Akcia srdca sa najčastejšie hodnotí pomocou fonendoskopu. Normálna akcia srdca je od 110 – 160 úderov za minútu. V spánku môže byť táto hodnota nižšia ale nikdy nie pod 80 úderov za minútu (Lebl, 2014 s. 16-20).

Na bruchu posudzujeme veľkosť a poklepom môžeme zistiť črevnú náplň a palpačne napríklad zväčšenie niektorých orgánov. U chlapcov je potrebné skontrolovať zostup semeníkov do skrota (Lebl, 2014, s. 18).

Na dolných končatinách zisťujeme prítomnosť pulzácie femorálnych artérií. Ďalej si všímame symetriu, pohyblivosť a vzhľad a prítomnosť vrodených vývojových vád. K prvému vyšetreniu patrí tiež kontrola počtu prstov na horných aj dolných končatinách (Straňák, 2015, s. 43).

Na záver sa vyšetria bedrové kĺby. Vyšetrením zisťujeme ich hybnosť a správne postavenie. Vyšetrenie bedrových kĺbov je súčasťou novorodeneckého screeningu (Lebl, 2014, s. 16-20).

2.2 Novorodenecký screening

Novorodenecký screening slúži na včasnú detekciu vrodených ochorení ešte v preklinickom štádiu. Včasný záchyt zvyčajne ochorenie nevylieči, ale hlavným cieľom screeningu je predísť ďalším možným poškodeniam do doby prvých klinických príznakov (Sedlářová a kol. 2008, s. 60-61).

Screening je rozdelený do vyšetrení ktoré sa vyhodnocujú laboratórne a prístrojovo. Obsah screeningového vyšetrenia je v jednotlivých krajinách rôzny. Závisia od rôznych faktorov ako je prevalencia ochorenia v danej krajine alebo štáte (Lebl, 2014, s. 23).

2.2.1 Laboratórny screening

Laboratórny screening je vyhodnocovaný analýzou takzvanej suchej kvapky krvi. Je povinný pre všetkých novorodencov. Odoberá sa krv z pätičky na špeciálnu odberovú screeningovú kartičku kde je predtlačená oblasť množstva krvi. Tento odber musí byť zrealizovaný v rozmedzí od 48. – 72. hodiny. Prostredníctvom krvného screeningu je možné vyšetriť fenylyketonúriu, kongenitálnu hypothyreózu, cystickú fibrózu a kongenitálnu adrenálnu hyperpláziu (Sedlářová a kol., 2008, s.60; Lebl, 2014, s. 24).

2.2.2 Prístrojové screeningové vyšetrenie

K prístrojovému screeningovému vyšetreniu sa používa ultrazvuk, oftalmoskop a prístroj k zisteniu tranzitne evokovaných otoakustických emisií (TEOAE).

Ultrazvuk pri screeningu slúži na vyšetrenie bedrových kĺbov a slúži na včasný záchyt a liečbu dysplázie bedrového kĺbu. Správny postup pri liečbe a včasné zachytenie významne ovplyvňuje počet chirurgických výkonov. Aj v prípade fyziologického nálezu sa vyšetrenie opakuje v 4-6 týždni veku dieťaťa (Lebl, 2014, s. 24 - 25).

Oftalmoskopom sa používa k zachyteniu kongeniálnej katarakty. Včasný záchyt je dôležitý z hľadiska včasného chirurgického zákroku a tak dosiahnutie lepších výsledkov a takmer normálnych zrakových funkcií. Kataraktu je vhodné operovať do 6. týždňa veku dieťaťa (Lebl, 2014, s. 24 - 25).

Meranie TEOAE slúži na včasné zachytenie problémov súvisiacich so sluchom. Sluch má dôležitú funkciu v správnom vývoji dieťaťa a to z mentálneho a psychosociálneho hľadiska, z hľadiska vývoja reči a kognitívnych schopností. Včasnými intervenciami, chirurgickým zákrokom je možné ovplyvniť kvalitu života dieťaťa a rovnocenný vývoj s rovesníkmi (Lebl, 2014, s. 24 - 25). Je však dôležité nepodceňovať informovanosť matky a o všetkých vyšetreniach podať včas dostatok informácií.

3 BONDING A ROOMING - IN- PODPORA VZŤAHU MATKY A DIEŤAŤA

3.1 Bonding

Význam slova bonding znamená zblížovanie, viazanie, pripútanie. Jedná sa o popôrodný proces medzi matkou a dieťaťom kedy prebieha budovanie citovej väzby. Ide o priamy kontakt koža na kožu tiež takzvaný skin-to-skin. U matky dochádza k pocitom eufórie a šťastia. Z fyziologického hľadiska je teplota matkinho tela ideálna pre teplotnú adaptáciu novorodenca (Kurzová a kol., 2015, s .6).

„Myšlienka rannej popôrodnej väzby sa v strede záujmu sa po prvý krát objavila v 70. rokoch 20. storočia.“ (Kurzová a kol., 2015, s .6).

Odlíšné správanie matiek skúmali a popisali americký pediatri Marshall Klaus a John Kennel. Objavovali nové súvislosti a negatíva popôrodnej separácie matky a dieťaťa.

Napriek dôkazom pozitívneho vplyvu bondingu na dieťa aj matku nie je dodnes používaný všade. V niektorých pôrodniciach stále funguje systém prvého ošetrenie a zabalenia mimo matky a až následne prinesené k matke, napriek tomu, že celé základné ošetrenie môže prebehnúť priamo na tele matky ak nie sú prítomné iné komplikácie znemožňujúce včasný kontakt skin-to.skin (Kurzová a kol., 2015, s .6-7 Erzová; Rastislavová, 2011, s. 36-37).

Výsledky dotazníkového šetrenia Kurzovej, Kronďákovovej a Janouškovej (2015), poukazujú na nízku propagáciu a aplikáciu bondingu v Českej republike. Význam slova bonding poznalo len 10% žien ale z druhého hľadiska až 60% žien si myslí, že neprerušovaný kontakt je dôležitý (Kurzová a kol., 2015, s .6-7).

Ak je novorodenec priložený na telo matky, po 30 až 40 minútach sa začína plaziť a snaží sa dostať k prsu matky (Erzová, Rastislavová, 2011, s. 36-37).

Najideálnejší čas nepretržitého bondingu je od narodenia po zahájenie prvého dojčenia. Až po tejto dobe je vhodná separácia matky a dieťaťa. Bonding môže ovplyvniť správanie dieťaťa aj matky v budúcnosti (Moore et al., 2016).

Najsenzitívnejšie obdobie je do 2 hodín od pôrodu. Separácia matky počas tohto intervalu môže narušiť nie len vzťah medzi matkou a dieťaťom ale môže mať vplyv na zahájenie kojenja.

Podľa štúdie Aghadas a kol. (2014), kontaktom skin-to-skin matka poskytuje dieťaťu taktilnú a verbálnu stimuláciu, čím podporuje zahájenie úspešného kojenia (Aghdas a kol., 2014).

3.2 Rooming-in

V minulosti bol trend v odlučovaní dieťaťa od matky, novorodenci boli uložený v novorodeneckej izbe, čo malo viacero nevýhod. Na kojenie sestry novorodencov prinášali matkám v pravidelných intervaloch. Bol minimálny alebo žiadny kontakt skin-to-skin, čo negatívne ovplyvňovalo laktáciu z nedostatočnej produkcie prolaktinu. Systémom separácie mohol mať vplyv na zmenu novorodencov. Pojem rooming-in znamená, že novorodenec je počas celej hospitalizácie v blízkosti matky, môže tak reagovať na jeho potreby a začať rozumieť jeho potrebám a signálom. Je umiestnený na tej istej izbe a matka tak môže prebrať starostlivosť o dieťa takmer hneď po pôrode. V systéme rooming-in je novorodenec minimálne separovaný od matky, čo má vplyv na získanie istoty pri starostlivosti, rýchlejšie osvojenie si techník starostlivosti, pozitívni vplyv kojenie, tvorbu materského mlieka a budovanie vzťahu k dieťaťu. Separácia dieťaťa od matky môže mať vplyv aj na výskyt popôrodnej depresie (Gaskin, 2011, s. 81-90, Šusterová, 2010, s. 86-88).

4 STAROSTLIVOSŤ O NOVORODENCA

4.1 Hygienická starostlivosť

Hygienická starostlivosť o novorodenca, najmä názory a odporúčania na prvý kúpeľ sa formovala už v minulosti. Paulus Bagellardus vo svojej publikácii z roku 1472, odporúča kúpeľ už v pôrodnici a to bezodkladne po prerušení pupočníku. Ďalším odporúčaním bolo v minulosti v roku 1859 podľa dr. Sternga zmývať hubkou „sliz“ z dieťaťa. Ak bol tento „sliz“ (dnes nazývaný vernix caseosa alebo mázok) ťažko zmývateľný, odporúčal potrieť dané miesta nesoleným maslom alebo žĺtkom. Najvhodnejšia bol podľa Strenga kúpeľ vo vlažnej vode s pridaním mlieka alebo pšeničných otrúb (Fendrychová, 2011, s. 57-58).

Až v roku 1898 sa začali formovať názory o nevhodnosti kúpeľa novorodenca ihneď po pôrode. Taktiež, sa začalo považovať za nevhodné umývať oči a tvár vodou v ktorej bol novorodenec kúpaný. V roku 1919 sa začalo upúšťať od používania hubiek, kvôli hygiene a dezinfekcii. Dostatočnú dezinfekciu hubky nebolo možné zabezpečiť, tak aby bola použiteľná na viac umývaní (Fendrychová, 2011, s. 59-60).

V minulosti sa odporúčalo dieťa po pôrode natierať olivovým olejom, maslom alebo sadlom. Bolo to účinné na odstránenie mázku, ktorý považovali za škodlivý, spôsobujúci zápal a podráždenie. Často prebiehali spory a dohady ohľadom spôsobu hygienickej starostlivosti. Niektorí autori odporúčali sprchovanie novorodenca iní kúpeľ vo vaničke alebo umývanie na podložke (Fendrychová, 2010, s. 126; Fendrychová, 2011, s. 59).

V súčasnosti sa do popredia dostáva bonding, realizovaný okamžite po pôrode. Dieťa sa len zľahka osuší a prikryje. Ak sú jeho vitálne funkcie stabilizované, zostáva pri matke až do prevozu na oddelenie šestonedelia. Kúpeľ novorodenca sa odkladá na najskôr 2 až 4 hodiny po pôrode ale dlhší časový interval 12 až 24 hodín je taktiež prípustný (Fendrychová, Borek, 2012).

V starostlivosti o hygienu má nezastupiteľné postavenie sestra. Edukuje matku ako teoreticky aj prakticky v starostlivosti o hygienu novorodenca.

4.1.1 Prebaľovanie

V súčasnosti sa preferuje používanie jednorazových plienok. V minulosti boli používané látkové plienky z bavlny. Jednorazové plienky, takzvané „pampersky“ sa do Európy dostali na začiatku 90 rokov. Začali sa používať nie len v domácnosti ale aj v nemocniciach. Uľahčovali prácu nie len matkám ale aj sestram. Nemuseli sa prať, sušiť, počítat' a prebaľovanie novorodenca sa stalo jednoduchším (Fendrychová, 2011, s. 134 - 136).

Jednorazové plienky mali ako výhody tak aj nevýhody. Jednorazové plienky mali za následok zlé zasychanie pupočného pahýľu, nedostatočné dýchanie pokožky a vstrebávanie absorpčných látok obsiahnutých v plienke do pokožky dieťaťa (Fendrychová, 2011, s. 134 - 136).

Počet výmeny plienok je rôzny. Dôležité je udržiavať dieťa v suchu a čistote. Priemerný počet prebalení je 7 až 8 krát za deň. Neexistujú na to striktné odporúčania ale jedným zásadným krokom je dieťa prebaľiť ešte pred kŕmením. Po kŕmení by nemalo dôjsť k veľkej manipulácii. Mohlo by dôjsť k gastroezofageálnemu refluxu pre horizontálnu polohu dieťaťa (Srovátková, 2015 s. 128; Fendrychová, 2015 s. 275-278).

Dieťa prebaľujeme tak aby nebol zadoček vo vyššej polohe ako hlava. Dieťa prebaľujeme otočením zo strany na stranu. Nevhodná poloha dieťaťa pri prebaľovaní môže spôsobiť určité komplikácie ako je zvýšenie intrakraniálneho tlaku, čo môže zapríčiniť krvácanie. Ďalšou nevýhodou zlej polohy pri prebaľovaní je, že dostávame chrbticu do neprirodzenej polohy (Fendrychová, 2015 s. 275-278).

Častým problémom je zaparenie zadočku. Vzniká červené sfarbenie kože, ktoré je bolestivé a svrbí. K zapareninám dochádza pôsobením vlhkého prostredia. Toto vlhké prostredie môže byť spôsobené nie len močom alebo stolicou ale aj v situácii, kedy je dieťa nevhodne oblečené a to najčastejšie v lete.

Preveniou oparenín je dôkladná hygiena. Najvhodnejšia na hygienickú starostlivosť po prebalení je čistá voda a dôkladné opláchnutie zadočku pri každom prebaľovaní. Je vhodné používať ochranné pasty alebo krémy (Gregora, Dokupilová, 2016, s. 82).

4.1.2 Kúpeľ novorodenca

Na oddelení šestonedelia edukuje o postupe a technike kúpeľa detská sestra alebo pôrodná asistentka. Kvôli bezpečnosti dieťaťa je dôležité zdôrazniť, že dieťa nikdy nenechávame samé a neodbiehame. Nikdy nenechávame dieťa samé ani vo vode. Novorodenec sa môže utopiť už od 2 cm vody za menej ako 60 sekúnd. Všetky pomôcky je potrebné mať nachystané vopred (Fendrychová 2010, s. 127).

Na kúpeľ novorodenca je potrebné si vopred nachystať žinku na očistenie, čisté oblečenie, plienku, mydlo, osušku, hrebienok na vlasy a vaničku. K ošetrovaniu pupočníku si nachystáme dezinfekciu Softspet N a k prevencii zaparením masť na ošetrovanie zadočku. Pred začatím samotného kúpeľa prebalíme dieťaťko a podložíme čistú plienku. Ideálna teplota vody je 37 °C. Vodu napustíme najskôr studenú a potom teplú. Pre kontrolu môžeme ponoriť lakeť, voda nesmie byť ani studená ani príliš teplá, no najspôľahlivejší je teplomer. Žinku namočíme do čistej vody vo vaničke a postupne umývame dieťa od hlavičky potom vlásy. Po tejto časti môžeme ale nemusíme do vody pridať mydlo a dieťa umývať ďalej v poradí krk, hrudník, chrbátik, horné a dolné končatiny a na koniec genitál a zadoček. Je dôležité aby mydlo malo neutrálnu pH – 5,5 až 7,0. S myciami emulziami sa odporúča kúpať raz za týždeň, inak je vhodná čistá voda. Časté používanie kozmetiky môže spôsobiť nadmerné vysušovanie pokožky, vznik alergií, zmeny pH a tiež sa môžu cez tenkú kožu vstrebávať konzervačné látky a chemikálie do tela novorodenca. U dievčatiek je nutné dodržať smer umývania od symfýzy k anu, aby sa predišlo zaneseniu infekcie do močových ciest. U chlapcov je do 1 roka fyziologická fimóza a konglutinácie predkožky. Z toho dôvodu s predkožkou nemanipulujeme. Nesmieme zabudnúť na záhyby ako sú za ušnými lalôčkami alebo pod bradou, krčné záhyby a záhyby na končatinách. Potom môžeme dieťa položiť do vaničky s vodou, pričom dbáme na bezpečný úchyt. Dieťa uchopíme za vonkajšie ramienko, pričom má hlavičku položenú o predlaktie matky. Druhou rukou chytíme dolnú končatinu v oblasti stehienka pričom podopierame zadoček predlaktím (Príloha 3). Vo vaničke jednou rukou podopierame hlavičku a druhou umývame dieťa (Dort, 2011, s. 28-29; Fendrychová 2010, s. 127; Fendrychová, 2015 s. 275-278).

Kúpeľ mala by trvať čo najkratší čas kvôli zvýšenej citlivosti na straty tepla (Gregora, Dukupilová, 2016, s. 26-27). Nemala by presiahnuť viac ako 5 minút (Fendrychová, 2015 s. 275-278; Syrovátková, 2015 s. 128).

Starostlivosť o nechty nie je zo začiatku nutná. Časti nechťov sa odlúčia trením o oblečenie. V prípade, ak sa nechty zalomia alebo sú rozštiepené, sú potencionálnym rizikom poranenia a treba ich ostrihať špeciálnymi nožničkami so zaoblením koncom alebo zjemniť pilníkom. Nikdy sa nesmú strihať počas spánku. U novorodencov sa často počas spánku vyskytuje takzvaná úľaková reakcia, to znamená, že môžu trhnúť s končatinou a tým môže byť spôsobené poranenie. (Gregora, Dokupilová, 2016, s. 68; Fendrychová, 2015 s. 275-278).

4.2 Starostlivosť o výživu

Najprirodzenejšou a najlepšou výživou pre novorodenca je materské mlieko. Pozitívne ovplyvňuje zdravie dieťaťa ale aj matky. Pre matku je prospešné kojenie aj z hľadiska ekonomického ale aj preventívneho účinku proti obezite, karcinómu vaječníkov, prsu a vzniku diabetu 2. stupňa. Navyše je hneď k dispozícii, bez nutnosti predošlej prípravy a má optimálnu teplotu čo zamedzuje vzniku popálenina. Materské mlieko a spôsob jeho prijímania má okrem nutričnej funkcie aj význam pre vytvorenie emocionálnej stability a sociálneho zázemia. Podporuje imunitu dieťaťa, znižuje riziko alergií a je tiež ekonomicky výhodnejšie ako umelá výživa. Jeho sladká chuť dieťa upokojuje (Kyle, Carman, 2013, s. 86; Takács, 2012, s. 15-21; Lebl, 2014, s. 118)

Mlieko sa začína tvoriť v prsných žľazách už pred narodením dieťaťa. V prvých dňoch sa toto mlieko nazýva kolostrum alebo tiež aj mledzivo. Neskôr je to prechodné mlieko a nakoniec trvalé (Boldevičová a kol., 2010).

Presnejšie sa materské mlieko tvorí v epitálnych bunkách alveolou mliečnej žľazy. Tvorba mlieka podlieha endokrinnnej kontrole. Dôležité sú hormóny oxytocín a prolaktín. Dieťa satím stimuluje tvorbu mlieka a to tak, že satie z bradavky stimuluje nervovými dráhami sekréciu oxitocínu. Oxytocín spôsobuje kontrakciu a tým umožňuje vypudenie mlieka z mliekovodou a prolaktin zabezpečuje samotnú tvorbu mlieka (Boldevičová a kol., 2010, s. 33- 35; Lebl, 2014, s. 116).

4.2.1 Zloženie materského mlieka

Zloženie materského mlieka je nenahraditeľné pre potreby novorodenca. Má optimálne nutričné zloženie, optimálnu teplotu a je kedykoľvek k dispozícii. Materské mlieko sa v priebehu prvých dní rýchlo mení. Mení sa jeho zloženie, pomer niektorých živín ale aj vzhľad (Boldevičová a kol., 2010, s. 33).

Kolostrum, na rozdiel od trvalého mlieka obsahuje viac bielkovín, vitamínov a solí, menej tukov a cukrov. Zloženie kolostra je prispôsobené potrebám dieťaťa a dokáže pokryť jeho všetky výživné potreby a preto novorodenca nie je potrebné prikrmovať umelou výživou ani dodávať iné tekutiny. Obsahuje tiež väčšie množstvo imunoglobulínov A, ktoré dieťa chráni pred mikróbmi a poskytujú mu základnú imunitu. Kolostrum je husté a sfarbené do žltá.

Zrelé mlieko je redšie ako kolostrum a obsahuje viac tukov a cukrov a menej bielkovín. Počas dojčenia sa môže zloženie mlieka meniť. Predné mlieko je obohatené o bielkoviny a laktózu, je redšie takže je primeraným a dostatočný zdroj tekutín. Zadné mlieko je zdrojom energie. Je dôležité aby dieťaťu bol dopriaty dostatočný čas satia z oboch prsníkov z dôvodu získania dostatočnej výživy. Podľa Gregora a Dokupilovej (2016, s. 17) do dvoch až troch týždňov nie je rozdiel medzi zadným a predným mliekom (Boldevičová a kol., 2010, s. 33-35; Gregora, Dokupilová, 2016, s 17).

4.2.2 Dojčenie

Prvé dojčenie je dôležité zahájiť čo najskôr po pôrode a to už na pôrodnom sále. Hneď po narodení má novorodenec vrodený sací, hľadací reflex a tiež hltací, čo mu umožňuje prijímať potravu okamžite po narodení.

Zo začiatku je potrebné prikladať dieťa k prsníku každé 3 hodiny a to aj počas noci. V noci je vhodné tlmené svetlo a pokoj. Nikdy nie je vhodné koiť po tme (Gregora, Dokupilová, 2016, s. 66 - 67).

Technika kojenia spočíva v správnom uchytení prsníku a správnej polohe dieťaťa. Správne držanie prsníka je keď držanie ruky pripomína písmeno C. Palec je umiestnený nad bradavkou a ostatné prsty zo spodnej časti podopierajú prsník. Pohyb v oblasti spánkov a uší svedčí o správnom prisatí dieťaťa. Ústa má otvorené široko a väčšia časť dverca je v ústach dieťaťa. Kojenie nesmie matku bolieť.

Sú rôzne polohy pri kojení.

- poloha v ľahu na boku
- poloha v sede a polosed
- futbalové bočné držanie
- poloha tanečníka (Koudelová, 2013, s. 36-37)

Častým problémom je zaspávanie dieťaťa pri saní. V prvých dňoch je to u niektorých novorodencov veľmi časté, kedy prevláda únava z pôrodu. Je viacero riešení ako zvládnuť tento stav. Jedným z nich je dieťa vyzliecť do plienky, a priložiť si ho na svoj nahý hrudník koža na kožu - skin-to-skin. Stimulácia na nožičkách, prechádzanie po chrbátiku, dotyk na líci alebo brade môže prispieť k udržaniu bdelého novorodenca. Ďalším pomocným spôsobom udržania prebudeného dieťaťa je stláčanie bradavky v rytme prehĺtania a tak zvýšenie toku mlieka. Ďalším problémom môže byť odmietanie prsníka. Tento problém môže úzko súvisieť s bondingom, ktorý neprebehol vôbec alebo nesprávne. Tento problém môže byť frustrujúci a vyvolávať stres. Nie je ale dôvod obávať sa, dieťa ktoré na začiatku odmieta prsník, v ďalších dňoch to môže byť absolútne bezproblémové. Dôležitá je trpezlivosť, láskavosť a pokoj. Pokiaľ začne byť dieťa rozrušené, odťahovať sa, je potrebné ho najskôr upokojiť a potom skúsiť priložiť opäť. Dieťa, ktoré plače má jazyk umiestnený smerom k hornému podnebiu a tým je takmer nemožné aby sa správne alebo vôbec prisalo k prsníku (Gaskin, 2011, s. 126 - 127).

4.2.3 Starostlivosť o prsia

Prsné bradavky obsahujú mazové žliazky ktoré zabezpečujú dostatočnú lubrikáciu. Tieto žliazky tiež zabezpečujú antimikrobiálne prostredie a rovnováhu pH. Počas tehotenstva sa zväčšia.

Počas kojenia je dôležité udržiavať dostatočnú hygienu prs. Nie je vhodné používať rôzne mydlá a kozmetické prípravky. Najvhodnejšia je voda a jemné osušenie. Neodporúča sa drsné trnie bradaviek. Z hľadiska oblečenia a podprsieniek, sú vhodné prírodné bavlnené veci. Prospešné je nenosiť podprsenu ani príliš obopínajúci odev. Prsníky je potrebné udržiavať v suchu (Gaskin, 2011, s. 47).

4.3 Starostlivosť o kožu

Koža novorodenca je odlišná od kože dospelého. Líši sa svojim vzhľadom ale aj funkciou. Koža novorodenca je tenšia, obsahuje viac vody a menej tuku. Je náchylná k mechanickému poškodeniu, má nízku rezistenciu voči mikroorganizmom a žiareniu UV (Fendrychová, 2015).

Po pôrode sa dieťa len zľahka osuší na tele matky sterilnou plienkou. Na tele novorodenca zostáva mázok nazývaný tiež vernix caseosa, ktorý pôsobí ako ochranný a antimikrobiálny film pokožky dieťaťa. Tento ochranný film je zabezpečený acidifikáciou kože čím je

vytvorené kyslý povrch, ktorý bráni vstupu baktérií. Jeho hydratačná funkcia je nenahradiateľná lebo je zložený z viac ako 80 % vody. (Pánek, 2013, s. 363-366; Fendrychová, 2015; Syrovátková, 2015 s. 128-129).

Prvý kúpeľ novorodenca je vhodný najskôr za 6 hodín po narodení aby sa mázok dostatočne vstrebal a tiež preto aby sa zabránilo teplotným stratám ku ktorým má novorodenec sklony. Kúpanie novorodenca sa neodporúča každý deň. Na koži novorodenca je vďaka mazu a potu vytvorené ochranné kyslé prostredie, ktoré sa podieľa na ochrane kože pred viacerými faktormi. Mazové a potné žliazky začínajú fungovať približne na 4. deň. Každodenné kúpanie nevhodnými kozmetickými prípravkami môže nastať porušenie tohto kyslého plášťa a taktiež môže dôjsť k nadmernému vysušaniu kože. Kúpanie je postačujúce raz za 2 až 3 dni. Ak nie sú známky vysušenia na koži, nie je doporučené rámcové používanie olejovej kozmetiky k premasťovaniu kože (Pánek, 2013, s. 363-366; Fendrychová, 2015).

Šupiniek vo vlásokoch a strúpky a tiež aj zostatky lanuga, sa dajú spoľahlivo odstrániť detským olejčekom (Gregora, Dokupilová, 2016, s.71).

4.4 Starostlivosť o pupočný pahýľ

Prerušenie pupočnej šnúry je najvhodnejšie medzi 2 – 3 minútou po pôrode. Podviazanie pupočníku sa realizuje pomocou svorky alebo gumičky, ktorá je umiestnená približne 2 až 3 centimetre od úponu pupočníku. Pupočný pahýľ sa následne sterilne prekryje a je potrebné udržiavať ho v suchu a čistote (Pánek, 2013, s. 363-366).

Na každom oddelení sú zvyklosti rôzne a tak isto sa líšia názory v rôznych publikáciách. Pupočný pahýľ je ponechaný buď spontánnej mumifikácii alebo je odstránený odstrihnutím (umbilektómia) po 48 hodinách a následne sterilne krytý. V prípade chirurgického odstránenia pahýľa sa novorodenec nesmie prvý deň kúpať a krytie je odstránené po 24 hodinách od odstrihnutia. Spontánne odpadnutie pahýľa nastane zvyčajne za 5 – 21 dní. K následnému ošetrovaniu nie je potrebné používať dezinfekčné prostriedky ak ide o nekomplikovanú jazvu (Pánek, 2013, s. 363-366).

„Dezinfekčné prostriedky sa majú používať len pred invazívnymi zákrokmi.“ (Fendrychová, 2015).

Musia však splňat tri základné požiadavky. Majú byť netoxické, nedráždiví a dosť účinné. Dezinfekcia kože musí prebiehať len na malej časti kože a je potrebné aby pôsobila aspoň 30 sekúnd (Fendrychová, 2015).

Podľa odporučení Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO 2014) sa prerušenie pupočníku neodporúča skôr ako za 1 minútu po narodení. Oneskorené odstrihnutie pupočnej šnúry môže mať pozitívny vplyv na popôrodné krvácanie a zlepšenie zdravia a výživy matky a novorodenca. Tiež môže mať vplyv na hladinu železa v krvi novorodenca. Počas prvých 3 minút po pôrode je stále funkčný prevod krvi z placenty na novorodenca, je tiež označovaný ako placentárna transfúzia ktorá umožňuje získať dostatočné zásoby železa do 6 až 7 mesiaca a tak pôsobiť preventívne vzhľadom k vzniku anémie (WHO, 2014).

4.5 Spánok novorodenca

Spánok novorodenca zahrňuje prevažnú časť dňa. Môže to byť až 20 hodín v rôznych intervaloch a fázach spánku. Spánok je jednou zo základných novorodeneckých potrieb.

Podľa Brazeltona je spánok novorodencov rozdelený do 6 štádií.

1. Štádium – hlboký spánok s pravidelným dýchaním, bez spontánnych pohybov tela a očí
2. Štádium – Ľahký spánok so zatvorenými očami, rýchle pohyby očných bulbov, dýchanie je nepravidelné
3. Štádium – zaspávanie, ospalosť
4. Štádium – pokojné bdenie – motorická aktivita vyvolaná len na vonkajší podnet
5. Štádium – nepokojné bdenie – prítomné sú spontánne pohyby
6. Štádium – plač, intenzívny krik

Tieto štádiá sa u novorodencov striedajú približne v intervale 3 hodín, čím sa tiež vysvetľuje vhodný interval kojenia každé 3 hodiny (Lippincott, 1973, s. 5-8 Šulová, Fait, 2015, s. 132)

Kvôli bezpečnosti novorodenca je vhodná poloha pri spánku na chrbte. Poloha na boku predstavuje nebezpečenstvo prevrátenia a tak môže zapríčiniť syndróm náhleho úmrtia. Pozor aj na prehriatie. Oblečenie počas spánku by malo byť ľahké, primerané tomu ako sa cítí dospelí v danej miestnosti. Novorodenci sa najlepšie cítia v zavinovačke. Predstavuje pre nich pocit bezpečia a podobné priestorové podmienky ako mali prenatálne (Gregora, Dokupilová, 2016, s. 66-67).

4.6 Obliekanie a balenie novorodenca

Novorodenec je veľmi náchylný k stratám tepla alebo naopak k prehriatiu. K podchladeniu môže dôjsť nedostatočným oblečením alebo pôsobením chladu vonkajšieho prostredia. Neodporúča sa pobyt vonku s novorodencom, ak teplota klesne viac ako nad $-5\text{ }^{\circ}\text{C}$ a tiež je nevhodná aplikácia krémov a mastí. Voda, ktorú masti alebo krémy obsahujú môžu byť dôvodom k vzniku omrzlín. Nie je vhodné ani prikrývanie úst látkou alebo šálom. Vydychovaný vzduch spôsobí prítomnosť vlhkého prostredia až v podobe kvapôčok ktoré môžu začať primrzáť priamo na tvári novorodenca (Gregora, Dokupilová, 2016, s. 65 - 66; Syrovátková, 2015 s. 128).

K prehriatu zvyčajne dochádza pri nadmernom oblečení alebo pôsobenie vysokej teploty. Nevyhovujúca vonkajšia teplota je nad $30\text{ }^{\circ}\text{C}$ avšak, pri optimálnej vonkajšej teplote môže byť novorodenec hneď po prepustení do domáceho prostredia z nemocnice. Je treba dávať pozor na priame slnečné žiarenie.

„Plač a nepohoda môžu byť príčinou nepokoja a plaču dieťaťa.“ (Gregora, Dokupilová, 2016, s. 65)

Spôľahlivou známkou tepelného komfortu novorodenca je nos. Nos nesmie byť studený. Studené ručičky nie sú spoľahlivým príznakom, že dieťa nie je v dostatočnom teple (Gregora, Dokupilová, 2016, s. 65 - 66).

5 PSYCHIKA ŽENY PO PÔRODE

Podľa profesora Jaroslava Petra (2011, s. 26) sa mozog matiek mení kvalitatívne a prebieha reštruktulizácia častí mozgu. Nový funkčný stav mozgu sa tiež označuje ako maternálny mozog –maternal brain. Zásadný podiel na týchto zmenách majú hormóny, ktoré taktiež ovplyvňujú materské správanie. Sú to predovšetkým hormóny estrogén, progesteron, oxytocín s prolaktín. Správanie matky je kľúčové pre správny vývoj dieťaťa po neurologickej, emocionálnej ale tiež aj sociálnej stránke. Dôsledkom nesprávnej reštruktulizácie mozgu môže byť príčina vzniku popôrodných depresí a iných psychických porúch súvisajúcich s pôrodom (Petr, 2011, s. 26).

5.1 Psychické popôrodné poruchy

Popôrodné (puerperálne) obdobie je rizikovým obdobím pre vznik psychických porúch, Prebiehajú neurohormonálne a emočné zmeny, ktoré sa môžu podieľať na vzniku novej poruchy alebo exacerbáciu poruchy diagnostikovanú ešte pred tehotenstvom. Je to obdobie novej životnej role, role matky (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 75-104).

5.1.1 Popôrodná depresia

Popôrodná depresia patrí medzi najčastejšie duševné poruchy. Vyznačuje sa pokleslou náladou alebo poklesom záujmu, ktoré žena pociťuje subjektívne. Ďalšie príznaky môžu byť strata energie, nechutenstvo, seba obviňovanie, myšlienky na smrť alebo sebevraždu - suicidum. Nevyskytuje sa pravidla hneď popôrodne ale nastupuje zvyčajne za 2 týždne po pôrode Jej príznaky nemusia byť na prvý pohľad nápadné a často sú nerozpoznané a neliečené. Príčiny depresie môžu byť rôznorodé. Začiatok prejavu môže nastať už počas gravidity a plné rozvinutie po pôrode. Okrem biologických faktorov ako sú zmeny hormonálnej hladiny, sú rizikovým faktorom napríklad prvý pôrod, nedostatočná podpora rodiny, či partnera, nechcená gravidita alebo finančné problémy (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 75-104).

Depresia a úzkosť sa bežne vyskytujú aj počas tehotenstva a prvého roku po pôrode. Vo väčšine prípadov nesúvisia s predchádzajúcim obdobím ale priamo s popôrodným stavom a preto zvyčajne nemajú žiadne rizikové faktory vzniku (Sockol a Battle, 2015).

Ženy u ktorých sa prejaví depresia alebo úzkosť počas popôrodného obdobia, sú náchylnejšie k v vzniku epizód depresií v budúcnosti. Tieto epizódy ďalej nesúvisia s týmto obdobím. Dôležitá prevencia je podpora zo strany rodiny a partnera (Sockol a Battle, 2015).

Popôrodnú depresiu je možné diagnostikovať alebo včas zachytiť prostredníctvom jednoduchého dvojzložkového dotazníka PRIME MD2. Spočíva v dvoch cielených otázkach na detekciu poklesu nálady a stratu záujmu. Na dosiahnutie pozitívneho výsledku stačí jedna kladná odpoveď. Jedna kladná odpoveď je varovným signálom a dôvodom na ďalšiu diagnostiku. Dotazník je uvedený v tabuľke 1. Ďalšia diagnostika je možná pomocou Edinburskej škály popôrodnej depresie alebo Screeningová škála popôrodnej depresie. V liečbe sa podľa závažnosti depresie používajú farmakologické a nefarmakologické prostriedky. Z nefarmakologickej liečby je dôležitá empatia, láskavosť, naslúchanie, podpora a povzbudenie zo strany zdravotníkov ale nevyhnutná je taktiež podpora a porozumenie zo strany rodinných príslušníkov. Z farmakologickej liečby sú to najmä antidepressívna. Dôležité je odchýlenie depresie včas, inak bez včasných intervencií hrozí suicidum, narušenie materskej väzby alebo zanedbávanie starostlivosti o novorodenca čo môže mať až fatálne následky.

V priebehu posledného mesiaca mávam smutnú náladu alebo pocity zlyhania, neúspechu alebo beznádeje	Áno	Nie
V priebehu posledného mesiaca, nepociťujem potešenie z vecí, ktoré bežne rada robím alebo o ne nemám záujem	Áno	Nie

Tabuľka 1 Dotazník PRIME MD2

(Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 75-104, Mohr 2015)

5.1.2 Popôrodný blues

Je veľmi častý. Vyskytuje sa u 26% až 85 % žien. Kvôli vysokému výskytu sa považuje za bežný popôrodný stav. Je to zvyčajne prechodný stav a na rozdiel od popôrodnej depresie nastupuje skoro po pôrode a odznieva spontánne približne za 3 - 4 dni. Prejavuje sa zvýšenou plačlivosťou, neistotou a emočnou labilitou. Ak trvá dlhšiu dobu, môže prejsť do popôrodnej depresie (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 75-104).

5.2 Komunikácia v perinatálnom období s rodičkou

V perinatálnom období prevláda strach a úzkosť. Tieto pocity nie sú spojené len s pôrodom a pôrodnými bolesťami ale tiež obavami z nezvládnutia novej role rodiča. Preto je dôležitá komunikácia, edukácia a schopnosť poskytnúť relevantné informácie (Zacharová, 2014).

Tak ako aj na iných oddeleniach tak aj na pôrodnici alebo šestonedelí má žena právo na informácie ako o nej tak aj o dieťati. Po transporte rodičky z pôrodného sálu na oddelenie šestonedelia by mala byť poučená o chode oddelenia a kde v prípade potreby nájde zdravotnícky personál novorodeneckého oddelenia a šestonedelia. Taktiež sú dôležité informácie o základnej starostlivosti o novorodenca a dopomoc pri kojení. Nie je vhodné zahltiť šestonedielku príliš veľa informáciami. Mohlo by to pôsobiť stresujúco a neefektívne. Informácie by mali byť podané v zrozumiteľnej forme, bez odborných termínov aby sme sa vyhli nedorozumeniam. Edukácia by mala byť premyslená a postupná. Niektoré ženy sa môžu obávať spýtať ak dostatočne neporozumejú alebo nevedia, preto je dôležité aby bol edukačný plán a samotná edukácia matky efektívna a spätne overené porozumenie Komunikácia by mala byť ladená pozitívne a citlivo, pretože, situáciu vnímajú veľmi citlivo zraniteľné (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 75-104).

II. PRAKTICKÁ ČASŤ

6 CIELE A METODIKA PRÁCE

6.1 Formulácia problému

Stať sa matkou je nová životná rola, ktorá prináša radosť aj starosť. Pre prvorodičku je to aj nová situácia na ktorú sa musí rýchlo adaptovať a učiť sa novým veciam. V dnešnej uponáhľanej dobe a rýchleho osamostatňovania mladých ľudí môže nastať problém v starostlivosti o novorodenca kedy matka zostáva s dieťaťom sama, bez pomoci druhých a bez možnosti získania dostatočných informácií. Bez kvalitnej edukácie si často prvorodičky nevedia rady, čo môže spôsobovať neistotu, úzkosť a emocionálnu nestabilitu alebo riziko vzťahujúce sa k bezpečnosti dieťaťa.

6.2 Ciele práce

Hlavný cieľ

Hlavným cieľom prieskumu je zistiť problémové oblasti v starostlivosti o novorodenca prvorodičkou.

Čiastkové ciele

Cieľ 1

Zistiť ako prvorodičky vnímajú starostlivosť o novorodenca.

Cieľ 2

Zistiť aké majú predchádzajúce skúsenosti so starostlivosťou o novorodenca.

Cieľ 3

Zistiť či je edukácia v nemocnici dostatočná a jednotná.

Cieľ 4

Zistiť jednotlivé oblasti edukácie počas hospitalizácie.

Cieľ 5

Zistiť aké sú preferované zdroje získavania informácií v starostlivosti o novorodenca.

6.3 Metodika výskumného šetrenia

Dotazníkové šetrenie prebiehalo na oddelení šestonedelia v 2 nemocniciach a to v Krajskej nemocnici Tomáše Bati a.s Zlín (KNTB) a v Nemocnici s poliklinikou Myjava (NSP). Celkovo bolo distribuovaných 100 dotazníkov a návratnosť bola 92 dotazníkov. Celková návratnosť činila 92% dotazníkov. V každej nemocnici bolo distribuovaných po 50 dotazníkov čo je 50 %. Výber výskumného súboru bol cieľový. Kritériom výberu respondentiek bola hospitalizácia prvoroďičky na oddelení šestonedelia v izbách rooming-in, čo spĺňali obe z nemocníc, kde sme realizovali dotazníkové šetrenie. Na základe filtračnej otázky bolo vyradených celkom 11 dotazníkov z dôvodu, že sa nejednalo o prvoroďičky.

6.4 Metóda zberu dát

Prieskum bol realizovaný kvantitatívneho výskumu prostredníctvom dotazníkového šetrenia. Dotazník bol neštandardizovaný. Dotazník obsahoval 19 položiek. Položky obsahujú otázky otvorené, polootvorené a uzavreté. Otvorené otázky boli 3, polootvorených otázok bolo 5 a uzatvorených 11. Zo súboru polootvorených a uzatvorených otázok boli celkom 4 otázky s možnosťou označenia viacerých odpovedí.

6.5 Organizácia prieskumu

Dotazníkové šetrenie bolo anonymné a vyplnenie dotazníkov dobrovoľné. Časť dotazníkov sme distribuovali na oddelení osobne a časť bola distribuovaná prostredníctvom zdravotného personálu. Výskum bol realizovaný od 2.12.2016 a ukončený 31.3.2017. Pred samotným začiatkom distribúcie dotazníkov, bolo uskutočnené pilotné dotazníkové šetrenie na overenie zrozumiteľnosti položených otázok. Pilotných dotazníkov bolo celkom 5. V KNTB boli dotazníky rozdane po písomnom súhlase námestníčke pre ošetrovateľskú starostlivosť. V NSP písomný súhlasný formulár nevyžadovali a súhlas prebehol na základe ústnej dohody s vedením nemocnice.

7 SPRACOVANIE ZÍSKANÝCH DÁT

Výsledky dotazníkového šetrenie boli spracované prostredníctvom programov Microsoft Excel a Microsoft Word do grafov a tabuliek.

7.1 Výsledky

7.1.1 Demografické údaje

Demografické dáta boli získané na základe otázok 1.,2.,3.,4 a 8.

Vek	N	%
Do 20 rokov	5	6,20
Od 21 do 25 rokov	17	21
Od 26 do 30 rokov	36	44,40
31 a viac	23	28,40

Tabuľka 2 Vek

Otázka č. 1 zisťovala vek respondentiek. Z celkového počtu 81 žien malo 5 (6,2 %) respondentiek vek do 20 rokov, 17 (21 %) respondentiek malo od 21 do 25 rokov, 36 (44,4 %) respondentiek malo vek od 26 do 30 rokov a 23 (28,4 %) respondentiek malo vek nad 31 rokov.

Vzdelanie	N	%
Základné	2	2,50
Stredoškolské bez maturity	13	16,00
Stredoškolské s maturitou	28	34,60
Vyššia odborná škola	7	8,60
Vysokoškolské vzdelanie	31	38,30

Tabuľka 3 Vzdelanie

Otázka č. 2 zisťovala vzdelanie respondentiek. Základné vzdelanie uviedli 2 (2,5 %) respondentky, stredoškolské bez maturity uviedlo 13 (16 %) respondentiek, stredoškolské vzdelanie s maturitou uviedlo 28 (34,6 %) respondentiek, vyššiu odbornú školu ukončilo 7 (8,6 %) respondentiek a vysokoškolské vzdelanie malo 31 (38,3 %) respondentiek.

Bývanie	N	%
Sama	1	1,20
S partnerom	61	75,30
S rodičmi	5	6,20
S rodičmi a partnerom	14	17,30

Tabuľka 4 Bývanie

Otázkou č. 3 boli zisťované informácie ohľadom bývania. 61 (75,3 %) respondentiek býva s partnerom, 14 (17,3 %) býva s rodičmi a partnerom, 5 (6,2 %) býva s rodičmi a 1 (1,2 %) respondentka uviedla, že býva sama.

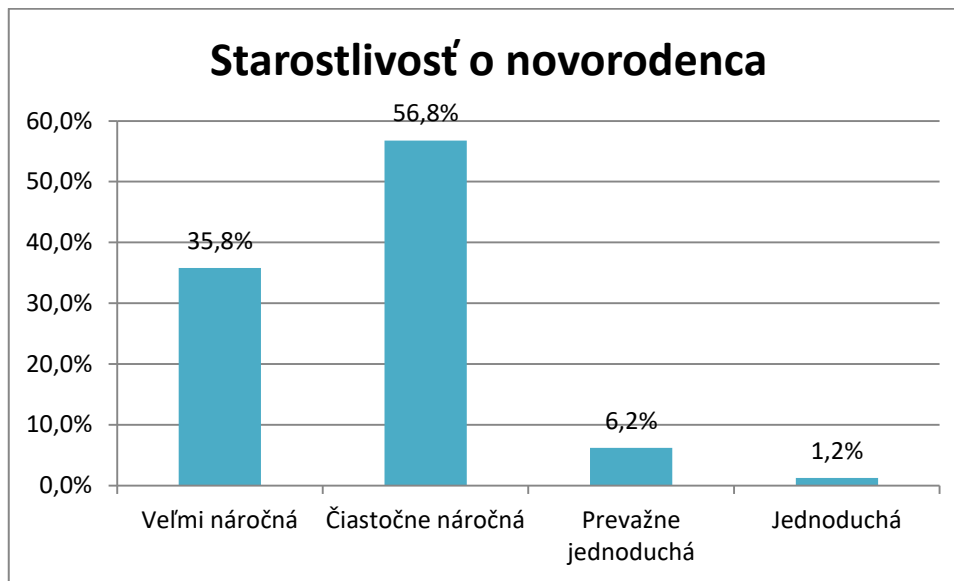
Tehotenstvo	N	%
Plánované	62	76,50
Neplánované	19	23,50

Tabuľka 5 Tehotenstvo

Otázka č. 4 zisťovala či bolo tehotenstvo plánované alebo neplánované. V 62 (76,5 %) prípadoch bolo tehotenstvo plánované a 19 (23,5 %) respondentiek uviedlo, že tehotenstvo bolo neplánované.

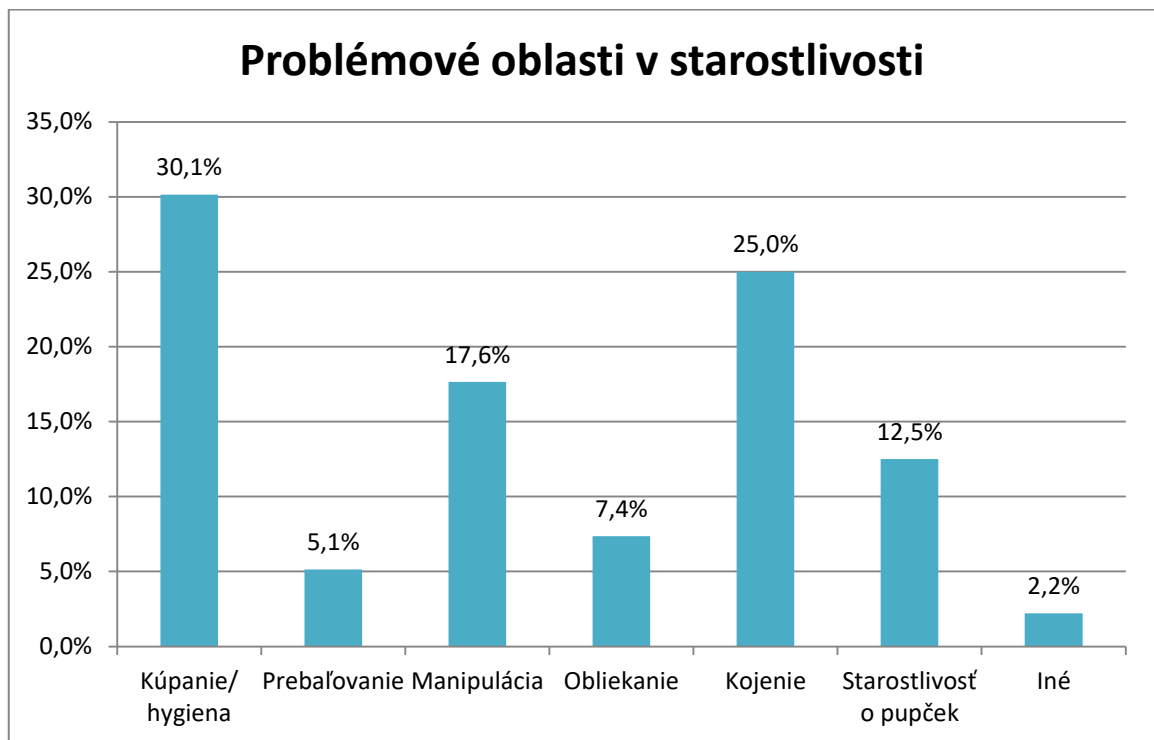
Otázka č. 8 bola vytvorená za účelom filtrácie respondentiek. Prostredníctvom tejto otázky bolo zisťované či sa jedná o prvorodičky. Ak sa o prvorodičky nejednalo a bola zaznačená iná odpoveď, dotazníky boli vyradené. Vyradených dotazníkov bolo celkom 11. 81 (100 %) boli prvorodičky.

7.1.2 Vnímanie starostlivosti o novorodenca prvorodičkou



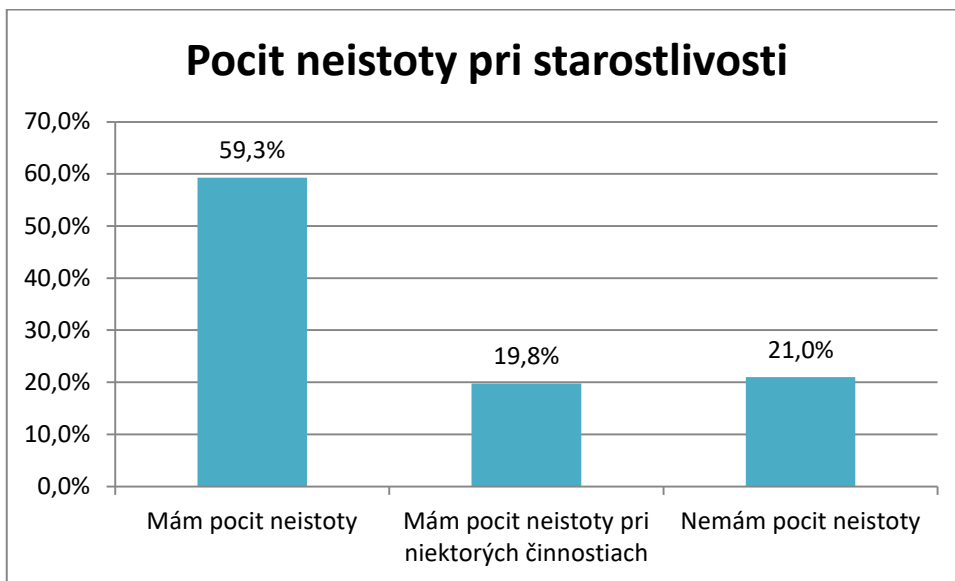
Graf 1 Starostlivosť o novorodenca

K čiastkovému cieľu č. 1 *Zistiť ako prvorodičky vnímajú starostlivosť o novorodenca* sa vzťahovala otázka v dotazníku č. 7, ktorá zisťovala ako prvorodičky vnímajú náročnosť starostlivosti o novorodenca. Z grafu vyplýva, že 29 (35,8 %) respondentiek považuje starostlivosť o novorodenca za veľmi náročnú, 46 (56,8 %) respondentiek považuje starostlivosť za čiastočne náročnú, 5 (6,2 %) respondentiek ju považuje za prevažne jednoduchú a 1 (1,2 %) respondentka považuje starostlivosť za jednoduchú.



Graf 2 Problémové oblasti v starostlivosti

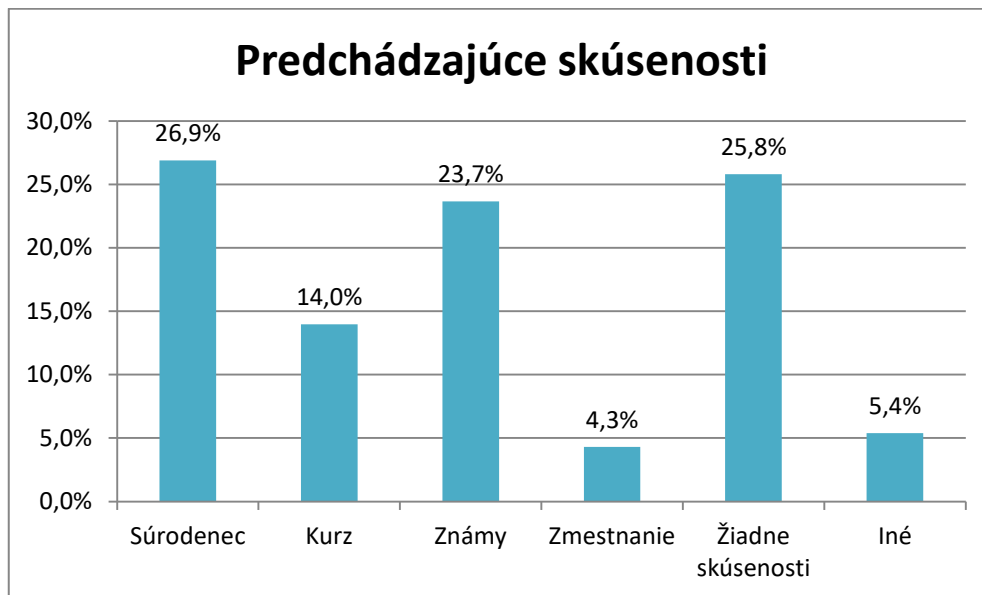
K čiastkovému cieľu č. 1 *Zistiť ako prvorodičky vnímajú starostlivosť o novorodenca* sa vzťahovala otázka v dotazníku č. 16, ktorá zisťovala aké sú najviac obávané a problémové oblasti v starostlivosti o novorodenca. Z uvedeného grafu vyplýva, že najväčšie obavy majú prvorodičky v oblasti kúpania a hygieny a to 41 (30,1 %) respondentiek, druhou obávanou oblasťou je kojenie, ktoré označilo 34 (25 %) respondentiek, 24 (17,6 %) respondentiek sa obáva manipulácie s novorodencom, 17 (12,5 %) uviedlo, že majú obavy v starostlivosti o pupočník, 10 (7,4 %) respondentiek uviedlo obavy pri obliekaní novorodenec, 7 (5,1 %) respondentiek považuje za problémovú oblasť prebaľovanie. Možnosť „iné“ označili 3 (2,2 %) respondentky, ktoré videli problém v oblasti prerezávania zúbkov, rehabilitácie a v prípade ochorenia dieťaťa (horúčka, soplík, kašeľ).



Graf 3 Pocit neistoty pri starostlivosti

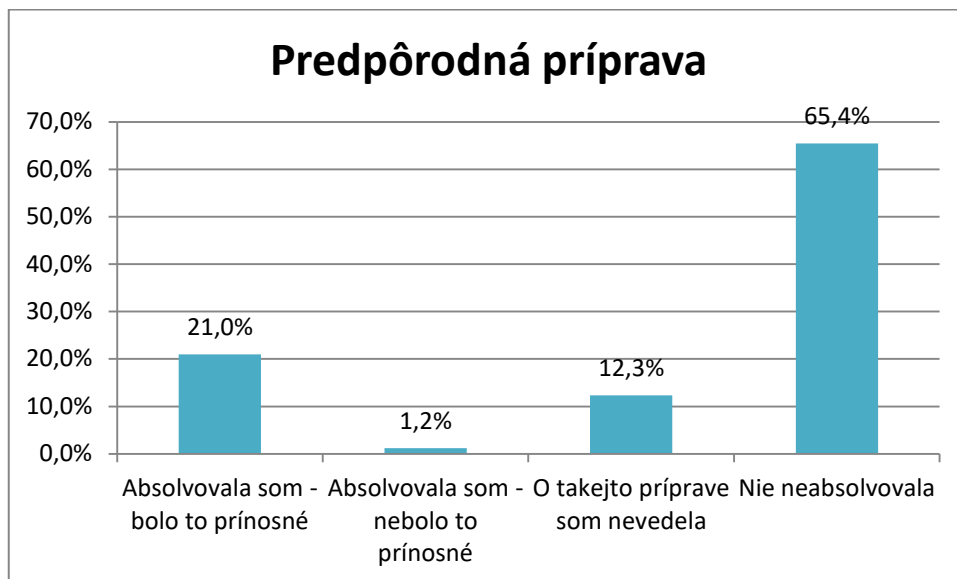
K čiastkovému cieľu č. 1 *Zistiť ako prvorodičky vnímajú starostlivosť o novorodenca* sa vzťahovala otázka v dotazníku č. 19, ktorá zisťovala či majú prvorodičky pocit neistoty pri starostlivosti o novorodenca. Ako ukazuje graf, pocit neistoty pri starostlivosti o novorodenca má 48 (59,3 %) respondentiek, 17 (21 %) respondentiek nemá pocit neistoty pri starostlivosti o novorodenca a 16 (19,8 %) má pocit neistoty len pri určitých činnostiach. Respondentky uviedli pocit neistoty pri uspávaní, kojení, kúpaní, obava o nezvládnutie prvej pomoci pri udusení dieťaťa.

7.1.3 Predchádzajúce skúsenosti so starostlivosťou o novorodenca



Graf 4 Predchádzajúce skúsenosti

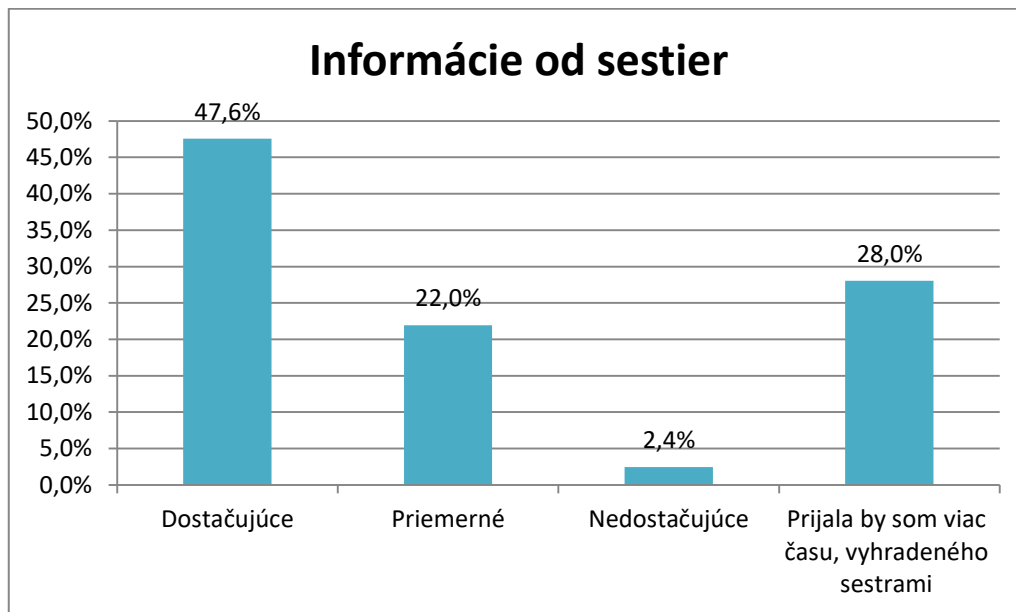
K čiastkovému cieľu č. 2 *Zistiť aké majú predchádzajúce skúsenosti so starostlivosťou o novorodenca*, sa vzťahovala otázka v dotazníku č. 5, ktorá zisťovala aké majú prvorodičky predchádzajúce skúsenosti so starostlivosťou o novorodenca. Výsledky zobrazené v grafe, ukazujú, že 25 (26,9 %) respondentiek malo skúsenosť so starostlivosťou o mladšieho súrodeneцa, 13 (14,0 %) respondentiek malo skúsenosti z absolvovaného predpôrodného kurzu, 22 (23,7 %) respondentiek malo skúsenosti, ktoré získali prostredníctvom známych a to len ako jednorazovú skúsenosť, 4 (4,3 %) uviedlo predchádzajúce skúsenosti zo zamestnania, 24 (25,8 %) respondentiek nemá žiadnu skúsenosť a 5 (5,4 %) uviedlo možnosť iné.



Graf 5 Predpôrodná príprava

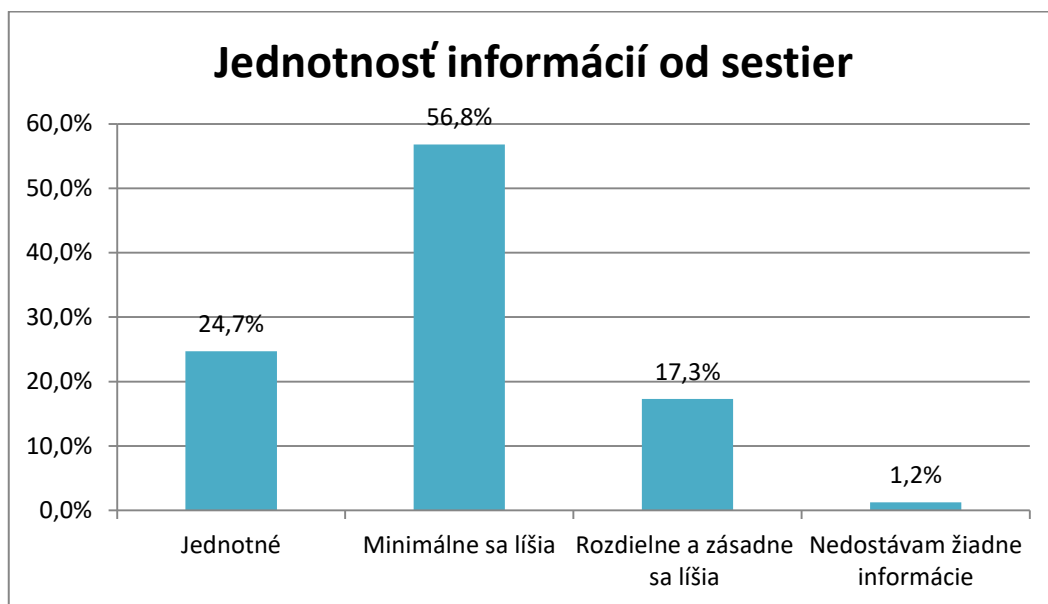
K čiastkovému cieľu č. 2 *Zistiť aké majú predchádzajúce skúsenosti so starostlivosťou o novorodenca*, sa vzťahovala otázka v dotazníku č. 6, ktorá zisťovala či prvorodičky absolvovali predpôrodný kurz, obsahujúci starostlivosť o novorodenca, a či tento kurz bol prínosný. 17 (21 %) respondentiek absolvovalo predpôrodný kurz a bol pre prínosom, 1 (1,2 %) respondentka absolvovala kurz ale nebol prínosný, 10 (12,3 %) respondentiek o predpôrodnej príprave nevedelo a 53 (65,4 %) respondentiek predpôrodný kurz neabsolvovalo.

7.1.4 Edukácia v nemocnici



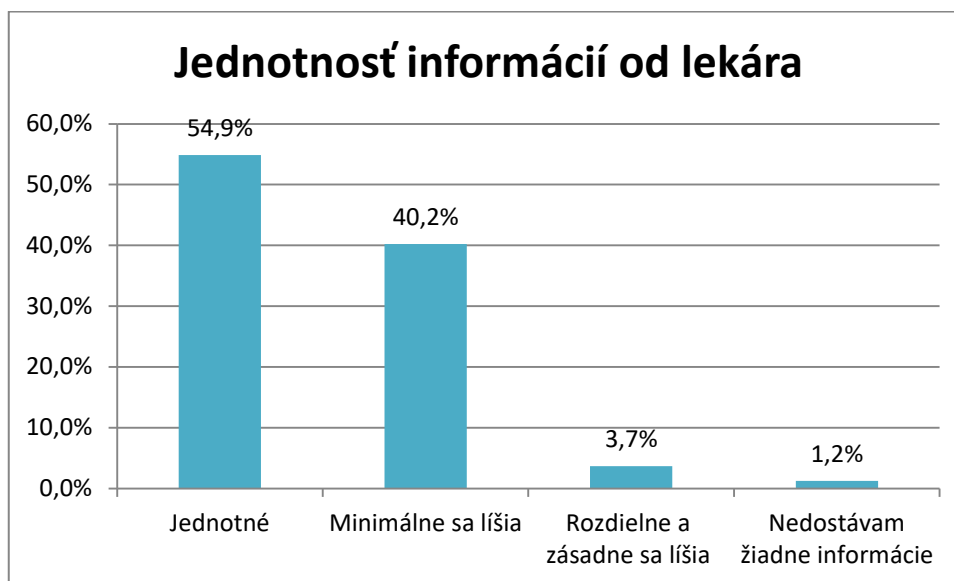
Graf 6 Informácie od sestier

K čiastkovému cieľu č. 3 *Zistiť či je edukácia v nemocnici dostatočná a jednotná* sa vzťahovala otázka v dotazníku č. 9, ktorá bola zameraná na zisťovanie dostatočnosti edukácie sestrami ohľadom starostlivosti o novorodenca. 39 (47,6 %) respondentiek uviedlo, že informácie z oblasti starostlivosti o novorodenca boli od sestier dostačujúce, 18 (22,0 %) respondentiek uviedlo, že informácie boli priemerné. 2 (2,4 %) respondentky uviedli, že informácie sú nedostačujúce a 23 (28 %) respondentiek uviedlo, že by prijali viac času vyhradeného sestrami na zodpovedanie otázok a naučenie potrebných techník ohľadom starostlivosti o novorodenca.



Graf 7 Jednotnosť informácií od sestier

K čiastkovému cieľu č. 3 *Zistiť či je edukácia v nemocnici dostatočná a jednotná* sa vzťahovala otázka v dotazníku č. 10. Otázka zisťovala či sú jednotlivé ukážky, informácie a odpovede na otázky prvorodičiek od všetkých sestier. 20 (24,7 %) respondentiek uviedlo, že informácie sú jednotné od každej sestry, 46 (56,8 %) respondentiek uviedlo, že informácie sa minimálne líšia, 14 (17,3 %) respondentiek uviedlo, že informácie sú rozdielne a zásadne sa líšia a 1 (1,2 %) respondentka uviedla, že nedostáva žiadne informácie.

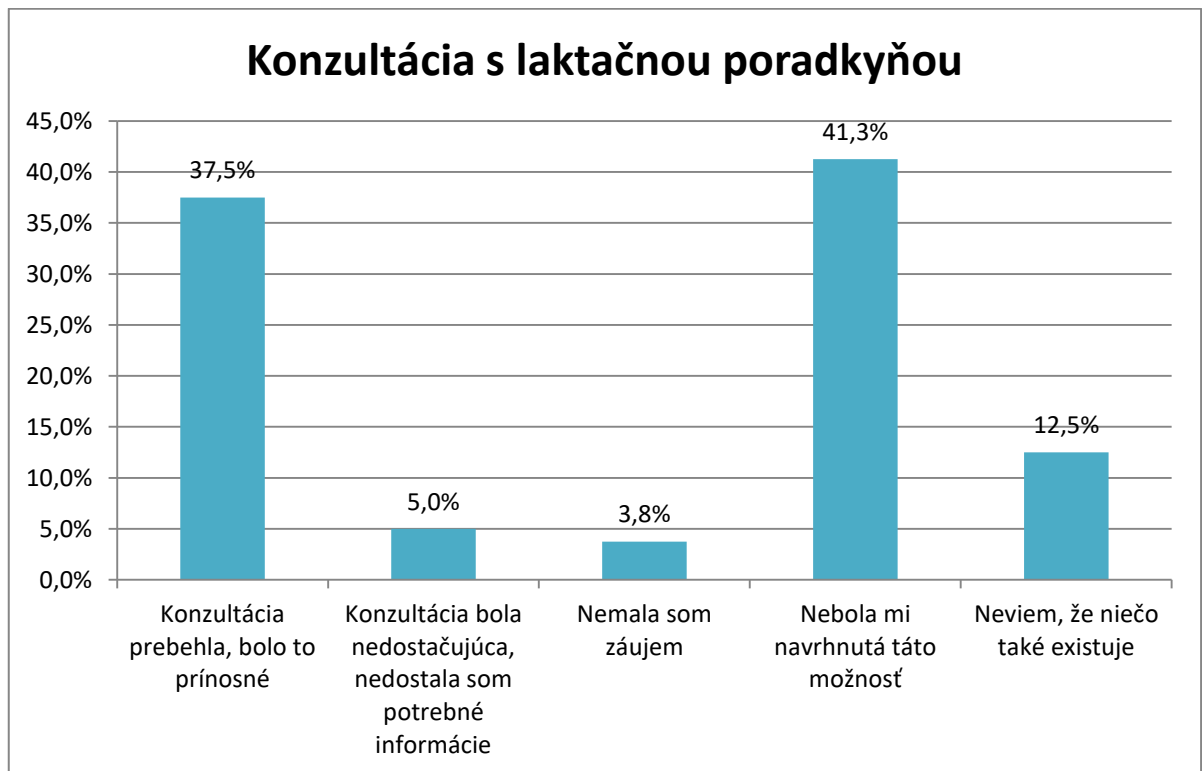


Graf 8 Jednotnosť informácií od lekára

K čiastkovému cieľu č. 3 *Zistiť či je edukácia v nemocnici dostatočná a jednotná*

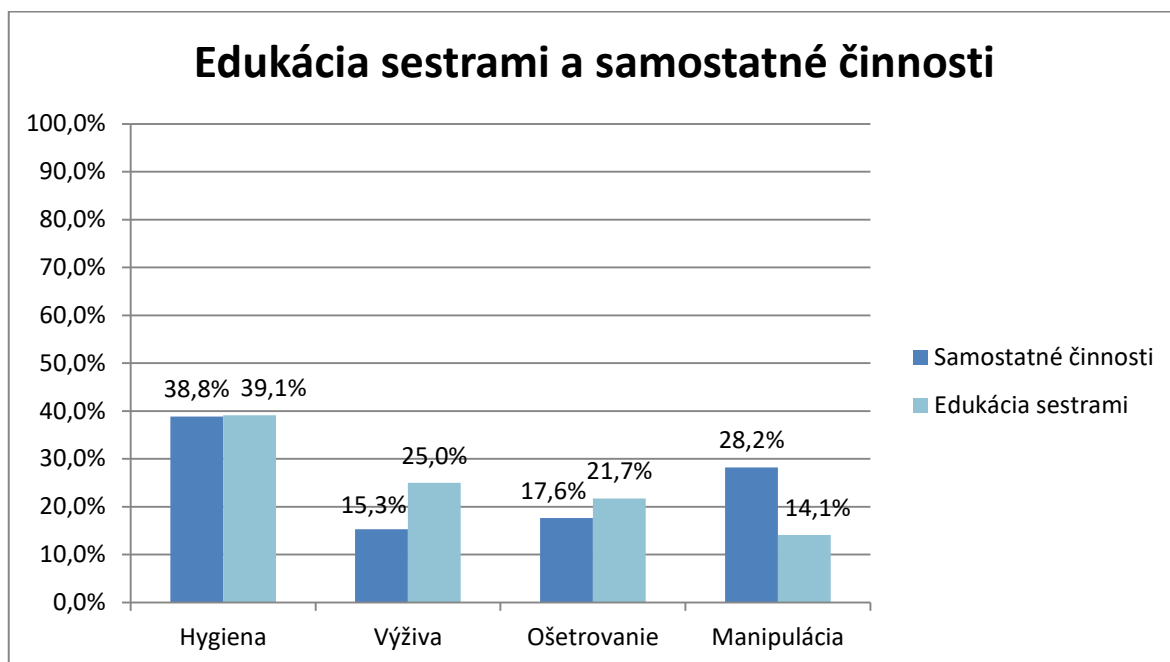
sa vzťahovala otázka v dotazníku č.11. Prostredníctvom otázky bolo zisťované či sú jednotné informácie od každého lekára. Ako je uvedené v grafe, 45 (54 %) respondentiek uviedlo, že informácie sú jednotné, 33 (40,2 %) respondentiek uviedlo, že informácie sa minimálne líšia, 3 (3,7 %) respondentky uviedli, že informácie sú rozdielne a zásadne sa líšia 1 (1,2 %) respondentka uviedla, že nedostáva žiadne informácie.

7.1.5 Jednotlivé oblasti edukácie počas hospitalizácie



Graf 9 Konzultácia s laktačnou poradkyňou

K čiastkovému cieľu č. 4 *Zistiť jednotlivé oblasti edukácie počas hospitalizácie* bola zameraná otázka v dotazníku č. 17. Prostredníctvom otázky č. 17 bolo zisťované či je prvoroďčka edukovaná o dojčení laktačnou poradkyňou. Ako je uvedené z výsledkov v grafe 30 (37,5 %) respondentiek uviedlo, že konzultácia prebehla a bolo to prínosné 4 (5,0 %) respondentky považovali konzultáciu za nedostačujúcu a nedostali potrebné informácie, 3 (3,8 %) respondentky nemali o takúto konzultáciu záujem, 33 (41,3 %) respondentkám nebola navrhnutá takáto možnosť konzultácie, 10 (12,5 %) respondentiek nevie, že niečo takéto existuje.

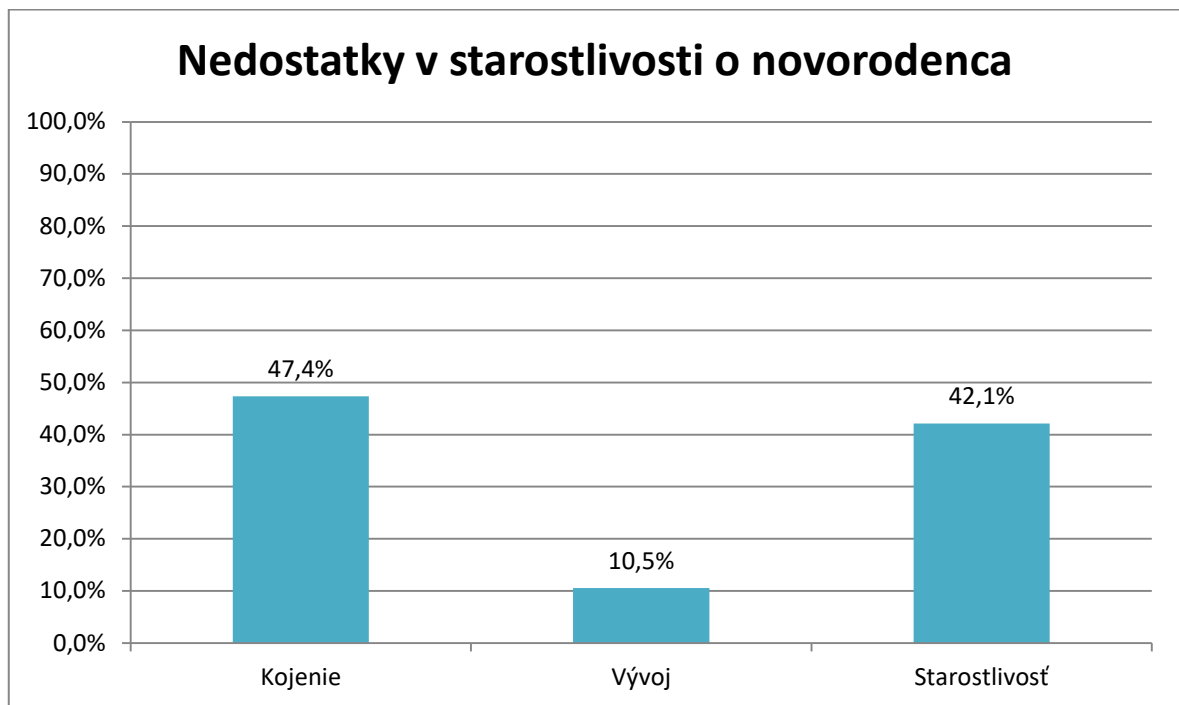


Graf 10 Edukácia sestrami a samostatné činnosti

K čiastkovému cieľu č. 4 *Zistiť jednotlivé oblasti edukácie počas hospitalizácie* bola zameraná otázka v dotazníku č. 12 a 13. Otázky boli otvorené a celkovo odpovedalo 37 respondentiek. Prostredníctvom týchto otázok boli porovnané samostatné činnosti s činnosťami edukácie sestrami. Ako je v grafe vidieť 33 (38,3 %) vykonáva činnosti v oblasti hygieny samostatne ale takmer v rovnakom rozsahu prebehla edukácia sestrami v tejto oblasti 36 (39,1 %). V oblasti výživy/kojenia vykonávajú činnosti prvorodičky samostatne 13 (15,3 %) a 23 (25,0 %) edukujú sestričky. 15 (17,6 %) respondentiek vykonáva samostatne činnosti v oblasti ošetrovania a 20 (21,7 %) prebieha za edukácie sestrami. 24 (28,2 %) respondentiek vykonáva samostatne činnosti v oblasti manipulácie s novorodencom a 13 (14,1 %) boli edukované v oblasti manipulácie s novorodencom.

	Hygiena	Výživa	Ošetrovanie	Manipulácia
Samostatné činnosti	38,8 %	15,3 %	17,6 %	28,2 %
Edukácia sestrami	39,1 %	25,0 %	21,7 %	14,1 %

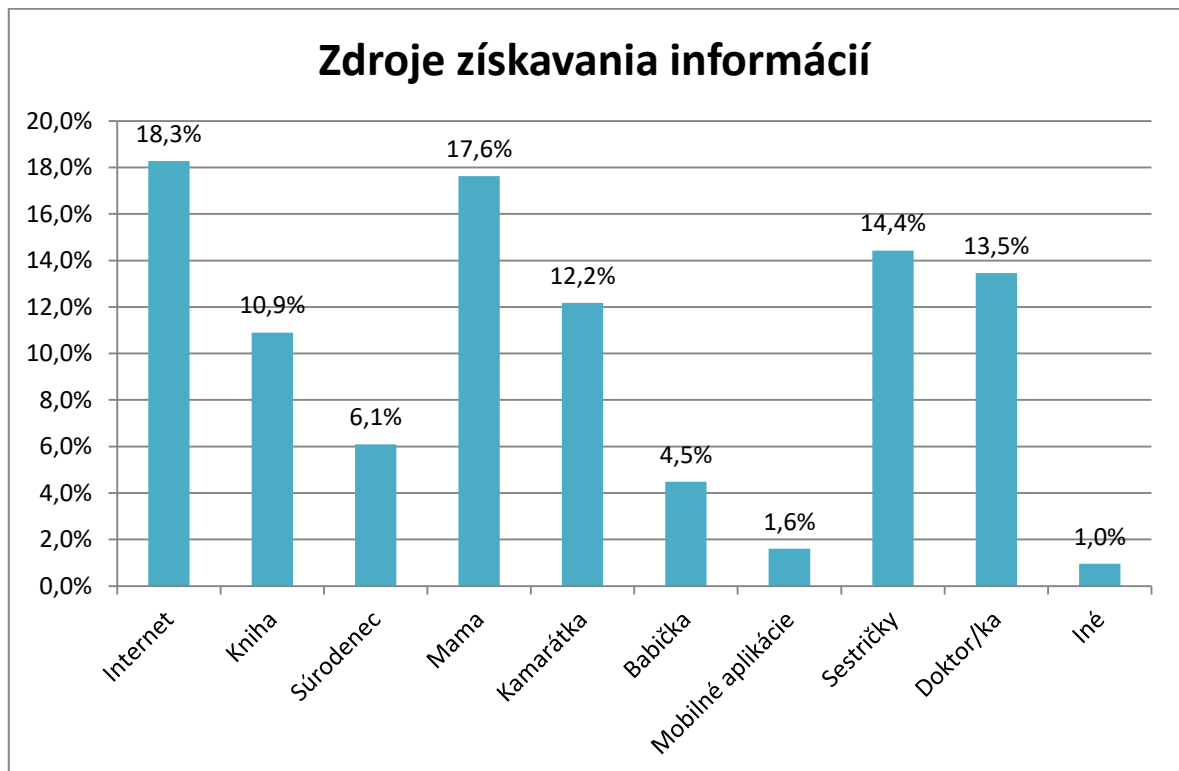
Tabuľka 6 Samostatné činnosti a edukácia sestrami



Graf 11 Nedostatky v starostlivosti o novorodenca

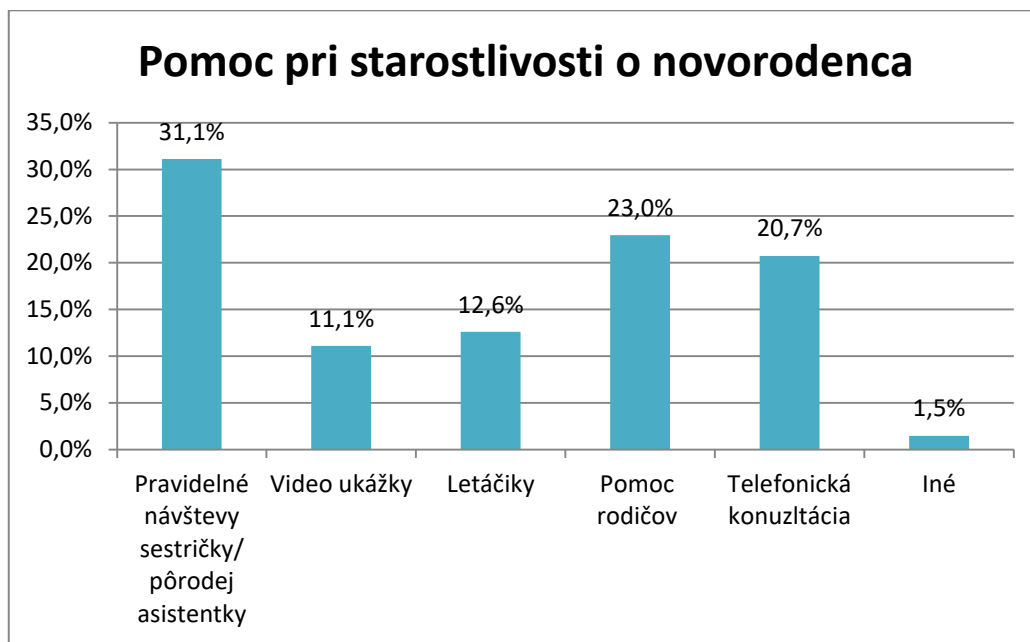
K čiastkovému cieľu č. 4 *Zistiť jednotlivé oblasti edukácie počas hospitalizácie* bola zameraná otázka v dotazníku č.14, prostredníctvom ktorej bolo zisťované aké majú nedostatky prvorodičky. Otázka bola otvorená a odpovedalo celkom 12 respondentiek. 9 (47%) respondentiek pociťuje najväčšie nedostatky v oblasti kojenia a výživy, 2 (10,5%) majú chýbajúce vedomosti v oblasti vývoja, 8 (42,1%) respondentiek má nedostatky v oblasti starostlivosti o novorodenca.

7.1.6 Preferované zdroje získavania informácií v starostlivosti o novorodenca



Graf 12 Zdroje získavania informácií

K čiastkovému cieľu č. 5 *Zistiť aké sú preferované zdroje získavania informácií v starostlivosti o novorodenca*. K tomuto cieľu bola zameraná otázka v dotazníku č. 15, ktorá zisťovala aké sú najviac preferované zdroje pri získavaní informácií v oblasti starostlivosti o novorodenca. 57 (18,3 %) respondentiek uviedlo preferovaný zdroj získavania informácií internet, 34 (10,9 %) respondentiek uviedlo knihu, 19 (6,1 %) respondentiek preferuje ako zdroj informácií súrodenec, 55 (17,6 %) respondentiek uviedlo ako preferovaný zdroj získavania informácií mamu, 38 (12,2 %) respondentiek označilo kamarátku, 14 (4,5 %) respondentiek preferuje získavanie informácií od babičky, 5 (1,6 %) uprednostňuje mobilné aplikácie, 45 (14,4 %) respondentiek preferuje získavanie informácií od sestričky, 42 (13,5 %) respondentiek chce mať informácie od lekára a 3 (1,0 %) respondentky uviedli možnosť iné. Na možnosť iné odpovedali 3 respondentky, ktoré uviedli získavanie informácií prostredníctvom časopisu a kurzu.



Graf 13 Pomoc pri starostlivosti o novorodenca

K čiastkovému cieľu č. 5 *Zistiť aké sú preferované zdroje získavania informácií v starostlivosti o novorodenca*. K cieľu č. 5 sa viazala otázka v dotazníku č. 18, ktorá zisťovala akú pomoc by najviac preferovali prvorodičky v starostlivosti o novorodenca. Ako je uvedené v grafe, 42 (31,1 %) respondentiek by preferovalo pravidelné návštevy sestričky alebo pôrodnej asistentky, 15 (11,1 %) respondentkám by pomohli video ukážky, 17 (12,6 %) respondentiek označilo možnosť letáčiky, 31 (23,0%) respondentiek preferuje pomoc od rodičov, 28 (20,7 %) respondentiek by uvítalo možnosť telefonickej konzultácie, 2 (1,5 %) respondentky uviedli možnosť iné. Na voľnú odpoveď možnosti iné, respondentky doplnili preferovaný zdroj pomoci od laktačnej poradkyne a stretnutie s inými rodičmi/matkami.

7.2 Diskusia

Prioritou prieskumu je zistiť pohľad prvorodičky na starostlivosť o novorodenca. Prostredníctvom čiastkových cieľov sme zisťovali viaceré aspekty, ktoré majú podiel na vnímaní starostlivosti o novorodenca. Na problematiku sme sa zamerali z dvoch pohľadov. Naším cieľom nebolo len odhaliť problémové oblasti ale zistiť aj ich príčinu.

Respondentskú vzorku tvorili ženy prvorodičky najčastejšie vo veku od 26 do 30 rokov a 31 a viac. Tento počet prevyšoval polovicu všetkých respondentiek, čo nasvedčuje, že ženy odkladajú materstvo na neskorší vek. V 62 (76,5 %) prípadoch bolo tehotenstvo plánované. V oblasti vzdelania to boli najčastejšie vysokoškolsky vzdelané ženy 31 (38,30 %) respondentiek a 28 (34,60 %) respondentiek malo ukončenú strednú školu s maturitou. Podľa Šusterovej (2010) môže mať vzdelanie vplyv na vedomosti a záujem o danú problematiku.

V demografických údajoch sme zisťovali stav bývania. Zistili sme, že najviac žien je osamostatnených od rodičov a bývajú samostatne s partnerom 61 (75,3 %).

V čiastkovom ciele č. 1 sme sa zamerali na vnímanie starostlivosti o novorodenca prvorodičkou. Zistili sme, že najvyšší podiel prvorodičiek 46 (56,8 %) považuje starostlivosť o novorodenca za čiastočne náročnú. Nezanedbateľný počet 29 (35,8 %) respondentiek považuje starostlivosť za veľmi náročnú. Z nášho výskumu je zrejmé, že matky si uvedomujú náročnosť novej životnej situácie, považujú starostlivosť za prevažne náročnú a teda aj adaptácia matky na novú situáciu a povinnosti môže vyžadovať dlhší čas. Z prieskumu Kumbálovej (2014) z otázky či ženy zvládnu domácu starostlivosť o novorodenca vyplýva, že 90 (93,7 %) mamičiek je pripravených starať sa o novorodenca samostatne v domácom prostredí. Avšak pocit neistoty môže pretrvávajúť ale je možné ho eliminovať dostatočnou edukáciou a možnosťou opory profesionálov aj v následnej domácej starostlivosti. Až 48 (59 %) respondentiek, má pocit neistoty pri starostlivosti o novorodenca a 16 (19,8 %) má pocit neistoty pri určitých činnostiach. V tejto poloopenej otázke, kde sa mohli respondentky vyjadriť o aké konkrétne činnosti sa jedná boli uvedené bežné denné činnosti starostlivosti o novorodenca. Jedna odpoveď obsahovala vyjadrenie neistoty v prípade poskytnutia prvej pomoci novorodencovi v prípade udusení. Pri tejto odpovedi sa naskytuje otázka, či by edukácia základnej prvej pomoci nemala byť súčasťou všeobecnej edukácie starostlivosti o novorodenca. Z výsledkov Kumbálovej (2014), ktorá sa v bakalárskej práci venovala edukácii o starostlivosti o novorodenca, sa tiež vyskytla od-

poved' na otázku v akých oblastiach by privítali pridať edukáciu, ktorá sa týkala resuscitácie novorodenca 2 (10 %).

Za najproblémovjšiu oblasť v starostlivosti o novorodenca považujú prvorodičky kúpanie a hygienu 41 (30,1 %). Na druhom mieste je to kojenie 34 (25 %) a nasleduje manipulácia s dieťaťom 24 (17,6 %). Tento výsledok sme očakávali vzhľadom na to, že sú to hlavne v prvých dňoch tie najfrekvencovanejšie činnosti ktoré si musia prvorodičky osvojiť.

V čiastkovom ciele č. 2 sme zisťovali aké predchádzajúce skúsenosti majú prvorodičky so starostlivosťou o novorodenca. Z výsledkov nášho prieskumu vyplýva, že 24 (25,8 %) nemá žiadne skúsenosti so starostlivosťou o novorodenca. Najväčší podiel skúseností zahŕňala skúsenosť s mladším súrodencom alebo prostredníctvom známych ako jednorazová skúsenosť. Dá sa povedať, že takmer polovica respondentiek nemá skúsenosť s dlhšie trvajúcou starostlivosťou o novorodenca. Prvá skúsenosť s vlastným dieťaťom, môže spôsobovať pocity neistoty a považovať starostlivosť za náročnú. Možnosť získania informácií, skúseností a zručností v oblasti starostlivosti o novorodenca sa naskytuje absolvovaním predpôrodného kurzu. Zisťovali sme či naše respondentky takýto kurz absolvovali, či to bolo prínosné alebo či vôbec o takejto možnosti vedia. 53 (65 %) respondentiek neabsolvovalo predpôrodnú prípravu ale tie ktoré túto prípravu absolvovali 17 (21,0 %) ju považujú za prínosnú. 10 (12,3 %) respondentiek o takejto možnosti nevedelo. Podľa výskumu Aba a Komömürcü (2017), ktorí skúmali vplyv predpôrodnej prípravy na popôrodnú adaptáciu zistili, že predpôrodná príprava mala vplyv na rýchlejšiu popôrodnú adaptáciu. Zúčastnili sa dve skupiny žien, jedna skupina podstúpila predpôrodnú prípravu a druhá skupina mala bežný rutinný dohľad. Predpôrodná príprava môže byť nápomocná v príprave na materstvo a tak aj eliminovať stresujúce obdobie po pôrode.

V Čiastkovom ciele č. 3 sme zisťovali, či je v nemocnici počas hospitalizácie na oddelení šestonedelia jednotná a dostatočná. 39 (47,6 %) respondentiek považuje edukáciu za dostatočnú a 23 (28,0 %) by prijalo viac času vyhradeného sestrami na edukáciu. Podľa výsledkov výskumu Láškovej (2012), na podobnú otázku či boli informácie pre starostlivosť o novorodenca a seba sama dostatočné, odpovedalo 59,2 %, možnosť áno boli dostatočné a adekvátne. Pre 18,3 % respondentiek neboli informácie dostačujúce. Výsledky oboch výskumov sú podobné, napriek tomu, že šetrenie bolo realizované v iných zariadeniach.

Ďalšou skúmanou oblasťou bola jednotnosť informácií podávaných od lekárov a sestier. V tomto prípade sa lepšie umiestnili lekári, prvorodičky označili až v 45 (54,9 %) prípa-

doch že sú informácie od lekára jednotné. Informácie od sestier sa minimálne líšia – túto možnosť označilo celkom 46 (56,8 %) respondentiek. Na rozdiel od lekárov kde je hodnota rozdielných informácií zaznamenaná v 3 (3,7 %) prípadoch, u sestier je táto hodnota vyššia. 14 (17,3 %) si myslí, že informácie podávané sestrami sú rozdielne a zásadne sa líšia. Sestry by sa mali riadiť edukačným štandardom aby bola jednotnosť informácií rovnaká. Rozličné informácie môžu byť pre prvorodičku stresujúce a môže stratiť dôveru k zdravotníckemu personálu. Z výsledkov je vidieť, že v edukácii sú určité medzery, ktoré sú však napravitel'ne jednoduchými krokmi a to napríklad dodržiavaním edukačných štandardov, letáčky so základnými informáciami, tak aby sa k nim mohlo prvorodičky kedykoľvek vrátiť.

V čiastkovom ciele č. 4 nás zaujímalo aké sú jednotlivé oblasti edukácie v nemocnici. Zaujímalo nás v akých oblastiach sú prvorodičky edukované najviac a ktoré činnosti vykonávajú samostatne. Tieto získané údaje sme porovnali a z výsledkov vyplýva, že najsilnejšou stránkou edukácie je hygiena – v tejto oblasti boli matky rovnako edukované (38,8 %) a v takmer rovnakej miere boli schopné túto činnosť vykonávať samostatne (39,1 %) podobne ako v oblasti manipulácie s dieťaťom kedy prevyšovali samostatné činnosti nad edukáciou sestry. Najväčší rozdiel je v oblasti kojenia a výživy. V tejto oblasti potrebujú matky viac edukácie a činnosti v spolupráci so sestrou v tejto oblasti prevyšujú nad samostatnými činnosťami. Samostatné činnosti v oblasti kojenia 13 (15,3 %) a v spolupráci so sestrou 23 (25,0 %). V štúdiu Bryanton a kol. (2013), ktorá sa zaoberala prenatálnou a postnatálnou edukáciou a jej vplyvom na dieťa, popisuje témy edukácie ktoré zahŕňajú starostlivosť o novorodenca, kŕmenie, preventívna starostlivosť (manipulácia, autosedačky, očkovanie, používanie detektora dymu), bežné správanie a vývoj dieťaťa. Z týchto údajov je zrejmé, že edukácia v našich podmienkach je prevažne zameraná na samostatnú starostlivosť o novorodenca. Postnatálna edukácia by mala byť ponímaná komplexnejšie a to aj vzhľadom k preventívnej starostlivosti a aby boli nielen matky ale obaja rodičia schopný rozpoznať normálne správanie novorodenca od zvláštneho správania a taktiež poznať základné normy pri vývoji dieťaťa.

Ďalej nás zaujímalo, či je poskytnutá konzultácia s laktačnou poradkyňou. 30 (37,5 %) respondentiek uviedlo, že konzultácia prebehla a bolo to prínosné. 33 (41,3 %) respondentkám nebola navrhnutá táto možnosť a 10 (12,5 %) respondentiek nevedelo, že niečo také existuje. Z vyššie uvedených výsledkov vyplýva, že najväčšie nedostatky sú v oblasti výživy a kojenia. Kojenie je veľmi dôležité pre dieťa. Odborná edukácia a informácie by

mali byť podané dostatočne zrozumiteľne a kvalitne. Každá matka by mala mať možnosť konzultácie s odborníkom v tejto oblasti. Ak sa laktačná poradkyňa nevyskytuje v nemocnici, mala by jej byť poskytnutá aspoň informácia alebo odporúčanie na laktačnú poradkyňu.

V poslednom celi č. 5 nás zaujímalo aké sú preferované zdroje získavania informácií v starostlivosti o novorodenca. Tak ako sme predpokladali, potvrdilo sa nám, že najpreferovanejší na vyhľadávanie informácií je internet 57 (18,3 %). 55 (17,6 %) preferuje mamu a na takmer rovnakej pozícii sa umiestnila sestrička 45 (14,4 %) a lekár 42 (13,5 %) až následne sú preferované knižné zdroje 34 (10,9 %). Podľa výsledkov Škavradovej (2013), ktorá vo svojej práci taktiež zisťovala zdroje informácií, boli najfrekvencovanejšie odpovede, že informácie získavajú od detských sestier 57 (57 %), a potom sa ako druhý umiestnil internet s počtom 30 (30 %). Zaujímavý je rozdiel výsledkov s 4 ročným odstupom. Zatiaľ čo v našich výsledkoch figuruje internet, vo výskume Škavradovej figuruje detská sestra. Je na zamyslenie, prečo vo vyššej miere začal internet nahrádzať odbornú starostlivosť a odborné rady skúsených profesionálov. Internet môže byť zaplnený množstvom neoverených zavádzajúcich informácií, ktoré môžu mať negatívny vplyv na vývoj dieťaťa. Výskum prebiehal v rôznych zariadeniach a netýkal sa len prvorodičiek ale aj matiek s viacerými deťmi. Je teda možné, že matky s viacerými deťmi, si zdroj informácií vedia vyselektovať a zvážiť ich pravdivosť. Prvorodička skúsenosti na selektovanie vhodných a pravdivých zdrojov nemá.

Napriek predchádzajúcemu výsledku, ktorý poukazuje na najviac používaný zdroj k vyhľadávaniu informácií internet, v ďalšej časti zisťujeme akú pomoc by uvítali pri starostlivosti o novorodenca a 42 (31 %) respondentiek sa vyjadrilo, že by uvítali pravidelné návštevy sestričky alebo pôrodnej asistentky. 31 (23 %) by uvítalo pomoc rodičov a 28 (20,7 %) respondentiek by uvítalo možnosť telefonickej konzultácie. Výsledok je zrovnateľný z výsledkom prieskumu Lašákovej (2012), ktorá zisťovala či by matky uvítali návštevu pôrodnej asistentky v domácom prostredí. Možnosť áno označilo až 52 (43,3 %).

7.2.1 Odporúčania pre prax

Na základe získaných údajov a analýze výsledkov sme navrhli odporúčania pre prax, ktoré môžu byť nápomocné k zlepšeniu alebo odstráneniu zistených problémových oblastí. Najväčší počet prvorodičiek považuje starostlivosť za čiastočne náročnú až náročnú a pre-

vláda u nich pocit neistoty pri starostlivosti o novorodenca alebo pri určitých činnostiach. Z ich pohľadu sú najčastejšie problémové oblasti v starostlivosti o novorodenca, avšak objavili sa aj oblasti iného druhu ako je obava o zdravie dieťaťa, deficit vedomostí o vývoji a obava o nezvládnutie poskytnutia prvej pomoci novorodencovi. Edukácia sa prevažne zameriava na starostlivosť o novorodenca pri bežných denných aktivitách. Aj po ukážke sestrami a praktického nácviku, nie sú pripravené na samostatnú starostlivosť a prevláda neistota pri starostlivosti.

Edukácia by sa mala zameriavať na širšiu oblasť ako len na starostlivosť. Mala by byť poňmaná komplexnejšie. Okrem bežnej starostlivosti o novorodenca by mala obsahovať oblasti preventívnej starostlivosti ako napríklad bezpečná manipulácia, poloha, používanie autosedačky, informácie o očkovaní alebo následnej výžive v ďalších mesiacoch. Dôležitou súčasťou by mala byť aj edukácia o bežnom správaní dieťaťa a vývoji. Neoddeliteľnou súčasťou by mala byť taktiež edukácia a praktický nácvik pri poskytovaní prvej pomoci novorodencovi.

Nedostatky a neistota v starostlivosti boli zaznamenané najmä v hygiene, manipulácii a kojení. I keď edukácia a praktická ukážka prebehne, je dôležité aby sestra alebo pôrodná asistentka bola prítomná pri samostatných aktivitách. Prítomnosťou sestry alebo pôrodnej asistentky by prvorodičky nezískali len dohľad a istotu pri starostlivosti ale naskytl by sa tak aj priestor na zodpovedanie otázok a nejasností v konkrétnej situácii.

Najviac preferovaný zdroj získavania informácii je pre mnohé prvorodičky internet. Veľakrát obsahuje mylné a neoverené informácie, ktoré však nemusí prvorodička rozpoznať keďže väčšina z nich nemá dlhodobjšiu skúsenosť so starostlivosťou o novorodenca a prvá skúsenosť je veľakrát ich vlastné dieťa. Preto pokladáme za dôležité aby boli dostatočne podané informácie z overených zdrojov a to predovšetkým prostredníctvom kvalitnej edukácie nielen počas hospitalizácie ale mať ich na dosah aj počas starostlivosti v domácom prostredí. Podľa prvorodičiek by boli najviac nápomocné telefonické konzultácie a pravidelné návštevy sestry alebo pôrodnej asistentky. Telefonické konzultácie v oblasti starostlivosti o novorodenca by mohli fungovať obdobne ako laktačné poradkyne, kedy by tieto informačné konzultácie poskytoval taktiež zaškolený personál.

ZÁVER

Bakalárska práca sa zaoberá problematikou starostlivosti o novorodenca z pohľadu prvorodičky. Stať sa matkou je náročná a nová životná rola v živote ženy. Novorodenecké obdobie je významným medzníkom ako pre dieťa tak pre matku. Obaja sa potrebujú adaptovať na nové prostredie a novú situáciu. Toto obdobie je pre nejednu matku stresujúce, prináša so sebou obavy, neistotu a váhanie čo sa môže premietat' do psychickej nepohody matky. Neoddeliteľnou súčasťou pobytu v nemocnici je kvalitná edukácia sestier v starostlivosti o novorodenca. Je dôležité aby bola táto edukácia dostatočná a premyslená, aktuálna a jednotná od všetkých zdravotníckych pracovníkov. Je nesmierne dôležité aby prvorodičke boli poskytnuté kvalitné informácie a dostatok času na prijatie nových informácií a tým sa eliminoval pocit neistoty a obáv.

Edukácia prvorodičiek by nemala končiť odchodom z nemocnice. Prvorodička by mala mať k dispozícii dostupnosť potrebných informácií od profesionálov aj naďalej.

Hlavným cieľom bakalárskej práce bolo zistiť ako vnímajú prvorodičky starostlivosť o novorodenca, aké sú najobávanejšie oblasti v starostlivosti o novorodenca, preferované zdroje získavania informácií, predchádzajúce skúsenosti a edukácia v nemocnici. Stanovené ciele boli splnené a na základe získaných informácií a ich analýzou sme navrhli odporúčania pre prax.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

ABA, Yilda Arzu a Nuran KÖMÜRÇÜ, 2017. Antenatal Education on Pregnant Adolescents in Turkey: Prenatal Adaptation, Postpartum Adaptation, and Newborn Perceptions. *Asian Nursing Research* [online]. **11**(1), s. 42-49 [cit. 2017-05-10]. DOI: 10.1016/j.anr.2017.03.003. ISSN 19761317. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1976131717301603>

Apgar skóre, 2016. In: *Maminka.sk* [online]. [cit. 2017-05-12]. Dostupné z: http://www.maminka.sk/Client.Gallery/show.aspx?id_file=315773226&article=27444

AGHDAS, Karimi, Khadivzadeh TALAT a Bagheri SEPIDEH, 2014. Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*. **27**(1), s. 37-40. DOI: 10.1016/j.wombi.2013.09.004. ISSN 18715192. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871519213004010>

BOLDEVIČOVÁ, Mária a kol., 2010. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 3.vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-331-8.

BRAZELTON, Berry, 1976. *Neonatal Behavioral Assessment Scale* [online]. Lavenham: THE LAVENHAM PRESS [cit. 2017-02-01]. ISBN 0 433 04030 0. Dostupné z: <http://50.28.28.219/wp-content/uploads/2013/12/Brazelton-1973-BNBAS.pdf>

BRYANTON, Janet, Cheryl BECK a William MONTELPARE, 2013. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Database of Systematic Reviews*. [online]. Canada: John Wiley, **2013**(11), s. 1-12 [cit. 2017-02-12]. DOI: 10.1002/14651858.CD004068.pub4. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004068.pub4/abstract>

ERZOVÁ, Magdaléna a Kateřina RASTISLAVOVÁ, 2011. *Podpora vztahu matky a novorozence po porodu*. Sestra [online]. **21**(3), 36-37 [cit. 2017-02-01]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/podpora-vztahu-matky-a-novorozence-po-porodu-458797>.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2010. Bezpečnost ošetrovatelských postupů: koupel novorozence a kojence. *Pediatric pro praxi* [online]. Solen, **11**(2), 126-127 [cit. 2017-03-01]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2010/02/12.pdf>

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2011. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-802-4739-403.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK, 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0135-471.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2015. *Adaptovaný klinický doporučený postup: Péče o kůži novorozence*. *Pediatric pro praxi* [online]. Brno: Solen, **16**(4), 275-277 [cit. 2017-05-12]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2015/04/17.pdf>

GASKIN, Ina May, 2011. *Průvodce kojením*. Praha: Argo. ISBN 978-802-5704-837.

GREGORA, Martin a Milena DOKOUPILOVÁ, 2016. *Péče o novorozence a kojence: mamčin domácí lékař*. 4., přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-802-4757-193.

HALLSWORTH, Maggie, Maggie MEEKS a Helen YEO, 2010. *Nursing the neonate*. 2nd ed. Chichester, West Sussex, U.K: Wiley-Blackwell. ISBN 978-140-5149-747.

KLÍMA, Jiří, 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4750-149.

KOUDELKOVÁ, Vlasta, 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. ISBN 978-807-3876-241.

KUMBÁLKOVÁ, Martina, 2014. *Edukační proces u šestinedělky v oblasti péče o novorozence* [online]. Praha [cit. 2017-04-28]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiAq7uop8fTAhWLSRoKHdSbDWgQFgglMAA&url=https%3A%2F%2Ffis.cuni.cz%2Fwebapps%2Fzfp%2Fdownload%2F130127132&usg=AFQjCNEr3MsEW73EcG6BRckNkLMmumrt1g&sig2=CyYBDnKL5JWhOfq4o3TuBQ>.

KURZOVÁ, Kristýna a kol., 2015. Kristina. Bonding: Od historie po současnost. *Florence*. 11(9) s. 5-7. ISSN: 1801-464X.

KYLE, Terri. a Susan. CARMAN, 2013. *Essentials of pediatric nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams. ISBN 978-160-5470-283.

LÁŠKOVÁ, Lucie, 2012. *Domácí péče v porodní asistenci u šestinedělky* [online]. Pardubice [cit. 2017-04-28]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/46307?show=full&locale-attribute=cs>.

LEBL, Jan, 2014. *Klinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-4921-315.

MIHÁL, Vladimír a kol., 2012. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. Olomouc. ISBN 978-80-244-3229-8.

MOORE, Elizabeth R et al., 2016. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

MUNTAU, Ania, 2014. *Pediatrie*. 2. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4745-886.

PÁNEK, Martin, 2013. *Současné trendy v péči o novorozence*. *Pediatric pro praxi* [online]. **14**(6), s. 363-366 [cit. 2016-12-12]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/06/04.pdf>

PETR, Jaroslav, 2011. Maternální mozek - kvalitativní změny mozku po porodu. *Zdravotnické noviny*, **60**(6), s. 26. ISSN: 1805-2355.

SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.

SOCKOL, Laura E. a Cynthia L. BATTLE, 2015. Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Archives of Women's Mental Health*. **18**(4), 585-593. DOI: 10.1007/s00737-015-0511-6. ISSN 1434-1816. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s00737-015-0511-6>

STRAŇÁK, Zbyněk a Jan JANOTA, 2015. *Neonatologie. 2.*, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 9788020438614.

SYROVÁTKOVÁ, Michaela, 2015. Péče o dětskou pokožku. *Dermatologie pro praxi* [online]. *Solen*, **9**(3), 128-129 [cit. 2017-03-01]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2015/03/08.pdf>

ŠULOVÁ, Lenka a FAIT, Tomáš, 2015. *Chování novorozence a jeho psychosociální potřeby*. *Praktická gynekologie*, roč. **19**(2) s. 131-132. ISSN: 1211-6645.

ŠUSTEROVÁ, Dáša, 2010. *Úloha sestry v edukaci prvorodičky v systému rooming-in*. *Sestra*, **20**(3), s. 86-88. ISSN: 1210-0404.

ŠKARVADOVÁ, Kristýna, 2012. *Informovanost šestinedělek v péči o novorozence* [online]. Jihlava [cit. 2017-04-15]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Dostupné z: <https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/16674/thema/2730>.

TAKÁCS, Lea, 2012. *Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče*. *Česká gynekologie*, 77(1) s. 15-21. ISSN: 1210-7832.

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, a kol., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4751-276.

ZACHAROVÁ, Eva, 2014. *Specifika psychosociálního přístupu v porodnictví*. *Zdravotnictví a medicína*, 2014(19) (Sestra), V-VI příl. ISSN: 2336-2987.

WHO, 2014. *Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*. Geneva: World Health Organization; 2014. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf

ZOZNAM POUŽITÝCH SYMBOLOV A SKRATIEK

KNTB Krajská nemocnice Tomáše Bati

NSP Nemocnica s poliklinikou

WHO World health organization

TEOAE Tranzitne evokované otoakustické emisie

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1 Dotazník PRIME MD2	33
Tabuľka 2 Vek	38
Tabuľka 3 Vzdelanie.....	38
Tabuľka 4 Bývanie	39
Tabuľka 5 Tehotenstvo	39
Tabuľka 6 Samostatné činnosti a edukácia sestrami	49

ZOZNAM GRAFOV

Graf 1 Starostlivosť o novorodenca	40
Graf 2 Problémové oblasti v starostlivosti.....	41
Graf 3 Pocit neistoty pri starostlivosti	42
Graf 4 Predchádzajúce skúsenosti	43
Graf 5 Predpôrodná príprava	44
Graf 6 Informácie od sestier	45
Graf 7 Jednotnosť informácií od sestier.....	46
Graf 8 Jednotnosť informácií od lekára	47
Graf 9 Konzultácia s laktačnou poradkyňou.....	48
Graf 10 Edukácia sestrami a samostatné činnosti.....	49
Graf 11 Nedostatky v starostlivosti o novorodenca.....	50
Graf 12 Zdroje získavania informácií	51
Graf 13 Pomoc pri starostlivosti o novorodenca	52

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha 1 Dotazník

Príloha 2 Apgar skóre

PRÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená maminka.

Volám sa Alžbeta Chodúrová a som študentka 3. ročníku bakalárskeho štúdia odbor všeobecnej sestry na Fakulte humanitných štúdií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíne. Rada by som Vás požiadala o vyplnenie tohto dotazníku. Dotazník je anonymný a všetky zistené údaje budú použité za účelom vypracovania bakalárskej práce na tému „Starostlivosť o novorodenca z pohľadu prvorodičky“. Vami vybranú odpoveď prosím zakrúžkujte alebo dopíšte odpoveď na vyznačené miesto. Ak nie je uvedené inak, prosím zakrúžkujte len jednu odpoveď.

Vopred Vám ďakujem za pomoc, ochotu a Váš čas pri vyplňaní tohto dotazníku.

1. Prosím uveďte Váš vek.
 - a. Do 20 rokov
 - b. Od 21 do 25 rokov
 - c. Od 26 do 30
 - d. 31 a viac

2. Prosím označte Vaše najvyššie dosiahnuté vzdelanie.
 - a. Základné
 - b. Stredoškolské bez maturity
 - c. Stredoškolské s maturitou
 - d. Vyššia odborná škola
 - e. Vysokoškolské vzdelanie

3. Bývate :
 - a. Sama
 - b. S partnerom
 - c. S rodičmi
 - d. S rodičmi a partnerom

4. Tehotenstvo bolo:
 - a. Plánované
 - b. Neplánované

5. Máte predchádzajúce skúsenosti so starostlivosťou o novorodenca?
(možnosť výberu viacerých odpovedí)
 - a. Mladší súrodenec
 - b. Predpôrodný kurz

- c. Známy (jednorazová skúsenosť)
 - d. Profesia/ Zamestnanie
 - e. Nemám žiadne predchádzajúce skúsenosti
 - f. Iné
6. Absolvovali ste predpôrodnú prípravu, ktorej súčasťou bola starostlivosť o novorodenca?
- a. Áno, absolvovala – **bolo** to prínosné
 - b. Áno, absolvovala – **nebolo** to prínosné
 - c. O takejto príprave som nevedela
 - d. Nie neabsolvovala
7. Starostlivosť o novorodenca považujete za:
- a. Veľmi náročnú
 - b. Čiastočne náročnú
 - c. Prevažne jednoduchú
 - d. Jednoduchú
 - e. Veľmi jednoduchú
8. Ste prvorodička?
- a. Áno, som prvorodička
 - b. Nie, mám viac detí
9. Myslíte si, že informácie od sestier ohľadom starostlivosti o novorodenca sú dostatočné?
- a. Informácie sú dostatočné
 - b. Informácie sú priemerné
 - c. Informácie sú nedostatočné
 - d. Prijala by som viac času vyhradeného sestrami na zodpovedanie otázok a naučenie potrebných techník ohľadom starostlivosti o novorodenca
10. Sú informácie, ukážky, odpovede na Vaše otázky jednotné od každej sestry?
- a. Informácie sú jednotné
 - b. Informácie sa minimálne líšia
 - c. Informácie sú rozdielne a zásadne sa líšia
 - d. Nedostávam žiadne informácie
11. Sú informácie, ukážky, odpovede na Vaše otázky jednotné od každého/ každej lekára/ky?
- a. Informácie sú jednotné
 - b. Informácie sa minimálne líšia
 - c. Informácie sú rozdielne a zásadne sa líšia

d. Nedostávam žiadne informácie

12. Prosím vypíšte činnosti, ktoré ste si počas pobytu v nemocnici skúsili samostatne bez dohľadu sestry (napríklad kúpanie, prebaľovanie, prezliekanie, starostlivosť o kožu...).

.....
.....
.....

13. Prosím vypíšte činnosti, ktoré Vám počas pobytu v nemocnici ukázala sestrička v oblasti starostlivosti o novorodenca.

.....
.....
.....

14. Prosím vypíšte otázky alebo postrehy, ktoré vás zaujímajú, alebo ak niečomu nerozumiete v oblasti starostlivosti o novorodenca a novorodeneckého obdobia.

.....
.....
.....
.....

15. Ktorú z uvedených oblastí najviac preferujete pri zisťovaní informácií v oblasti starostlivosti o novorodenca? **(možnosť výberu viacerých odpovedí)**

- a. Internet
- b. Kniha
- c. Súrodenec
- d. Mama
- e. Kamarátka
- f. Babička
- g. Mobilné aplikácie
- h. Sestričky
- i. Doktor/ka
- j. Iné (prosím uveďte)

.....

16. Prosím označte z nasledujúcich možností oblasti, ktorých sa najviac obávate v oblasti starostlivosti o novorodenca.

- a. Kúpanie/hygiena

- b. Prebaľovanie
- c. Manipulácia
- d. Obliekanie
- e. Kojenie
- f. Starostlivosť o pupček
- g. Iné (prosím uveďte)

.....

17. Bola Vám poskytnutá konzultácia s laktáčnou poradkyňou ohľadom kojenia a výživy novorodenca?

- a. Áno, konzultácia prebehla. Bolo to veľmi prínosné a boli mi zodpovedané všetky moje otázky.
- b. Áno, konzultácia prebehla ale nebola dostatočujúca. Nedostala som potrebné informácie.
- c. Nie, konzultácia neprebehla, nemala som záujem
- d. Nie konzultácia neprebehla, nebola mi navrhnutá táto možnosť
- e. Nevieam, že niečo také

18. Akú pomoc by ste najviac uvítala pri neistote v starostlivosti o novorodenca v domácom prostredí? (**možnosť výberu viacerých odpovedí**)

- a. Pravidelné návštevy sestričky/ pôrodnej asistentky
- b. Video ukážky
- c. Letáčky
- d. Pomoc rodičov
- e. Telefonická konzultácia
- f. Iné.....

19. Máte pocit neistoty počas starostlivosti o novorodenca?

- a. Áno, mám pocit neistoty
- b. Mám pocit neistoty ale iba pri niektorých činnostiach (prosím vypíšte)

.....
.....

- c. Nie, nemám pocit neistoty

PRÍLOHA P II: APGAR SKÓRE

Čo a ako sa meria pomocou Apgar skóre?			
Kritérium	Bodové hodnotenie		
	0	1	2
Srdcový pulz	<60	>60 ale <100	>100
Dýchanie	nedýcha	nepravidelne dýcha	pravidelne dýcha, silný plač
Napätie svalov	žiadne	slabé pohyby	aktívne pohyby
Reakcia na podráždenie	žiadna	grimasy	grimasy, pohyby, krik, kýchanie
Farba kože	bledá až modrá na celom tele	bledá až modrá farba končatín	zdravá farba na celom tele

(Apgar skóre, 2016)