

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Ošetrovatelské postupy v péči o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., Dr. h. c.

Autor práce:

Bc. Gabriela Gengelová

2012

## **Abstract**

Hygiene plays a very important role in our lives. It is often influenced by social, cultural, family and individual factors, as well as by knowledge about health and hygiene. The skin of a child is very soft and sensitive, and therefore requires careful and considerate care throughout the whole period of childhood, especially in the neonatal period and infancy. Skin care of newborns and infants is an essential attribute of the child's health care. Such care is an individual matter, and it will always depend on family circumstances in which the child lives and on a suitable and proper approach of parents and physicians.

The aim of this thesis was to determine the level of knowledge of mothers and the use of such knowledge in skin care of newborns and infants at home. The second objective was to prepare educational material for mothers. The thesis makes use of the questionnaire method. For this purpose, 274 questionnaires were collected. The questionnaire was distributed to mothers of newborns and infants, who take care of their skin at home. The investigation was carried out at pediatrics in the South Bohemian and Pilsen regions. The results of the research are introduced using graphs and some of the results are statistically evaluated by a chi-square test. Two hypotheses were set. Hypothesis 1: Mothers have enough information regarding the skin care of newborns and infants at home. Hypothesis 2: Mothers correctly use the acquired information about skin care of newborns and infants. We were successful in answering both hypotheses in the research study.

The analysis and evaluation of the questionnaires shows that mothers are knowledgeable in treating skin of their children in the neonatal period and infancy. However, we managed to prove that some information of the parents is inconsistent with the literature. Therefore an educational material for mothers was created, focusing on skin care of newborns and infants. This educational booklet may be used at pediatric wards.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Ošetrovatelské postupy v péči o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne.....

podpis studenta

### Poděkování

Děkuji tímto panu prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., Dr. h. c. za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní diplomové práce. Zvláštní poděkování za podporu a trpělivost patří také mé rodině.

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>3</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>5</b>
1.1 ANATOMIE KŮŽE.....	5
1.1.1 <i>Fyziologie kůže</i> .....	8
1.1.2 <i>Anatomické a fyziologické odlišnosti kůže novorozence a kojence</i> .....	10
1.2 NOVOROZENECKÉ A KOJENECKÉ OBDOBÍ.....	11
1.3 KOUPEL NOVOROZENCE A KOJENCE.....	14
1.3.1 <i>Koupelel ve vaničce</i> .....	15
1.3.2 <i>Koupelel v kyblíku – Tummy tub</i> .....	17
1.4 PÉČE O POKOŽKU PO KOUPELI.....	18
1.4.1 <i>Ochrana dětské pokožky před sluncem a mrazem</i> .....	23
1.4.2 <i>Péče o pupoční pahýl</i> .....	23
1.5 NEJČASTĚJŠÍ KOŽNÍ ONEMOCNĚNÍ V NOVOROZENECKÉM A KOJENECKÉM VĚKU ..	25
1.6 ZÁKLADNÍ POJMY V EDUKACI .....	33
1.6.1 <i>Edukační proces</i> .....	34
1.6.2 <i>Metody edukace</i> .....	35
<b>2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY</b> .....	<b>39</b>
2.1 CÍLE PRÁCE.....	39
2.2 HYPOTÉZY .....	39
<b>3. METODIKA</b> .....	<b>40</b>
3.1 METODIKA PRÁCE.....	40
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	40
<b>4. VÝSLEDKY</b> .....	<b>41</b>
4.1 SOUHRNNÉ VÝSLEDKY .....	41
<b>5. DISKUSE</b> .....	<b>63</b>

<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>74</b>
6.1 EDUKAČNÍ BROŽURA .....	76
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>82</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>89</b>
<b>9. PŘÍLOHY.....</b>	<b>90</b>
9.1 SEZNAM PŘÍLOH.....	90

## Úvod

Hygiena hraje v našem životě velmi významnou roli. Patří mezi základní biologickou potřebu, která se vyvíjí a je uspokojována od narození. Hygiena je ovlivněna rodinnými, sociálními, kulturními a individuálními faktory, stejně tak znalostmi o zdraví a hygieně a vnímáním osobního pohodlí a potřeb.

Pokožka dítěte je velmi citlivá, jemná, a proto vyžaduje šetrnou a ohleduplnou péči po celé období dětství, zejména pak v novorozeneckém a kojeneckém věku. Kůže novorozenců a malých dětí se anatomickou stavbou a fyziologií významně liší od kůže dospělých. Kůže novorozence nemá všechny funkce dokonale rozvinuté, postupně si je teprve buduje. Dětská pokožka je tenčí a méně odolná nepříznivým chemickým, fyzikálním, biologickým i mechanickým vlivům.

Velkou roli v péči o dětskou pokožku hrají vlastní zkušenosti doporučujícího lékaře. Dále se vychází z kulturních tradic, nových poznatků o fyziologii kůže a z nových technologických pokroků. V současné době se stalo samozřejmostí, že maminkám v péči o dětskou pokožku pomáhá celá řada kosmetických výrobců. Tato měnící se doba přináší i jiné nároky na ošetřování pokožky dítěte. Je proto důležité, aby zdravotnický personál edukoval rodiče o významu správného ošetřování kůže dítěte již od narození. Péče o kůži novorozence a kojence je základním atributem péče o zdraví dítěte. Musíme si uvědomit, že v péči o dětskou pokožku se jedná o individuální záležitost. Bude vždy záležet na rodinných podmínkách, ve kterých dítě žije a na vhodném a správném přístupu zdravotníků.

O problematiku ošetrovatelské péče o kůži novorozence a kojence jsem se zajímala již v průběhu praktikování na oddělení fyziologických novorozenců a u praktického lékaře pro děti a dorost. Proto jsem se rozhodla zpracovat diplomovou práci na téma Ošetrovatelské postupy v péči o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí. Dále mě k volbě tohoto tématu dovedla skutečnost, že v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost přibývá počtu dětí s dermatózami. Je velice důležité, aby rodiče věděli, jak správně pečovat o dětskou pokožku v domácím prostředí a předcházeli tak rozvoji kožních onemocnění. Právě rodiče jsou ti, kteří nejvíce pečují o pokožku svého dítěte. Pouze správnou péčí o kůži lze docílit zvýšené

obranyschopnosti. Získané výsledky diplomové práce nás informují blíže o znalostech matek a jejich využití v péči o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí. Současně doufám, že tato práce poslouží matkám jako materiál, kde se dozví, jak správně pečovat o pokožku svého dítěte.



## 1. Současný stav

### 1.1 Anatomie kůže

Lidská kůže je důležitým orgánem zprostředkujícím kontakt organismu s vnějším prostředím. Kůže představuje dvojvrstevný protektivní systém na povrchu těla, který je i znakem individuality svého nositele. Kůže často odráží i nejrůznější nefyziologické či patologické procesy vnitřních orgánů. Kožní povrch má v průměru 1,5 až 2m<sup>2</sup> a hmotnost kůže tvoří zhruba 10 % tělesné hmotnosti. Tloušťka kůže je kolem 2,1mm. Tato čísla ukazují, že kůže je jedním z největších orgánů lidského těla. Její skladba umožňuje co nejlepší ochrannou funkci mezi organismem a zevním prostředím. Kůže má také důležitou úlohu v imunitních funkcích organismu. Významně se podílí na výměně tepla mezi organismem a zevním prostředím, účastní se exkrečních a resorpčních funkcí. Kůže je také orgánem percepčním, zejména pro dotyk, tlak, teplo a bolest. Kožní povrch má pH 4,5 – 6. Jeho kyselost zabraňuje nadměrnému množení mikroorganismů, zejména kvasinek, plísní a některých koků. Barvu kůže ovlivňuje řada vnitřních i zevních faktorů. Je to zejména tloušťka rohové vrstvy, množství melaninu, stupeň prokrvení, množství hemoglobinu v krvi a jeho saturace kyslíkem. Charakter barvy podmiňuje i obsah vody a lipidových látek v epidermis nebo karotenu v podkoží. Kůže se skládá ze tří základních vrstev, každá vrstva kůže má své specifické postavení: epidermis (pokožka), dermis (korium, škára) a tela subcutanea (subcutis, podkoží, podkožní tuková tkáň) (Dylevský, 2009; Lébl, 2007; Štork, 2008; Záhejský, 2006).

#### *Epidermis*

Epidermis představuje nej povrchovejší a nejtenčí (od 0,3 - 1,5mm) část kůže ektodermálního původu. Je to primární, chemicky inertní bariéra, plnící především statické mechanické funkce. Pokožka je tvořena především keratinocyty, buňkami vícevrstevného rohovějícího dlaždicového epitelu. V keratinocytech se tvoří keratin, což je fibrosní protein, který odpuzuje vodu a je odolný proti natrávení enzymy. V hlubších vrstvách epidermis jsou uloženy pigmentové buňky melanocyty, nacházející se pouze v bazální vrstvě epidermis a ve vlasovém folikulu. Jejich počet kolísá mezi různými jedinci i podle lokalizace kožního okrsku. Další buňky, které se v epidermis nacházejí

jsou Langerhansovy a Merkelovy buňky. Langerhansovy buňky se prokazují suprabazálně v epidermis a ve vlasovém folikulu. Hrají důležitou roli v imunitním systému kůže, neboť jejich funkcí je zachycení antigenu a jeho předání lymfocytům. Merkelovy buňky jsou v bazální vrstvě epidermis a vlasového folikulu. Tyto buňky se synopticky spojují s volnými nervovými zakončeními a představují mechanoreceptory (Dylevský, 2009; Petrovický, 2002; Resl, 2002; Štork, 2008).

Epidermis se dělí na pět vrstev: stratum basale, stratum spinosum, stratum granulosum, stratum lucidum a nejpoверхovější stratum corneum. Stratum basale je zárodečná, nehlouběji uložená vrstva epidermis. Skládá se z jedné řady palisádovitě řazených cylindrických keratinocytů s velkými jádry a poměrně malým množstvím cytoplazmy. Buňky jsou připojeny k bazální membráně, která tvoří rozhraní mezi epidermis a korigem. Stratum spinosum se skládá z několika vrstev polyendrických buněk, které jsou mezi sebou propojeny intercelulárními můstky tzv. desmosomy. Název vznikl podle jejich ostnitého tvaru. V horní části ostnitě vrstvy se keratinocyty začínají přeměňovat ve výsledný kožní produkt – kreatin. Stratum granulosum je tvořeno 1 až 3 řadami oploštělých buněk s typickými tmavě se barvícími granuly keratohyalinu. Ve stratum granulosum se vytváří pruh na vnitřní straně buněčné plazmatické membrány keratinocytů a dochází ke vzniku tzv. zrohovělé pevné obálky. Stratum lucidum představuje přechod mezi nezrohovatělou epidermis a stratum corneum. Tyto buňky jsou označovány jako tranzitní keratinocyty, ztrácejí jádro i organely a keratohyalinová granula se mění na kreatin. Stratum corneum, nebo-li rohová vrstva je zevní vrstvou epidermis a tvoří ji korneocyty, které nemají jádro a jsou zrohovělé, ploché, hustě na sebe kladené a tvoří šestiúhelníkové lamely sloupcovitě seskupené (Dylevský, 2009; Petrovický, 2002; Resl, 2002; Štork, 2008).

### *Korium*

Korium je střední vazivová vrstva kůže (0,6 - 3mm). Škára je prostoupena sítěmi kapilár, ze kterých je difuzí vyživována pokožka. V koriu se nachází tři základní druhy buněk: fibroblasty, histiocyty a mastocyty. Fibroblasty mají vřetenovitý tvar, jsou to důležité buňky pro syntézu vaziva a jsou rozptýleny mezi snopci vazivových vláken. Histiocyty vznikají z monocytů, které se do korie dostávají z krevního řečiště.

Enzymaticky aktivní formy se označují jako makrofágy, které fagocytují antigeny, odpadní produkty metabolismu a produkují různé mediátory. Mastocyty tvoří velké buňky metachromatickými granuly v cytoplazmě, obsahující histamin, heparin a serotonin, které se uvolňují při alergických a zánětlivých reakcích. Vlákenná struktura koria je zastoupena čtyřmi typy vláken, které vznikají činností fibroblastů. Vlákna zajišťují roztažitelnost, pevnost, pružnost a štěpitelnost kůže v určitých směrech. Kolagenní vlákna tvořená kolagenními fibrilami probíhají paralelně s kožním povrchem a zodpovídají za pevnost kůže. Elastická vlákna jsou stejně četná jako vlákna kolagenní. Zajišťují pevnost i elasticitu kůže. Retikulinová vlákna se v kůži vyskytují jen v malém množství, obkružují kloubní kapsle a nachází se také kolem cév. Kotvící fibrily nepatří chemickou strukturou k předchozím druhům, jsou tvořeny jiným typem kolagenu. Připojují bazální membránu k hlouběji uloženým kolagenním vláknům koria. V kóriu probíhají krevní a míšní cévy a nervy. Cévní zásobení koria se uskutečňuje dvěma plexy, povrchového a hlubokého, který probíhá paralelně podél hranice koria a podkoží. Z arteriální části povrchového plexu vstupuje do papily vzestupné raménko kapilární kličky, které přechází ohbím do sestupné venózní části kličky a ta ústí do žilní části povrchového plexu. Kožní cévní systém plní důležitou úlohu v termoregulaci. Při vyšší teplotě protéká více krve kůží a dochází k následnému přenosu tepla do povrchových oblastí kůže. Tento stav se vyskytuje nejvíce u dětí, klesá od dospělosti ke stáří. Kůže je bohatě inervovaný orgán, zásobovaný kožními senzitivními větvemi hlavových a míšních nervů. Do kůže vstupují i autonomní vlákna určená k inervaci kožních cév, žláz a k inervaci hladkého svalstva koria. Nervy zajišťují spojení kůže s centrálním nervovým systémem. Dělí se na cerebrospinální, senzitivní a vegetativní. Cerebrospinální senzitivní nervstvo dodává různé kvality kožního cití. Jde o četná nervová zakončení nebo o speciální receptory. Vegetativní nervový systém inervuje musculus arrectores pilorum, dále řídí činnost potních žláz a zabezpečuje inervaci arteriol (Dylevský, 2006; Dylevský, 2009; Eliška, Elišková, 2009; Petrovický, 2002; Resl, 2002; Štokr, 2008).

Kožní adnexa jsou převážně lokalizovaná v kóriu, ale mají vývojové nebo topografické vztahy i k ostatním částem kůže. Dělí se na žlázová a keratinizovaná

adnexa. Mezi žlázová kožní adnexa patří mazové žlázy, potní žlázy apokrinní a potní žlázy ekrinní. Mazové žlázy se nacházejí na celém kožním povrchu s výjimkou dlaní a plosek, nejvíce jsou rozmístěné na obličeji a horní části hrudníku. Činnost mazových žláz je řízena hormonálně. Potní žlázy apokrinní se nacházejí v axilách, anogeniálně a na prsních areolách, vážou se na vlasový folikul a jejich vývod ústí nad vývodem mazové žlázy do folikulárního infundibula. Funkčně aktivními se stávají až od puberty vlivem hormonů. Apokrinní žlázy produkují bělavý sekret obohacený proteiny, který působením bakterií dostává charakteristický pach. Potní žlázy ekrinní jsou umístěny po celém povrchu těla, s výjimkou nehtového lůžka, modifikované kůže červeně rtů, klitorisu, malých stydkých pysků, glans penisu a vnitřního listu prepucia. Četně se nacházejí na ploskách, dlaních a axilách. Mezi keratinizovaná kožní adnexa patří vlasy a nehty (Petrovický, 2002; Resl, 2002; Štork, 2008).

#### *Tela subcutanea*

Podkožní vazivo představuje nejhlubší vrstvu kůže. Dosahuje tloušťky několik milimetrů až centimetrů a spojuje kůži s podkladem (facie, periost, perichondrium). Podkožní vazivo je tvořeno tuhým nebo řídkým vazivem, tukovými buňkami, cévami a nervy. Tam, kde je podkoží z hustého kolagenního vaziva, je kůže málo posunlivá nebo neposunlivá. V těchto místech mohou být na kůži viditelné jamky nebo sklesliny (Eliška, Elišková, 2009; Štork, 2008).

#### **1.1.1 Fyziologie kůže**

Fyziologické funkce kůže souvisí s její anatomickou strukturou. Kůže je hraniční orgán s významnými funkcemi. Do ochranné funkce kůže spadá fyzikální, chemická a biologická bariéra. U fyzikální bariéry kůže, zajišťuje mechanickou ochranu hydratovaná a promaštěná rohová vrstva, desmosomy keratinocytů, vlnitá dermoepidermální juncce, síť vláken koria a podkožní tuková tkáň. Na ochraně před ultrafialovým zářením se podílí rohová vrstva, keratohylinové struktury stratum granulosum a obsah urokanové kyseliny, melaninu, aminokyselin, nukleových kyselin, betakarotenu a hemoglobinu. Elektrická bariéra je zajištěna elektronegativně nabitým povrchem stratum corneum a stratum granulosum. Kůže má význam při ochraně před chladem, teplem a ve vodním hospodářství organismu. V chemické bariéře se uplatňují

mechanické vlastnosti kůže, acidorezistence keratinu, nárazníková schopnost kyselého kožního pláště, samočisticí schopnost kůže, ředění noxy a její odplavení potem. Chemikálie, které proniknou hlouběji, zachytí Langerhansovy buňky a indukují imunologickou reakci. Podstata biologické bariéry spočívá v tom, že kožní povrch je předurčen k tomu, aby látky ze zevního prostředí, působící na kůži, buď nepropustil, anebo propustil omezeně a selektivně podle jejich povahy. Obecně jde o omezení a zpomalení průniku do vitálních epidermálních vrstev a o ochranu kůže jako orgánu. S bariérovou funkcí kůže souvisí také samočisticí funkce. Na této funkci se účastní rohová vrstva tím, že napomáhá odstranění nečistot, prachu, chemikálií a mikrobů přirozenou kontinuální deskvamací. Dále se na této funkci podílí ochranný kožní film, nazývaný také kyselý kožní plášť, který má pH 4,5 - 6. Kyselé pH kožního filmu má antimikrobiální účinek. Kůže jako smyslový orgán zprostředkovává organismu informace o vnitřním a zevním prostředí pomocí receptorů, které zaznamenávají chlad, teplo, tlak, dotyk, svědění nebo bolest. Kůže má také sekreční funkci, kdy produkuje kreatin, melanin, pot a maz. Kreatin je nejpevnější struktura lidského organismu, odolná vůči řadě fyzikálních a chemických vlivů. Vzniká na základě keratohyalinových granulí ve stratum corneum. Melanin je pigment s fotoprotekční funkcí. Pot i maz tvořené a produkované kožními žlázami chrání kůži, omezují růst mikroorganismů a mají i slabé desinfekční účinky. Sekreční a depotní (metabolismus sacharidů jako zdroj energie) funkcí se kůže, vzhledem k rozsahu kožního povrchu, podílí na metabolismu celého organismu. Kůže je důležitým rezervoárem vody a při porušení kožního povrchu ztráta vody stoupá. Dále se kůže podílí na termoregulaci, a to zejména změnami prokrvení, pocením a odpařováním vody. Vzhledem k frekvenci kontaktu s antigeny zevního prostředí je kůže významným a největším imunologickým orgánem. Imunokompetentní jsou v kůži keratinocyty, v epidermis Langerhansovy buňky a v dermis senzibilizované T-lymfocyty, makrofágy a mastocyty. Kůže je v podstatě semipermeabilní membrána, jejíž stav a hydratace ovlivňuje propustnost kůže (Dylevský, 2006; Resl, 2002; Štork, 2008; Záhejský, 2006).

### ***1.1.2 Anatomické a fyziologické odlišnosti kůže novorozence a kojence***

Kůže novorozenců a kojenců se svou anatomickou stavbou a fyziologií výrazně liší od kůže dospělých lidí a je i méně odolná vůči nepříznivým chemickým, fyzikálním, biologickým a mechanickým vlivům. Kůže donošeného novorozence je dobře vyvinutá, bez otoků, hebká, jemná, neprůsvitná, s několika viditelnými cévami, slabou pigmentací a na pohmat je teplá. Po porodu je povrch kůže pokryt různě silnou mazlavou bělavou vrstvou mázku, tzv. vernix caseosa. Ten se skládá z vody, mazu, buněk peridermu a chloupků lanuga. Mázek se nachází na větších plochách nebo jen v kožních záhybech. Bělavý plášť se začíná tvořit mezi 17. - 20. týdnem gestace a pokožku pokrývá hustě mezi 36. - 38. týdnem gestace. V kožních záhybech se nachází hlavně ve 40. týdnu gestace. Funkce mázku spočívá v ochraně pokožky před macerací plodovou vodou a poškozením při tlaku v děloze, dále zastává mechanickou bariéru před průnikem bakterií. Ochrannou funkci má mázek ještě v prvních hodinách po porodu, kdy je kůže novorozence hodně citlivá. Mázek se většinou odstraní olejem nebo sterilní vodou současně s krví a mekoniem. Pokud by byl ponechán na kůži, odloučí se během několika dnů. Tloušťka kůže u donošeného novorozence je kolem 1,2mm. Novorozenec nemá vytvořený kvalitní kyselý kožní plášť, ten se tvoří až od 2 do 4 týdnů života a jeho pH je kolem 5,0. S neutrálním pH kůže novorozence a s její sníženou keratinizační aktivitou dochází ke snížení kvality ochrany kůže před mikrobiálními infekcemi, k vyšší propustnosti pro vodu a chemikálie. Toto se musí brát v potaz při ošetřování novorozence a při aplikaci léků. Při vstřebávání zevních látek je riziko intoxikací vyšší díky nepoměru velké plochy kůže k váze dítěte. U novorozence je plocha v poměru ke hmotnosti třikrát větší. Kožní povrch novorozence se začíná osidlovat bakteriemi již při průchodu porodními cestami. Funkce kůže u novorozence nejsou dokonale rozvinuté a mají řadu odlišností od kůže dospělého člověka. Epidermis u novorozence je tenká, s menším ovlasením a intercelulární spojení je slabé. Pokožka novorozenců má 10 až 20 buněk ve stratum corneum, které brání ztrátám tepla i ztrátám vody odpařováním. V kůži novorozence chybí stratum granulosum, dochází tak k prosvítání cévních pletení, které způsobují červené zbarvení kůže. Dermoepidermální spoje jsou volnější, proto kůže novorozence lehce reaguje na podněty tvorbou puchýřů. Celkově kůže

novorozence více vnímá zevní iritancia. Dále je u novorozence snížena činnost apokrinálních a ekrinních žláz, naopak činnost mazových žláz bývá přechodně po porodu zvýšena. Součástí kůže jsou kožní adnexa. Lanugové ochlupení, které se podobá jemnému chmýří, se začíná u novorozence tvořit již ve 20. týdnu těhotenství. Lanugo pokrývá v 8. měsíci celé tělo kromě dlaní a chodidel. Nejčastěji se objevuje na zádech, pažích a čele podle stupně nezralosti. Před narozením větší část lanuga odpadá do plodové vody. Po porodu je nahrazeno velurovými vlasy. Tyto vlasy nemají dřev a jsou málo pigmentované, postupně se tvoří terminální vlasy, jejichž strukturu tvoří dřev, kůra a kutikula. Nehtové ploténky dosahují u donošeného novorozence okraje nehtového lůžka, jsou měkké a tenké. Korium u novorozence se vyznačuje menší elasticitou a váže i ztrácí velké množství vody. Podkožní vrstva obsahuje více vody a méně tuku. Tuk v podkoží se ukládá postupně s věkem a u donošených novorozenců je redukován. Kůže novorozence je oproti dospělému náchylnější ke kožním infekcím. Kožní imunitní systém se vytváří brzy, kdy Langerhanzovy buňky se objevují již intrauterinně. Langerhanzovy buňky jsou schopny fagocytózy, prezentují antigeny a spolupracují s lymfocyty. Je důležité znát zvláštnosti vývoje, aby kůže mohla plnit funkce obranné před poškozením, průnikem bakterií, ochranné funkce proti škodlivému UV záření a funkce podílející se na termoregulaci, detoxikaci a zabránění ztrátám vody a elektrolytů. Kůže má také funkci smyslovou, imunologickou a estetickou. Tyto zmíněné funkce se postupně vyvíjejí a novorozenecký věk se stává významným v péči o pokožku (Blume, 2012; Fernandes, 2011; Fendrychová, 2004; Fendrychová, 2009; Kolářová, 2009; Lébl, 2007; Petrovický, 2002; Polášková, 2005; Sedlářová, 2008; Staňurová, 2007).

## **1.2 Novorozenecké a kojenecké období**

Novorozenecké období lze charakterizovat jako dobu od okamžiku narození do ukončeného 28. postnatálního dne. Sedmým dnem života končí užší novorozenecké období. V tomto období dochází k převratným změnám, kdy se porodem mění životní podmínky jedince, do té doby plně chráněného a živeného tělem matky. Jde o dobu, kdy se novorozenec přizpůsobuje novému prostředí. Změny se týkají především krevního oběhu, dýchání, příjmu potravy a zevního prostředí. Donošený novorozenec je vybaven

soustavou reflexů, které potřebuje pro přežití. Mezi tyto reflexy patří hledací, polykací, sací, vyměšovací, obranný, úchopový a polohový. Nejdůležitějšími reflexy jsou polykací a sací, zajišťující příjem potravy. Dále má novorozenec rozvinuté také smyslové funkce, ty mu umožňují kontakt s okolím a učí jej orientovat se v prostředí. Tyto schopnosti se rozvíjejí na podkladě individuálních a geneticky podmíněných vloh. Novorozenec má dobře vyvinutý sluch a dává přednost zvukům řeči. Během prvních týdnů života dokáže odlišit hlas matky od jiných ženských hlasů. Hlavu obrací tím směrem, odkud slyší lidský hlas. Novorozenec také reaguje na dotek, zvláště v místech, kde má citlivou kůži, tedy na ruku a kolem úst. Při orientování se v prostředí novorozence hraje významnou roli čich, kdy na příjemné vůně reaguje pozitivně a od nepříjemných pachů se odvrací. Novorozenec má chuťové vjemy jednoznačně od narození a počet chuťových pohárků je větší než u dospělého člověka. Novorozenec dává přednost sladké chuti a nepříjemné se vyhýbá. Při narození je dobře vyvinuta sítnice, ale vážně pohyblivost čočky a zraková ostrost. Ta stoupá do 6 měsíců věku. Od počátku vidí novorozenec na vzdálenost 25 – 30cm. Sledování a fixace předmětů v zorném poli se objevují do dvou měsíců věku. Motorika novorozence je ochranná a reflexní. V prvních týdnech po narození nemá nad svými pohyby ještě kontrolu. Určitou kontrolu nad několika ranými reflexy získává novorozenec během prvního měsíce života, je to dáno vyzríváním centrálního nervového systému. Většinu času novorozenec prospí, ale spánek střídají i stavy bdělosti. Své potřeby a emoce dává novorozenec najevo pláčem. Novorozenec reaguje na hluk pohybem, ustrnutím, mrkáním, těkavým pohledem nebo úlekem. Novorozenec také vlastní řadu automatických sociálních dovedností. Umí vyjádřit své potřeby, strach, tíseň, citové rozladění a odpovídat na reakce rodičů. Má potřebu cítit se v bezpečí, proto brzy projevuje závislost na svých pečovateli (Allen, 2008; Bacus, 2005; Hrodek, 2002; Klíma, 2003; Lébl, 2007).

Kojenecké období začíná 29. dnem života a končí v den prvních narozenin dítěte. Toto období je považováno za období dramatického somatického, neuropsychického a motorického vývoje. Dochází ke stabilizaci tělesného systému, teplota těla se ustaluje, tep a dech se stávají pravidelnými. Tím, jak se posilují svaly a



kojenec nad nimi postupně získává kontrolu, se zlepšuje celková motorika. Ve dvou měsících kojenec dovede v poloze na břišku mít hlavu chvíli vzpřímenou, zdvihá nohy a ruce má sevřené v pěst. Dále sleduje předměty a lidskou tvář, také reaguje na zvuk a umí se usmát. Ve třech měsících v poloze na břišku udrží hlavu delší dobu vztyčenou, zvedne na chvíli i hrudník nad podložku. Otáčí se za zvukem, předměty sleduje zrakem i pohybem hlavy daleko živěji než v předešlém období. Ve čtyřech měsících kojenec dovede při přitahování do sedu zvedat hlavičku spolu s hrudníkem. Otáčí se i za vzdálenějšími zvuky, brouká si a hlasitě se směje. Více se zajímá o své ruce, hraje si s nimi. V pátém měsíci se kojenec převrací na bok a na bříško. Vše si zkouší dávat do pusy a vyžaduje pozornost. Podanou hračku dovede uchopit cíleně. Dále umí rozeznat přísný tón hlasu od laskavého. V šestém měsíci dítě udrží vzpřímenou hlavu v sedu, převrátí se z bříška na záda. Usmívá se na sebe v zrcadle, umí rozlišit známé a neznámé osoby. Dokáže si přendat hračku z ruky do ruky. V sedmém měsíci umí dítě samo sedět a otáčet se. Předmět umí uchopit celou rukou. Začíná vyslovovat některé slabiky. V osmém měsíci začíná lézt a snaží se z polohy na čtyřech vytáhnout do stoje. Začíná rozumět určitým slovům a napodobuje zvuky. V devátém měsíci se dítě samo posadí, leze po čtyřech a s oporou se udrží vestoje. Předměty uchopí mezi palec a ukazovák. V desátém měsíci se kojenec umí vytáhnout do stoje, leze po bytě. Poznává význam některých slov. V jedenáctém měsíci dokáže stát s oporou za jednu ruku delší dobu. Chodí kolem nábytku. Umí uchopit drobné předměty mezi palec a ukazovák. Ve dvanáctém měsíci si je kojenec při stoji jistější, začíná dělat první krůčky. Umí říct dvě slova, jejichž význam je pro něj jasný. Hlavním komunikačním prostředkem v prvních týdnech života je pláč, zároveň se již objevují komplexnější komunikační dovednosti. Pláčem dítě reaguje na mokrou plenu, strach, má-li hlad, je-li unavené či drážděné podněty. Kojenec se důmyslněji učí spojovat podněty z prostředí s vhodnou motorickou odpovědí. Po dobu, kdy je vzhůru, si neustále osvojuje své schopnosti a dovednosti, s jejichž pomocí prozkoumává neznámý okolní svět. Přibývá také mnoho poznatků s rozvojem kognitivních funkcí. V dítěti se rozvíjí sociální vědomí, více důvěřuje svým rodičům a opatrovníkům a vytváří si k nim emoční vazbu (Allen, 2008; Hrodek, 2002; Klíma, 2003; Lébl, 2007; Špaňhelová, 2003; Velemínský 2009).

### 1.3 Koupel novorozence a kojence

Koupel novorozenců a kojenců má několik účelů. Pomocí koupele dochází k odstraňování odpadových látek z pokožky, redukuje se mikrobiální osídlení a má také estetický efekt. Význam koupele spočívá nejen v celkové očistě tělíčka, ale i v tom, že pro dítě představuje příjemnou změnu denního režimu. Při koupeli si dítě může vychutnat pohyb bez jakéhokoliv omezení. V dřívějších dobách bylo doporučováno koupat novorozence a kojence denně, ale vzhledem ke změně kvality vody a nárůstu alergických projevů se názory změnily. I vývoj lékařských poznatků dospěl k tomu, že každodenní koupel s použitím mýdla již není doporučována. Jelikož příliš časté koupání a mytí dětí s použitím velkého množství mycích prostředků, nadměrné používání kosmetických přípravků a nevhodných pracích prášků vede k narušení přirozeného ochranného filmu. Koupání a mytí novorozence je stále diskutabilní otázkou. Dnes je trend jiný a večerní koupání se považuje spíše za rituální záležitost, jakožto příjemné zakončení dne, kdy bezprostřední kontakt s rodičem při umývání a jemná masáž kůže při osušování napomáhá zklidnit a připravit dítě na večerní usínání. Koupel je tak příležitostí pro kontakt novorozence a kojence s členy rodiny a pro taktilní komunikaci a interakci. Pro rodiče a děti představuje příjemnou zábavu a příležitost k utužování vzájemných vztahů. Denně stačí omývat pouze obličej, krk, ruce a hlavně místa, kde hrozí jejich zapaření. Takovými místy jsou hýždě, genitálie, kožní záhyby na těle a podpaždí. Koupel u dítěte by se měla provádět obden a její délka u novorozenců by neměla přesáhnout 5 minut a u starších dětí maximálně do 15 minut. Pro omývání dítěte je důležité používat mýdlo neparfémované, s neutrálním pH a vhodné jsou také prostředky bez konzervačních látek. Používání receptů našich babiček, jako je omývání dětí odvary z bylinek, je sporné, protože například heřmánek nebo měsíček poměrně často způsobují kožní alergické reakce. Nedoporučuje se plošně používat dezinfekční mýdla, protože snižují bakteriální osídlení pokožky pouze na 4 hodiny a navíc se mohou vstřebat. K osušení citlivé a dětské pokožky je potřeba používat jemné materiály z bavlny. Pokud je pokožka poškozená doporučuje se k omývání sterilní voda a je důležité vyhnout se tření kůže. Také je třeba věnovat zvláštní pozornost chlorované vodě, neboť vysoká koncentrace chloru a zvýšená citlivost dětské pokožky mohou vést

k projevům dermatitidy. V tomto případě lze použít speciální filtr na vodu nebo alespoň vodu převařovat. Časté používání mýdel, vyšší množství chloru ve vodě a dlouhý kontakt s vodou pokožku odmašťuje, přesušuje a tím se obranyschopnost kůže výrazně snižuje. U novorozenců se suchou kůží nebo s vysokou pravděpodobností dermatitidy je vhodná celková koupel jen jednou týdně, a to ve vlažné vodě bez mýdla (Fendrychová, 2004; Fendrychová, 2009; Fernandes, 2011; Havlíčková, 2007; Kolářová, Koliba, 2009; Polášková, 2005; Sarkar, 2010; Sedlářová, 2008; Švejcar, 2009; Velemínský 2007).

První koupel novorozence po porodu se provádí až po stabilizaci stavu dítěte, kdy má normální teplotu, nejdříve za 2 – 4 hodiny po narození, neboť hypotermie vede k vyšší potřebě kyslíku a k respirační tísní. Tuto první koupel novorozence provádí sestra za použití jednorázových rukavic. Nejčastěji se doporučuje technika sprchování, aby se nekontaminoval čerstvě přerušovaný pupeční pahýl. Koupel začíná opláchnutím obličeje dítěte teplou vodou bez mýdla. Potom se v dlani rozředí s vodou trochu dětského tekutého mýdla a namydlí se vlásy dítěte. Namydlenou rukou se postupuje na krk, ramena, trup, horní a dolní končetiny a zakončuje se na genitáliích a zadečku. Novorozenec se pečlivě opláchne a jemně vysuší osuškou, bez zbytečné časové prodlevy, aby nedošlo k prochlazení. Teplá voda může být zdrojem bakterií, proto při ponoření dítěte do vody ve vaničce nesmí voda zatékat do očí, nosu, úst a pupku až do jeho zahojení. Dítě se po koupeli položí na suchou plenu a zkontroluje se stav kůže. Vatovou štětičkou se vyčistí ušní boltce, nos se vytře pouze dle potřeby a hřebenem se učešou vlásy. Musí se zkontrolovat kožní záhyby, prostor mezi jednotlivými prsty a odstranit případné zbytky mázku a krve. Mázek lze odstranit pomocí oleje, ale z hygienických důvodů není nutné odstranit všechn. Nesmí totiž nadměrným třením kůže dojít k jejímu poškození (Blume, 2012; Dort, 2011; Fendrychová, 2004; Fendrychová, 2006; Fendrychová, 2009; Fendrychová, 2010; Fernandes, 2011; Sarkar, 2010).

### ***1.3.1 Koupel ve vaničce***

Děti pocít'ují při koupeli v teplé vodě uvolnění, radost a spokojenost, proto by se neměla znepr'ijemňovat zastaralými postupy, jako je například namydlení dítěte na přebalovacím pultu před ponořením do vody. Během mydlení ztrácí dítě teplo

odpařováním, začíná mu být zima a je nevrle. Také by mohlo vyklouznout z rukou při přenášení do vaničky (Fendrychová, 2009).

Na koupání malého dítěte je potřeba pořídit malou vaničku. V prvních měsících života není vhodná velká vana, protože v ní hrozí přenos infekce, pomineme-li fakt, že koupání ve velké vaně není pohodlné pro matku a pro dítě není bezpečné. Před samotným koupáním ve vaničce je důležité si všechny potřebné věci v klidu připravit. Teplota v místnosti by měla být přibližně 25 – 28°C a teplota vody by měla být blízko tělesné teploty cca 37 – 37,5°C. Teplota ve vaně se může měřit speciálním teploměrem nebo tak, že se do ní ponoří dolní část předloktí, kde je pokožka obzvláště citlivá. Vody by mělo být ve vaničce 10 – 15cm. Je velmi vhodné používat do vaničky speciální lehátko, na které se dítě během koupele položí. Uvolní se tak obě ruce, protože jinak by bylo nutno jednou rukou podepírat zádička s hlavičkou a k mytí tak používat jen jednu ruku. Lehátko je vyrobeno tak, že dítě má hlavičku bezpečně nad vodou a jeho povlak je prací, což zajistí jeho čistotu. Kromě předem správně namíchané vody je potřeba si připravit dětské neparfémované mýdlo, nejlépe s obsahem glycerinu, eventuálně jiné prostředky ke koupeli, osušku, olejíčky či krémy, čisté oblečení, kartáč, hřeben na vlasy a tampony na případné vyčištění zvukovodů a nosu (Fendrychová, 2009; Fernandes, 2011; Kolářová, Koliba, 2009; Sedlářová, 2008; Švejcar, 2009).

Dětské kůži neprospívá nadměrné pocení, ani nevhodně zvolené materiály a nesprávná velikost oblečení. Přírodní materiály jsou nejlepší pro výrobu dětského oblečení. Doporučuje se prát dětské oblečení a prádlo v automatické pračce, a to při teplotě 80 - 90°C. Při praní by měly být používány šetrné prací prostředky, testované pro daný věk a prádlo by mělo být důkladně vymáchané, nejlépe dvakrát. Nedoporučuje se používání aviváží, zejména pokud se jedná o novorozence. Pro něj zůstává nejpříjemnějším parfémem vůně matky a mateřského mléka. Právě zmiňovaná aviváž může rušit správné vytváření sociální vazby mezi matkou a jejím dítětem (Sedlářová, 2008; Švejcar, 2009).

V případě potřeby je vhodné dítěti před koupáním očistit zadeček stejně jako při přebalování. Při přenášení do vaničky je nutné dbát na bezpečné držení. Kdy jednou rukou se dítě drží za vzdálenější rameno a horní část paže, druhá ruka podepírá zadeček

a přidržuje vzdálenější stehýnko a kyčelní kloub. Až když dítě drží samo pevně hlavičku, může se uchopit v podpaží. Ve vaničce se potom dítě drží jednou rukou za vzdálenější rameno a paži, předloktím se podepírá jeho hlavička a krk, pokud není zvýšená podložka. Druhou rukou se dítě omývá (Fendrychová, 2009; Švejcar, 2009).

Při omývání ve vaničce se postupuje zásadně vždy od hlavičky, kdy čistou žínkou namočenou pouze v teplé vodě se omyje obličej. Poté je možné přidat do vody dětský tekutý prostředek, či použít dětské neparfémované mýdlo. Vhodné jsou dětské koupele bez obsahu mýdla, zabrání se tak nadměrnému vysušování kůže. Při omývání vlasaté části není potřeba používat šampony, neboť dětská kůže je velmi citlivá k nadměrnému mytí těmito přípravky. V prvním roce se omezuje mytí šampony na minimum. Vlasy jsou jemné, krátké, nemastí se a stačí je omýt vlažnou vodou, nebo jednou za týden použít dětské neparfémované mýdlo. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat místům za ušima a pod krčkem, zádom, hrudníku a břichu. Následně se omyjí ruce a nohy, poté genitál směrem ze shora dolů. U holčiček je potřeba lehce roztáhnout okraje stydkých pysků a omýt je. U chlapečků se nadzdvihne penis, důkladně se omyje okolí šourku i ústí penisu a lehce, nenásilně se přetáhne předkožka. Odborníci radí, že nejnásilně se přetáhnutí předkožky podaří právě při koupeli. Na úplný závěr se umyje zadeček. Po celou dobu koupele je nutné dítě sledovat a nenechávat ho ve vodě bez dozoru. Novorozenec se utopí i ve 2cm vody za méně než 60 sekund. Také je vhodné na něj během koupele hovořit klidným hlasem. Po koupeli se dítě pevně uchopí a přenesení na připravenou osušku. Kůže se nesmí třít, aby nedošlo k poranění pokožky, osuška se pouze jemně přitiskne. Nejpečlivěji se vysušují partie pod bradou, za ušima, v podpaží, pod kolínky a v okolí genitálu, kde se stýká pokožka s pokožkou, kde se dítě nejvíce potí, a kde je proto zvýšená hygiena důležitá (Fendrychová, 2009; Fendrychová, 2010; Sedlářová, 2008; Švejcar, 2009; Velemínský 2007).

### ***1.3.2 Koupel v kyblíku – Tummy tub***

Jedná se o alternativní způsob hygienické péče, kdy se dítě ponoří ve svislé poloze do nádoby s vodou tak, aby mu vyčnívala pouze hlava a krk. Tento způsob koupání se u nás používá již přes deset let. Tummy tub je kyblík, který má speciální tvar a stimuluje dítěti prenatální polohu. Dno u kyblíku je oblé a jeho stěny se pozvolna

rozšiřují do stran. Dole je umístěn protismykový proužek a ze strany je označen ryskami pro plnění vodou. Množství vody v kyblíku by mělo být 8cm a více, aby dítě bylo ponořené ve vodě i s ramínky. Vždy závisí na váze koupaného dítěte. Při koupeli v kyblíku cítí dítě teplo, jistotu a bezpečí. Výhodou oproti vaničce je, že mu není zima a koupání se nemusí uspěchat. Naopak je obtížnější dítě v kyblíku dobře uchopit. Zatímco ve vaničce se může dítě koupat přibližně do půl roku, v kyblíku lze i ve třech letech. Kyblík je vhodný i k léčebným koupelím, a to i proto, že voda v kyblíku díky jeho tvaru pomaleji chladne. Kyblík nabízí dítěti prostor, který je pro něj lépe zmapovatelný. Když se dítě ponoří do kyblíku, většinou se zklidní, pomalu otevře dlaně a zaujme polohu, kterou zaujímal u matky v děloze. V kyblíku ho voda nadnáší, užívá si volnost pohybu, často kope nožičkami, poskakuje a protahuje se. Koupel v kyblíku může pomoci při nespavosti a bolesti břicha. Výhodou pro rodiče může být jednoduchá manipulace s kyblíkem, malá spotřeba vody, jeho malá hmotnost při naplnění a zabírá málo místa při jeho uložení. Nelze jednoznačně říci, co je lepší, zda kyblík nebo vanička. Co takhle, nechat to na dítěti, aby si samo vybralo. Dnes i mnoho porodnic má nejen vaničky, ale i kyblíky (Brabcová, Stasková, 2012; Fendrychová, 2006; Fendrychová, 2009).

#### **1.4 Péče o pokožku po koupeli**

Pokožka dítěte je velmi citlivá, proto vyžaduje šetrnou péči v celém dětském období. Po koupeli dítěte není nutné kůži potírat dětským krémem, olejem nebo pleťovým mlékem. Zralí novorozenci mají již krátce po narození funkční mazové i potní žlázy a plně funkčními se stávají kolem jednoho roku života dítěte. Sekrece těchto žláz tvoří na povrchu epidermis ochranný film. Tento film kůži chrání a zvláčňuje. Zabraňuje tak pronikání mikroorganismů dovnitř a brání vysychání kůže. Dětské oleje a krémy je vhodné používat pouze v indikovaných případech, například když je potřeba podpořit dozrávání epidermis u nezralých novorozenců, nebo ošetřit olupující se a suchou kůži. Dále jsou vhodné k masáží. Pokud se ošetřuje pokožka dítěte krémem či olejem, mělo by se provést do 3 minut po koupeli. Pozdější ošetření pokožky již nemá tak příznivý dopad. Protože voda při koupeli hydratuje korneocyty, které „nabobtnají“ a následné použití krému nebo oleje vytvoří na kůži film. Ten zamezí odpařování vody z kůže a tím jejímu vysušení. Zda používat krém nebo olej je zcela individuální, je však

třeba dodržovat instrukce na příbalových letácích. Vždy je důležité myslet na základní pravidlo, že méně znamená mnohdy více. Při nadbytečném ošetřování dětské pokožky olejem dochází k častějšímu výskytu exantému. Menší pravděpodobnost vzniku alergických reakcí bude tehdy, čím později se začne používat dětská kosmetika. Novorozenci mají zvýšenou náchylnost k alergickým reakcím na různá aditiva v kosmetických přípravcích. Nejvhodnější je používat přípravky bez konzervačních látek a parfémů, spíše na bázi vazelíny. Také se doporučuje používat již osvědčenou kosmetiku od jednoho výrobce a zbytečně neexperimentovat. Jedná-li se o oleje, tak raději minerální než rostlinné, ty rychleji žluknou. Důležité je dbát na šetrné aplikování přípravku a doporučuje se nanášet množství 0,5 – 1,5ml na celý povrch těla kromě hlavičky. Do míst vzniku zapáčky (pod bradou, v podpaží, v tříselech), lze nanést malé množství dětského pudru. Jeho vysoké absorpční schopnosti chrání pokožku před opruzením v místech zapáčky. Důležité je vyhnout se manipulaci s pudrem v bezprostřední blízkosti dítěte, jelikož hrozí riziko jeho vdechnutí. Při samotné aplikaci pudru se nejprve nasype na ruku pečovatele a poté se teprve aplikuje do kožních záhybů dítěte. Nesmí se nanášet na mokvavou kůži a na kůži ošetřenou olejem. U děvčátek není vhodné používat pudr ve velkém množství, protože se může při nedokonalém umývání genitálu usadit uvnitř a vyvolat zánět (Fendrychová, 2004; Fendrychová, 2009; Fendrychová, 2010; Kolářová, 2009; Polášková, 2005; Sarkar, 2010; Staňurová, 2007; Švejcar, 2009; Velemínský 2007).

Co se týče péče o zvukovody, tak dříve bylo doporučováno dětem čistit zvukovody denně. V dnešní době toto pravidlo neplatí, neboť zvukovody se čistí samy. Ušní maz, spolu s odumřelými šupinami kůže, postupuje zvukovodem směrem ven z ucha. I ušní maz, který ucho vytváří má své poslání, a to takové, že chrání hlouběji položené části ucha proti povětrnostním podmínkám. Častým čištěním uší kůže ve zvukovodu vysychá, reaguje svěděním a produkuje daleko více mazu, než kolik je zapotřebí k ochraně. Doporučuje se vytírat pouze to, co je vidět, nebo tamponem lehce vytrít okrajové části. Nevhodné jsou vatové štětičky, protože krouživé pohyby zatlačují ušní maz směrem k bubínku a působí tak nefyziologicky. Podobně není potřeba ani vytírat nos dítěte, je vhodné ho čistit jen podle potřeby na sucho štětičkou, aby byl

volný. Novorozenec preferuje dýchání nosem. Pokud má novorozenec a kojeneček výraznou sekreci z nosu musí se odsávat (Mydlilová, 2005; Sedlářová, 2008; Švejcar, 2009).

Mezi kožní kryt patří také nehty. Novorozenci mají nehtové ploténky tenké, růžové a přesahují přes konec prstu. Tyto znaky patří mezi známky zralosti. Nehty rychle rostou, lámou se, jsou ostré a dítě se může jimi snadno poranit. Aby se zamezilo škrábání, je možné ruce schovat do rukávků od kabátku či do rukaviček a stříhání se může tak o pár dnů prodloužit. Nehty se stříhají pravidelně vydezinfikovanými nůžkami s tupým koncem. Na ruku se stříhají dítěti nakrátko do obloučku a na nohou se zastříhují rovně. Rovné stříhání nehtů je prevencí před jejich zarůstáním. U novorozenců je vhodné stříhat nehty co nejpozději, obvykle po propuštění z porodnice a velmi opatrně. Neboť kůže je k nehtu zpočátku přirostlá a hrozí tak nebezpečí zánětu. Při stříhání je nutné oddalovat postranní kůžičku, kterou lze změkčit olejíčkem, a lehce nadzdvihovat nehet. Doporučuje se stříhat nehty ve spánku, když je dítě klidné. Jestliže se dítě poraní nůžkami, je potřeba ranku vydezinfikovat (Sedlářová, 2008; Švejcar, 2009; Velemínský 2007).

Velmi důležitou oblastí v péči o kůži je oblast plen. U každého novorozence a kojence je potřeba tomu věnovat velikou pozornost, protože oblast zadečku je vystavena řadě nepříznivých vlivů, které mohou vést ke vzniku opruzenin, plenkové dermatitidy a jiným problémům. Okluze plenami zvyšuje vlhkost kůže, tím dochází ke změně pH kožního povrchu a k maceraci rohové vrstvy. Tření kůže s plenami tak narušuje kožní povrch. Neblahý vliv na bariérovou funkci má i iritační působení amoniaku v moči a zvýšená enzymatická aktivita bakterií přítomných ve stolici, pokud není stolice oddělena od moči. Takto dobře připravená půda se může snadno stát vstupní branou bakteriální infekce. Dále se na snížení obranyschopnosti kůže podílí i časté používání detergentních mýdel a přemíra kosmetických přípravků, především parfémovaných. Od kvalitních plen se očekává: suchost zadečku, zachycení moče a stolice, aby nic neprosáklo ven, rychlé přebalování, snadná manipulace, příznivá cena, méně času stráveného s plenami, šetrnost k životnímu prostředí, aby neohrožovaly zdraví dítěte a aby se od plen dítě brzy odnaučilo. Všechna tato očekávání mohou splnit moderní



pratelné pleny, nebo-li pleny opravdové (ekologické), které k nám přišly ze západu s novým tisíciletím. V cizině jsou značně rozšířené a vítané rodiči i zdravotníky. Tyto pleny jsou pratelné, vyráběné z přírodních materiálů, nemusí se vyvařovat či žehlit a vzhledově připomínají pleny jednorázové. Manipulace s nimi a jejich údržba jsou snadné, tvarem se přizpůsobují dětskému zadečku. Vždy se jedná o komplet: svrchní kalhotky a plena. Svrchní kalhotky se navlékají na pleny a vyznačují se svou prodyšností a nepropustností. Mohou být vyrobeny z polyesteru, který zadrží vodu, propustí páru a oblečení tak zůstane suché a pokožka se nezapaří. Svrchní kalhotky mohou být dále vyrobené z ovčí vlny nebo z fleecu. Ovčí vlna má tu schopnost, že nasaje do sebe hodně tekutiny, aniž by ji propustila ven. Kalhotky se močí regenerují, tudíž se nemusí často prát a nechají se jen vyvětrat. Vlna má výbornou izolační vlastnost, která udržuje v zimě i v létě optimální tělesnou teplotu. Fleece má podobné vlastnosti jako vlna. Dále je možné používat pleny látkové nebo pleny na jedno použití. Látkové pleny vyjdou laciněji, ale péče o ně je pracnější a finančně nákladná, také méně absorbují. V současné době se u dětí používají výlučně jednorázové absorpční pleny. Tyto pleny mají v sobě polyakrylátové gely, které na sebe ihned vážou moč vsakující se do pleny. Díky tomu dojde k oddělení moči od stolice. Jednorázové pleny jsou sice dražší, ale odpadá praní a žehlení, takže šetří čas, který se může využít k odpočinku či péči o dítě. Na trhu je mnoho druhů, lze vybrat ty, které budou dítěti vyhovovat. Vhodné jsou pleny s označením „ultra“ a bez obsahu chlóru, který dráždí kůži. Měly by být přiměřeně velké, pro lepší orientaci může sloužit údaj, pro jak těžké dítě jsou pleny určeny. Pokud jsou dítěti pleny příliš malé, tak škrtí a mají malou absorpční schopnost, což vede ke snadnějšímu zapaření pokožky a ke vzniku opruzenin. Pokud jsou naopak pleny příliš velké, dítě se v nich necítí pohodlně, protože mu padají a moč i stolice může potřísnit kůži mimo plenu a ušpinit oblečení. Frekvence výměny plen se s věkem snižuje. Novorozenec močí asi 20x za den a dítě v jednom roce asi 7x za den. Pleny je vhodné měnit přibližně 7x až 8x za den, pokud má dítě polyurii nebo průjem, tak samozřejmě častěji. Důležité je zvolit správné místo pro přebalování, které by mělo být vysoko tak, aby pečující osoba nemusela stát v nevhodné poloze. Dobré je používat přebalovací podložku, která částečně brání v přetočení dítěte a je omyvatelná. Hlavní

zásadou je, nikdy se od dítěte během přebalování nevzdalovat. Při potřebě na chvíli odvrátit hlavu od dítěte, ho vždy přidržovat. Dítě by se nemělo pokládat na přebalovací podložku a teprve potom jít něco hledat. Před samotným přebalováním je dobré, připravit si na přebalovací místo všechny potřebné pomůcky. Mezi tyto pomůcky patří: papírové ubrousky; neparfémované, vlhké dětské ubrousky; žínka; miska s teplou vodou; ochranný krém; vatové tampóny; čisté pleny a oblečení. Nejprve je třeba očistit kůži od zbytků stolice. K tomu je nejlepší použít vodu s neparfémovaným mýdlem nebo čistící ubrousky, pěny či mléka, které mají schopnost odstranit i tukové složky stolice. Při přebalování holčiček se v případě potřeby utře papírovým ubrouskem řitní otvor a jeho okolí, pak se očistí záhyby na bříšku a v tříslech a nakonec se umyje zadeček žínkou nebo vatovými tampóny. Mytí genitálu a zadečku se provádí vždy směrem odpředu dozadu, protože hrozí zanesení choroboplodných zárodků z okolí řitního otvoru do pochvy. Omytá pokožka se musí pečlivě osušit. Také je dobré, nechat dítě chvíli bez plen, aby se k pokožce dostal vzduch. U chlapečků se postupuje při mytí též směrem odpředu dozadu, důležité je nadzvednout šourek a důkladně otřít pokožku pod penisem, jemně očistit penis, nenásilně přetáhnout předkožku a obnažené místo lehce umýt. K očištění kůže se mohou také používat neparfémované, vlhké dětské ubrousky, které jsou vždy po ruce a rozpouštějí i zbytky stolice. Vhodné jsou zejména při cestování, doma ale nejsou nutně potřeba. Stejně dobře lze provést očistu pokožky i vlažnou vodou a poté bez tření důkladně kůži osušit. Po provedeném očištění se zadeček namaže krémem nebo mastí k tomu určenou. Ochranných prostředků pod pleny existuje na trhu celá řada. Často se používá mast s rybím tukem Rybilka, také se objevuje pod názvem Dětská mast, dalšími preparáty jsou Aviril Baby, Nela Batole Baby, Baby Sebamed, Infadolan. Protektivní účinek má zinkoxyd, vazelína a složky, které odpuzují vodu. Přebalování dítěte by mělo být příjemným a přirozeným úkonem. Něco, co je možné považovat za zábavu a důvod ke hře či povídání (Deansová, 2004; Kammerer, 2007; Mydlilová, 2005; Polášková, 2005; Sarkar, 2010; Sedlářová, 2008; Soukupová Věra, Soukupová Jiřina, Chadimová, 2007; Švejcar, 2009; Velemínský 2007).

#### ***1.4.1 Ochrana dětské pokožky před sluncem a mrazem***

Součástí péče o dětskou pokožku je ochrana před sluncem a mrazem. Novorozenec a kojeneček nemá být vystavován přímému slunci, neboť hrozí přehřátí, spálení kůže a také se zvyšuje riziko vzniku melanomu v pozdějším věku. Dítě se proto ponechává do půl roku ve stínu nebo se chrání oděvem. Rodiče musí být informováni o tom, že při pobytu dítěte na slunci je nutné chránit kůži opalovacími prostředky určenými pro děti s vhodným UV filtrem, které obsahují fyzikální filtry. Na rozdíl od chemických filtrů obsažených v krémech pro dospělé UV paprsky nepronikají do kůže, ale fungují na principu odrazu. Nesmí se zapomínat na to, že sluneční záření se odráží i od okolních ploch a tudíž opaluje i ve stínu. Dermatologové doporučují nevystavovat přímému slunečnímu záření děti do jednoho roku věku. Batolata a starší děti je nutné chránit před přímým sluncem od 11 do 15 hodin. Není třeba se u nejmenších dětí bát vzniku onemocnění z nedostatku vitamínu D. Ke vzniku jeho dostatečného množství v kůži stačí malé dávky UV záření tvořících se celkem přibližně hodinu za celý den. Pobyt venku v zimním období je limitován teplotou. Při teplotách kolem nuly se doporučuje nanášet na obličej dítěte ochranné krémy s vazelínou a vitamíny A, D. Nedoporučují se hydratační krémy s obsahem vody, neboť hrozí omrzliny. Při větrném počasí nebo pokud teploty klesnou pod minus 5°C se nedoporučuje vycházet s novorozencem ven, u starších kojenců, pokud je teplota nižší než minus 10°C. Při působení chladu a větru se snadno vysušuje kůže (Kolářová, Koliba, 2009; Polášková, 2005; Staňurová, 2007; Velemínský 2007).

#### ***1.4.2 Péče o pupeční pahýl***

Pupeční pahýl představuje jediné porušení integrity kůže u zdravého novorozence. Může se stát vstupní branou infekce. Pupečnicková infekce je považována za jednu z nejčastějších kožních komplikací. Novorozenci v České republice jsou propouštěni podle zvyklostí pracoviště s chirurgicky odstraněným pupečním pahýlem (umbilektomie), nebo s postupně mumifikujícím pahýlem. Každá metoda má určité výhody a nevýhody. Komplikace, které mohou nastat po chirurgickém odstranění pupku, jsou poměrně vzácné. Může dojít ke krvácení z pupečnickových cév, ke vzniku

bakteriální infekce, nebo ke kožní alergické reakci na leukopor. Jednu z vážných komplikací představuje Omphalitis, kdy se jedná o infekci pupečníku vyvolanou stafylokoky, méně často streptokoky. Infekce se projevuje mokváním pomalu se hojícího pupku, vznikem granulací až flegmónou. Velmi nebezpečný je prostup hlouběji přes cévy a vznik sepse. Tato infekce pupečníku vyžaduje antibiotickou léčbu. Aby se snížilo riziko vzniku Omphalitis, musí se dodržovat standardní preventivní opatření, důsledné mytí rukou, dezinfekční ošetření pupku a znalost způsobu přenosu infekce. Výhoda chirurgické intervence spočívá v okamžitém řešení potenciálního problému. Aktuálním trendem se však stává nechirurgický přístup mumifikace se spontánním odpadnutím pupečníku. Tento postup je náročný na opakované návštěvy dětskou sestrou při dlouhodobé separaci mumifikovaného pahýlu a také na psychiku matky. Doba odpadnutí pahýlu může trvat 8 – 20 dnů (Buček, 2003; McConnell, 2004; Polášková, 2005; Straňák, 2009).

K základním postupům neonatální péče patří ošetřování pupečního pahýlu. Správně provedená technika ošetření vede ke snížení zdravotních komplikací, eventuálně také ke snížení ekonomických nákladů. Na porodním sále se po osušení dítěte podváže pupečník dvojitou ligaturou sterilní prádlovou gumou nebo umělohmotnou svorkou. Pupečník se podváže 2-3cm od jeho úponu. Poté se pupečník přestříhne a dítě se přenesse na vyhřívané lůžko, kde probíhá ošetřování. V indikovaných případech se pupeční pahýl potře bezbarvým desinfekčním prostředkem, ale opět se upouští od standardního desinfikování. Na konec se pupeční pahýl překryje mulovým čtvercem. Při používání plenkových kalhotek je nutné i během další péče pupeční pahýl směřovat vždy nahoru, nebo používat pleny s vykrojeným horním okrajem. Pupeční pahýl se doporučuje ponechat volný, aby k němu mohlo proudit dostatečné množství vzduchu a mohl tak rychle zasychat. Důležité je pupeční pahýl pravidelně kontrolovat, udržovat v čistotě a suchu. K chirurgickému odstranění pupečního pahýlu dochází 36 – 48 hodin po porodu. Rána se sterilně překryje tamponem a přelepí hypoalergenním leukoporem. Nejdříve po 8 hodinách se tampon odstraní a v následujících dnech je pupek čištěn 60 % lihem při každém přebalení, dále jen podle potřeby (Fendrychová, 2009; Malá, Straňák, 2004).

Veliké úsilí je potřeba věnovat edukaci rodičů, jelikož by měli jako první rozpoznat komplikace při hojení pupečního pahýlu. Měli by být poučeni, že pahýl se odlučuje za různě dlouhou dobu. Novorozenec propuštěný z porodnice musí mít pupek klidný, bez sekrece a okolního zarudnutí. Matkám se doporučuje zakoupit si v lékárně desinfekci (Cutasept F, Softasept N) a vatové štětičky, kterými budou pupeční jizvu ošetřovat. Samotná péče o jizvu po odstranění mumifikovaného pahýlu spočívá v šetrném čištění spodiny desinfekčním prostředkem, stačí jedenkrát denně po koupání do úplného zahojení. Důraz je kladen na mytí rukou před ošetřováním pupku. Při koupání by se bříško dítěte nemělo ponořovat do vody, dokud se pupeční jizva nezahojí. Obvykle to bývá 7-14 dní po propuštění z porodnice. Namočí-li se pupeční jizva, je nutné ji důkladně vytřít a zbytečně do ní nesahat. Pupeční jizva se následně postříká dezinfekcí. V okolí pupeční jizvy může dojít k malému zarudnutí nebo vlhnutí. Při správném ošetřování se v naprosté většině jedná o reakci okolní tkáně na hojení, nikoli o zánět pupečnickové jizvy. Důležité je pupeční jizvu ošetřovat čistě a vzdušně (Dort, 2011; Fendrychová, 2009; Gregora, 2008; Polášková, 2005; Malá, Straňák, 2004; Velemínský 2007).

### **1.5 Nejčastější kožní onemocnění v novorozeneckém a kojeneckém věku**

V prvních týdnech po porodu se vyskytuje řada běžných novorozeneckých kožních onemocnění, která vzbuzují obavy rodičů. Odeznívají většinou samovolně a bez nutnosti léčby. Objevují se však i závažné kožní infekce, kde včasná diagnóza umožní adekvátní léčbu a zachrání tak život novorozence. V posledních letech narůstá především alergických kožních projevů. Péče o novorozence s kožním onemocněním vyžaduje spolupráci neonatologa s dětským dermatologem, genetikem, histopatologem, neurologem a někdy i s dalšími specialisty. Rozvoj vědeckých disciplín stále prohlubuje znalosti v dětské dermatologii. Klinický obraz novorozeneckých a kojeneckých dermatóz se liší od kožních onemocnění starších dětí a dospělých. Důležitou roli hraje také spolupráce a trpělivá komunikace s rodiči, kteří se teprve seznamují s péčí dermatologicky nemocného dítěte. Potřebují opakovaně vysvětlovat zásady péče o zdravou i nemocnou kůži. Rodiče si vždy přejí nejúčinnější lék, který dítě rychle zbaví kožních obtíží. Lék pro lokální léčbu by měl mít vysokou účinnost, lokální a

systemovou bezpečnost, měl by být dobře snášen a ošetřování by mělo být jednoduché. Žádný zevní lék by se neměl aplikovat na kůži novorozence a kojence bez úvahy o možných následcích jejich vstřebávání. Léčení kožních chorob je velmi obtížné a často bývají úspěšní i různí léčitelé (Čapková, Šimková, 2002; Čapková, 2008; Velemínský 2007).

#### *Erythema toxicum neonatorum*

Jedná se o časté kožní projevy, které postihují v různém rozsahu 30-70 % zdravých donošených novorozenců. Obvykle se vyskytují až z dalších gravidit matky. Příčina vzniku je neznámá, ale uvažuje se o GVH reakci pravděpodobně způsobenou přenosem lymfocytů od matky na plod před porodem nebo při porodu. Může jít také o reakci kůže přizpůsobující se na nové podmínky zevního prostředí. Kožní projevy jsou různorodé. Výsev se objevuje 1. až 4. den po porodu. K vidění jsou dva typy erupcí. Erytematózní makulopapulózní typ, kdy se nachází bílo-žlutá papula v centru červené skvrny. Výsev může být lokalizovaný jednotlivě nebo mnohočetně kdekoli na těle. Tento typ se vyskytuje častěji. Druhý typ je pustulózní, který charakterizuje mnohočetný výsev bělavých pustul hlavně na zádech, na trupu, ale i na pažích, stehnech nebo v obličejí. Někdy bývají pustuly obklopeny úzkým erytematózním lemem. Vyrážka nesvědí a dítě dobře prospívá. U obou typů projevy odezní většinou po 2-3 dnech samovolně bez léčby. Pokud kožní projevy trvají déle a mají méně typický průběh, je nutno pomýšlet na další onemocnění novorozeneckého věku. Důležité je však uklidnit rodiče novorozence (Čapková, Šimková, 2002; Kolářová, Koliba, 2009).

#### *Miliaria*

Miliaria je nejčastější kožní novorozenecké onemocnění, zvláště u nedonošených dětí, které nemají zralé vývody potních žláz v prvních týdnech života. Vzniká při výrazném zpocení a při obstrukci potních vývodů keratinovou zátkou, což způsobuje retenci potu pod místem obstrukce s následnou rupturou vývodu. Na vzniku se dále podílí přehřátí, větší vlhkost, tření v postižené oblasti a těsné oblečení. Rozlišují se dvě hlavní formy tohoto onemocnění. Miliaria crystallina, která vzniká v oblasti stratum corneum. Vyskytuje se hlavně v letních měsících a často u dětí ošetřovaných v inkubátorech. Doba, kdy se objevují příznaky je první dva týdny života. Klinicky jde o

čiré, ploché puchýřky na čele, horní části trupu a volární straně paží, které bývají o velikosti 1 - 2mm bez zánětlivého lemu. Provázejícím příznakem může být také pruritus. Miliaria rubra vznikají hlouběji v epidermis, v podobě mnohočetného výsevu papul, papulovezikul nebo i pustul na zarudlé spodině. Objevují se většinou 11. až 15. den po narození, někdy současně s miliaria crystallina, nebo je následují. Miliaria rubra postihují obličej, trup a často se objevují ve flexurálních lokalitách. Léčba obou typů je zaměřena na snížení okolní teploty a vlhkosti, a dále na odstranění mechanického tření pokožky v rizikových oblastech (Čapková, Šimková, 2002; Štork, 2008).

#### *Acne neonatorum*

Acne neonatorum se jeví jako zánětlivé, erytematózní papuly a pustuly. Může se objevit již při porodu, ale obvykle se vyskytuje během 2. až 3. týdne života a trvá několik týdnů, případně měsíců. Postihuje 20 % dětí, častěji chlapce. V etiologii se uplatňuje zejména nadprodukce mazu vlivem mateřských androgenů, které byly předány transplacentárně. Projevy se podobají klasickému akné a jsou lokalizovány většinou na tvářích, ale postupně i v jiných místech na obličeji a v horní části hrudníku. Často se šíří také do kštice. Za různě dlouhou dobu acne neonatorum samovolně ustupuje, také může perzistovat a přejít do acne infantum. Mnohokrát bývá obtížné rozlišit acne neonatorum od miliaria rubra. Diagnózu by pomohla potvrdit biopsie, ale jelikož se v obou případech jedná o onemocnění benigní a přechodná, není nutná. Lze provést mykologické vyšetření. Léčba u mírnějších forem není nutná. Je třeba poučit rodiče o správném ošetřování postižené kůže. Doporučuje se promazávat kůži olejem, vazelínou nebo mastmi s vazelínovým základem. Vhodné je také denní omývání jemným mýdlem a vodou. Při závažnějším nálezu se doporučuje vyšetření specialistou a také léčba, ve snaze předejít jizvení (Čapková, Šimková, 2002; Polášková, 2010).

#### *Novorozenecká kandidóza*

Novorozenecká kandidóza patří mezi infekce vyvolané nejčastěji *Candidou albicans*. Novorozenec se infikuje až po porodu. První příznaky se obvykle objevují po prvním týdnu života a nejčastěji postihují místa krytá plenami. Na kůži infikované *Candidou albicans* vznikají erytematózní lesklé chorobné plochy, jejichž lem tvoří bělavý límeček s papulami a pustulami. Postupně může dojít k postižení i dalších

lokalit, jako je krční rýha a axily. Infekční kožní onemocnění vyžaduje vzhledem ke své závažnosti léčbu za hospitalizace s parenterálním podáváním antibiotik a antimykotik. Časté bývá také postižení ústní sliznice (stomatitis candidomycetica – soor). Jedná se o infekční zánět dutiny ústní, způsobený kvasinkami, který postihuje děti do dvou let věku. Predispozicí tohoto infekčního zánětu je celková imunosuprese organismu, zvýšená incidence bývá také u nezralých novorozenců a dětí s nižší porodní váhou. Soor se projevuje tenkými bílými povlaky v dutině ústní, na jazyku, patře a sliznici tváří. V oblasti koutků může docházet k bolestivým ragádám a zarudnutí. Povlaky lze snadno setřít, ale později ložiska pevně lpějí. K léčbě ložisek sooru v dutině ústní se používá substance nystatinu, která se aplikuje ve formě suspenze či hydrogelu. Je nutné při tomto onemocnění léčit i matku, s tím, že se jí aplikuje dezinfekční prostředek na prsní dvorce. (Čapková, Šimková, 2002; Jirásková, 2003; Macháčková, 2010; Velemínský 2007).

#### *Plenková dermatitida*

U novorozenců a kojenců je oblast genitálu, zakrývaná plenami, nejnamáhanější částí kůže. Plenková dermatitida představuje nealergické, toxicko – kumulativní, zánětlivé onemocnění kůže v oblasti plen. Největší výskyt spadá do období 9 - 12 měsíců věku. Onemocnění může probíhat jako kontaktní dermatitida, nebo se může kombinovat s intertrigem, kvasinkami a mikroby. Příčinou kontaktní plenkové dermatitidy je působení amoniaku, který vzniká jako následek bakteriálního rozkladu močoviny na místech těsného kontaktu s plenami. Mezi další příčiny lze zařadit dlouhodobé dráždění pokožky znečištěnou nebo špatně vymáchanou plenu, nesnášenlivost některých papírových plen, snížená hygiena a zvýšená citlivost pokožky. Při diagnostice plenkové dermatitidy se nepodceňuje také rodinná anamnéza, ve které se pátrá po ekzému, kožních alergiích a různých imunologicky podmíněných stavech (kopřivka, vaskulitidy, lékové exantémy). Nesmí se opomenout ani jiné alergické nemoci v rodině, jako jsou senná rýma, astma a lupénka. Kůže postižená plenkovou dermatitidou je lesklá, zarudlá, napjatá, někdy až připomínající popáleninu. Občas se objeví také červené pupínky, otok a šupiny. Dále může docházet k olupování kůže nebo ke vzniku mokvavých míst. Ložiska se projeví buď jako jednotlivě ohraničená nebo



slitá. Příznaky plenkové dermatitidy se nejčastěji vyskytují v místech největšího kontaktu pokožky s plenou. Mezi tato místa patří: zadeček, vnitřní plochy stehen, stydká kost, u chlapců šourek a u děvčátek zevní genitál. Dítě s plenkovou dermatidou je neklidné a plačtivé. Základem léčby plenkové dermatitidy je snížit vlhkost kůže a zamezit tření v postižené oblasti. Omezit přehnaně časté mytí postižené kůže, po znečištění pokožku umýt pouze vlažnou vodou a jemně osušit „potřukáváním“. Poté je vhodné v teplém prostředí ponechat dítě nějakou dobu volně bez plen, aby nedocházelo k zapaření podrážděné pokožky. Při tomto onemocnění pokožky je vhodné používat raději látkové pleny a věnovat tak pozornost jejich praní, které spočívá v dostatečném máchání, žehlení plen a v nepoužívání aviváže. Ke zlepšení bariérové funkce kůže se aplikují při každém přebalování ochranné krémy a masti s rybím tukem, oxidem zinečnatým, panthenolem, vitamínem E a zinkem. Na mokvající ložiska lze také přikládat obklady z černého čaje, slabého roztoku hypermanganu nebo Jarischova roztoku. Na závažnější postižení pokožky se předepisuje pasta s obsahem antimykotik zaměřených proti kvasinkám, které dermatitidu nejčastěji komplikují. Do prevence plenkové dermatitidy spadá správná volba plen, jejich častá výměna, čištění kůže pod plenami a používání ochranných krémů. Za nejlepší prevenci plenkové dermatitidy se považuje větrání oblasti genitálu, zejména ve stínu v letních měsících. Vždy se vyplatí věnovat pozornost i sebemenší opruzenině, jedině tak se předejde vzniku komplikací a přechodu do závažnějšího stádia. Toto onemocnění se nevyhýbá ani kojencům velmi pečlivých maminek. Matky mívají někdy pocit úzkosti a onemocnění považují za vlastní selhání. Přestože za vznik dermatitidy mohou faktory, kterým nelze vždy spolehlivě zabránit. Faktorem může být průjmové onemocnění nebo přechod na novou stravu. Je vhodné matku podpořit, uklidnit a vysvětlit jí, že správným ošetřováním kůže lze docílit zlepšení stavu pokožky během dvou dnů a předejít tak vzniku komplikací (Kolářová, Koliba, 2009; Kolářová, 2010; Krafchik 2001; Pazderová, 2006b; Polášková, 2005; Seifertová, 2005).

#### *Dermatitis seborhoica*

Seboroická dermatitida je recidivující subakutní až chronická povrchní dermatitida, která postihuje lokality bohaté na mazové žlázy a oblasti intertriginózní.

Onemocnění se objevuje z nejasné příčiny jako zčervenání kůže s tvorbou mastných šupin, které vznikají olupováním kůže a zvýšenou tvorbou mazu. Na vzniku onemocnění se mohou podílet dědičné faktory, porucha činnosti mazových žláz a pravděpodobně i výživové faktory. Touto formou dermatózy trpí více než 2/3 kojenců v období mezi 3. týdnem a 3. měsícem po porodu, kdy nejčastěji bývá postižena vlasová oblast, za ušními boltci, obočí, tváře a kožní záhyby. Ve frontální a parietální oblasti kštice se tvoří drobné žlutohnědé šupinky na bledě růžové spodině v rozsáhlých plochách. Jindy se nad velkou fontanelou objevuje popraskaný žlutošedý nebo žlutohnědý lpící nános mazlavých šupin, kterým procházejí vlasy. Ze kštice dermatitida často přestupuje do obočí a střední části obličeje, kde jsou světle červená ložiska ostře ohraničená a olupují se v jemných žlutavých a mastných šupinách. Onemocnění není provázeno svěděním, ale jeho průběh zhoršuje horko, pocení, tření kůže o oděv a používání příliš mastných mastí. V závažnějších případech onemocnění dochází k postižení plenkové, inguinální oblasti, pupku, axily a krční rýhy, kde se tvoří infiltrovaná, ale nemokvající erytematoskvamózní ložiska. K seboroické dermatitidě se často přidružuje kvasinková infekce. Děti uměle živené s nadváhou mívají sklon k závažnějším formám onemocnění. Léčba seboroické dermatitidy bývá zdoluhavá a vyžaduje trpělivost rodičů, protože obvykle jde o chronicky recidivující průběh onemocnění. Opakování onemocnění nelze zcela zabránit ani po úspěšné léčbě. Rodiče je třeba upozornit na to, že efekt lze očekávat až po 6 – 8 týdnech pravidelné léčby. Léčba je symptomatická. Šupinky se nikdy nestrhávají násilím, ale ošetřují se krémy s lotií a ureou. Při postižení vlasové oblasti se předepisují salicylové oleje ve 3% koncentraci. Při závažnějším postižení se léčba doplňuje kortikoidními preparáty ve formě roztoků, gelů a lotií. Při sekundární infekci se podávají antibiotika a vitamíny skupiny B (Čapková, 2008; Kolářová, Koliba, 2009; Pazderová, 2006a).

#### *Atopická dermatitida*

Atopická dermatitida je dnes považována za nejčastější chronické, opakující se, neinfekční zánětlivé kožní onemocnění dětského věku. První příznaky se objevují u 70 % pacientů již před šestým rokem věku, s maximem v kategorii do tří let věku. Bývá obtížné toto onemocnění definovat vzhledem k rozdílné lokalizaci, morfologii,

průběhu a také proto, že neexistuje žádný standardní diagnostický test. Diagnóza atopické dermatitidy je založena především na osobní, rodinné anamnéze a na morfoloickém nález. Rozvoj atopické dermatitidy je podmíněn genetickou dispozicí a poruchou regulace imunitních mechanismů. Společnými rysy pro atopickou dermatitidu jsou chronický průběh, pruritus, xeróza a dermatitida. Kojenecká forma atopické dermatitidy se objevuje mezi 2. - 4. měsícem věku. Projevuje se silně svědicími papulózními až ložiskovými výsevy na tvářích nebo ve vlasech. Výsev se může rozšířit na celou hlavu, končetiny a tělo. Do dětské formy přechází atopická dermatitida mezi 1. – 2. rokem života dítěte. Pro tuto fázi atopické dermatitidy jsou predilekční oblastí loketní a podloketní jamky, šíje, krk, plochy kolem kotníků, nártý a zápěstí. Může být postižen i obličej a ruce. V prvním roce života jsou spouštěcím momentem projevů atopické dermatitidy potravinové alergený, proto je vhodné budoucí matce s projevy atopické dermatitidy doporučit hypoalergenní dietu minimálně během druhé poloviny těhotenství a po celou dobu kojení. Před zahájením léčby je třeba vyšetřit příznaky onemocnění, sledovat jeho průběh, posoudit závažnost a rozsah atopické dermatitidy, dále pak posoudit komplikující a zhoršující faktory. Léčba atopické dermatitidy by měla směřovat k omezení závažných příznaků onemocnění. Proto se rodiče učí, jak zabezpečit u dítěte dlouhodobou péči o kůži a jak předcházet dalším vzplanutím onemocnění nebo alespoň omezit jejich počet. Výsledkem dlouhodobé léčby by mělo být získání kontroly nad průběhem atopické dermatitidy a zlepšení kvality života dítěte i jeho rodiny. Základním předpokladem úspěšné léčby a prevence dalších vzplanutí atopické dermatitidy je úprava životosprávy (správné mycí a kosmetické prostředky, vhodné oblečení), jídelníčku, domácího prostředí a omezení faktorů vedoucích ke svědění. Kojencům s atopickou dermatitidou nedělá dobře teplo nebo extrémní chlad. Udržování vlhkého a chladného prostředí je proto prospěšné. Nezbytnou podmínkou léčebného úspěchu u atopické dermatitidy je dobrá komunikace lékaře s rodinou, ten rodinu edukuje o podstatě onemocnění, prevenci a možnostech léčby. Důležitá je každodenní kontrola kůže dítěte, sledování procesu hojení poškozené kůže a udržování rány v suchu a čistotě. Dobrými pomocníky jsou písemné materiály, letáky, brožury a ověřené internetové adresy. Do základní léčby atopické dermatitidy patří emolienca,

což jsou emulze obsahující lipidy, které změkčují, zvláčňují pokožku a obnovují její pružnost. Emolienca se předepisují jako hlavní léčebný prostředek dětem s atopickou xerózou a chronickými ložisky ekzému, ostatním jako doplňující léčba. Čím jsou mastnější, tím účinněji působí. K večernímu ošetření jsou vhodné především masti a mastné krémy, k rannímu ošetření se volí hlavně krémy a lotia. Mezi emolencia se řadí i koupelové oleje, ty se používají většinou obden jako nedílná součást léčby. Ostatní dny se provede krátké, rychlé osprchování vlažnou vodou nebo se omyjí místa vlhké zapáčky speciálními mycími prostředky. Při mokvání se doporučuje osprchování v krátké době, bez použití mýdla. Každý večer po koupeli se kůže jemně poklepem osuší a do 3 minut dokud je vlhká se ošetří zvláčňujícím krémem. Pokud dojde k akutnímu zhoršení atopické dermatitidy, je nutné aktivitu procesu utlumit lokálními kortikosteroidy. Ty mají protizánětlivý, vazokonstrikční, imunosupresivní a antipruriginózní účinek. Při lehké a středně těžké formě se předepisují kortikosteroidy se slabým účinkem. Bohužel jde o onemocnění dosud nevléčitelné, komplikované a obtížně léčitelné (Benáková, 2009; Boledovičová, 2006; Buchvald, 2005; Čapková, 2008; Fernandes, 2011; Hercogová, 2007; Kolářová, Koliba, 2009; Krafchik 2001; Machovcová, 2007; Pourpak, 2007).

### *Intertrigo*

Intertrigo, nebo-li opruzení vzniká na podkladě mechanického a chemického dráždění kůže. Podílí se na něm i řada dalších faktorů: nedostatečná hygiena, zbytky stolice, pocení, nesprávně zvolené upnuté oblečení. Na základě těchto faktorů dojde k zarudnutí kůže, která může macerovat, mokvat, bolet a pálit. Opruzení se může vyskytnout v celé oblasti kryté plenami jako jsou genitálie, hýždě, třísla a podbřišek. Dále se může objevit v záhybech na krku a v axilách. Sekundárně může vzniknout bakteriální nebo myotická infekce. Při opakovaných obtížích se často podílí infekce kvasinkami. Opruzené dítě bývá často neklidné a rozmrzelé, proto je potřeba uklidnit matku a ujistit jí, že při správném ošetřování lze docílit znatelného zlepšení stavu během 24 – 48 hodin. Je-li onemocnění v začátku, musí se dbát na správnou a šetrnou hygienu postižených míst, dále aby dítě nezůstávalo v mokrých plenách. Nejvhodnější je opatrné omytí vlažnou vodou a jemné osušení postižených míst. Dítě se ponechá

volně rozbalené v dostatečně vyhřáté místnosti, aby ke kůži mohl proudit vzduch. Pro zlepšení se používají různé masti, při infekci se aplikuje mast s antibiotiky a antimykotiky (Gregora, 2008; Kolářová, 2010; Pazderová, 2006a).

#### *Impetigo bullosa neonatorum (pemphigus neonatorum)*

Pemphigus neonatorum je infekční onemocnění vyskytující se u novorozence již od konce prvního týdne života. Nejčastějším vyvolavatelem onemocnění je *Staphylococcus aureus* nebo streptokoky při nedostatečně prováděné hygieně nebo po kontaktu s osobou trpící pyodermií. Infekční onemocnění se může objevit i epidemicky, kdy se infekce přenáší kontaktem. Pemphigus neonatorum se projevuje výsevem plochých puchýřů na zánětlivé spodině se zkaleným obsahem, jejich krytba praská a dochází ke vzniku erozí a typicky medově žlutých krust. Vzdálenější nová ložiska vznikají autoinokulací bakteriemi kontaminujícími prsty rukou a předměty běžné denní potřeby. Tyto puchýře se nejčastěji objevují na trupu, na kůži genitálu a v axilách. Při onemocnění se mohou objevit i závažné komplikace jako pneumonie nebo osteomyelitida. V některých případech postačí lokální léčba, jindy je třeba léčba celková. Nekomplikované případy je možné léčit pomocí koupelí v heřmánku, slabým roztokem manganistanu draselného, který se aplikuje 2 - 3x denně nebo pomocí antibiotických mastí a krémů. Celková léčba antibiotiky se zahajuje u případů, které nereagují na lokální léčbu, u rozsáhlých ložisek impetiga a u dětí s defektem imunity. Nejčastěji se používají antibiotika pro systémovou léčbu impetiga. Onemocnění je silně nakažlivé, proto prevence spočívá v důsledném dodržování hygienických zásad. Mezi tyto zásady patří: mytí rukou, vlastní hygienické potřeby, hračky, používání dezinfekčních mýdel, vlastního ručníku, vyžehleného prádla. Pokud není průběh impetiga komplikovaný, onemocnění trvá 7 - 10 dní a hojí se bez jizev (Buček, 2003; Čapková, 2008; Stožický, Pizingerová, 2006).

### **1.6 Základní pojmy v edukaci**

Slovo edukace pochází z latinského slova *educare*, *educare* a znamená výchovu, vzdělávání jedince. Edukace je celoživotní rozvíjení osobnosti člověka. Cílem edukace je osvojit si nové poznatky, správné dovednosti, činnosti a vytvořit si hodnotové, postoje a emocionální struktury osobnosti. Osoba vykonávající edukační aktivity se

nazývá edukátor. V nemocnici to může být lékař, sestra nebo porodní asistentka. Za edukanta se považuje osoba (dítě, dospělý nebo starý člověk), která je subjektem učení bez rozdílu věku a prostředí, kde edukace probíhá. Optimální prostředí pro edukaci musí mít správné osvětlení, teplotu, musí být bez hluku a v nemocničním prostředí zaručovat intimitu. V ošetrovatelství má edukace nezastupitelné místo a předpokládá kvalifikovanou pomoc klientům, kteří jsou ohroženi nemocí, stresovými situacemi a dalšími problémy (Juřeníková, 2010; Kuberová, 2010; Magurová, Majerníková, 2009; Závodná, 2005).

Edukaci v ošetrovatelství lze dělit na základní, komplexní a reedukační. Při základní edukaci jsou jedinci předávány nové vědomosti a dovednosti. Dochází k motivaci ke změně hodnotového žebříčku i postojů. Uplatňuje se tehdy, pokud nemoc u dotyčného jedince byla zjištěna nově. Komplexní edukace se provádí v edukačních kurzech, a má-li být opravdu komplexní, musí při přípravě, realizaci a hodnocení vycházet z oborové didaktiky ošetrovatelství. Edukátor nejen vysvětluje, ale i zapojuje edukanta do procesu cvičení a nastiňuje možnosti domácí stimulace a výchovné práce edukovaného jedince s rodinnými příslušníky. Edukátor může také rodičům poskytovat rady v oblasti péče o dítě a zaškolit je do všech souvislostí. Za reedukaci se považuje edukace pokračující, rozvíjející a napravující. Je zde možnost navázat na předcházející vědomosti a dovednosti edukovaného jedince. Reedukace zahrnuje i opakování a nabízí další informace vzhledem k měnícím se podmínkám (Juřeníková, 2010; Kuberová, 2010).

### ***1.6.1 Edukační proces***

Sestra při edukaci poskytuje informace, poučení, naučné materiály, získané zručnosti a rady. Výsledkem edukace je pak větší zodpovědnost edukanta za vlastní zdraví a získání nových vědomostí, zručnosti a postojů. Edukační proces představuje dynamický vzájemný vztah mezi edukátorem a edukantem a skládá se z pěti fází. První fáze se nazývá počáteční pedagogická diagnostika. V této fázi se snaží edukátor odhalit vědomosti, dovednosti, návyky a postoje edukanta. K jejich odhalení používá pozorování nebo rozhovor. Zjišťuje, jaké jsou jeho edukační potřeby. První fáze je významná pro stanovení cílů edukace. Ve druhé fázi projektování se edukátor snaží

naplánovat cíle a také zvolit formu, metody, obsah edukace, pomůcky a způsob evaluace edukace. Třetí fáze se nazývá realizace a jejím prvním krokem je motivace edukanta. Na motivaci navazuje expozice, při té se edukantům předávají nové poznatky. Na tomto kroku by se měl edukant aktivně podílet. Poté následuje fixace, zde je nutné procvičování a opakování získaných vědomostí a dovedností. Po fixaci dochází k průběžné diagnostice, ve které jde o snahu prověřit a otestovat pochopení učiva a zájem edukanta. Posledním krokem je aplikace, zde má edukant prokázat, že dokáže získané vědomosti a dovednosti použít. Ve čtvrté fázi dochází k upevňování a prohlubování učiva. Tato fáze je nezbytná k uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Osvojené učivo by se mělo opakovat a procvičovat, aby se fixovalo. Pátá fáze zpětné vazby se snaží hodnotit nejen výsledky edukanta, ale i edukátora. Pozitivní zpětná vazba k edukantům může být formou pochvaly nebo odměny, což má příznivý vliv na učení. Naopak negativní zpětná vazba dokáže od učení odradit. Hodnocení probíhá celým edukačním procesem i závěrem. Zpětná vazba umožňuje edukantovi posoudit efekt činnosti, ke které byl motivován, získal k ní poznatky a dovednosti, a co se potřebuje ještě přiučit (Juřeniková, 2010; Kuberová, 2010; Magurová, Majerníková, 2009).

### ***1.6.2 Metody edukace***

Metoda je uvědomělý, záměrný a cílevědomý postup, který směřuje k dosažení stanoveného cíle. Metody edukace lze považovat za nejvýznamnější prostředky k realizování edukačního procesu. Metodami při edukaci se rozumí strategie, způsoby a postupy práce sestry, které při respektování vývoje poznávacích procesů a vytyčeného cíle umožňují edukantům osvojovat si získané vědomosti, dovednosti, návyky a uplatňovat je v praxi. Při volbě edukační metody se musí přihlídnout k osobnosti edukanta, k jeho vědomostem, zkušenostem a dovednostem. Výběr efektivní a vhodné metody má respektovat aktuální zdravotní, psychický stav edukanta a prostředí, kde bude edukace probíhat. Existuje nepřehledné množství edukačních metod, které lze rozdělit na metody teoretické, praktické a teoreticko – praktické (Juřeniková, 2010; Kuberová, 2010; Závodná, 2005).

Nejčastěji používanými metodami ve zdravotnictví jsou: přednáška, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení, rozhovor, diskuze, konzultace, práce s

textem a E-learning. Při přednášce dochází k předávání vědomostí v souvislém, logicky utříděném a jazykově bezchybném projevu. Přednášku tvoří tři části. Úvod, kde se edukanti seznamují s problémem, edukátor se snaží podchytit jejich zájem a pozornost. Druhou částí přednášky je vlastní výklad, ve kterém se předkládají vědecky podložená fakta. Přednášku je vhodné doplnit příklady z praxe. V závěru přednášky by měly být shrnuty nejdůležitější body projevu. Během přednášky lze použít i různé pomůcky, které pomáhají posluchačům vytvořit si lepší představu o dané problematice. Výhoda přednášky spočívá v předání ucelených vědomostí velké skupině jedinců najednou. Mezi nevýhody patří malá aktivita edukantů a malá zpětná vazba mezi posluchači a přednášejícím. K častým výukovým metodám patří vysvětlování. Tato metoda se snaží posluchači objasnit souvislosti a příčiny tak, aby byl schopen pochopit podstatu vysvětlovaného problému. Vysvětlování se používá v situacích, kdy se nelze opřít o předcházející zkušenosti a vědomosti posluchače. Při této metodě by se mělo postupovat logicky, systematicky a srozumitelně objasňovat souvislosti a fakta. Další edukační metodou je instruktáž a praktické cvičení. Instruktáž znamená teoretický úvod před praktickou činností, kdy se edukanti seznamují s pracovním postupem, aby si osvojili určitou psychomotorickou dovednost. Instruktáž se nejčastěji provádí prostřednictvím mluveného slova a navazuje se na teoretické vědomosti edukantů. Vždy se musí vysvětlit, co se bude dělat a jaký má být výsledek činnosti. První ukázka praktické činnosti se provádí pomalu, za slovního doprovodu, kdy se upozorňuje na správný postup činnosti, případně na chyby, kterých by se edukant mohl dopustit. Poté následuje ukázka, kdy se činnost provede v rychlosti, které by měl edukant dosáhnout. Po ukázce se opět předvádí činnost v pomalém tempu, po jednotlivých krocích. Instruktáž se neustále doplňuje slovním komentářem, ve kterém se sděluje, co dělat, aby nedošlo k nepochopení ze strany edukanta. Na instruktáž navazuje praktické cvičení, ve kterém edukant začíná vlastní nácvik pracovní činnosti. Tento nácvik může probíhat ve zdravotnictví individuálně nebo ve skupině dvou a více osob. Získané psychomotorické dovednosti v pracovním postupu, včetně chyb, se těžko odstraňují. Nácvik složitých činností se edukanti učí po jednotlivých krocích. Při prvním nácviku dochází u většiny edukantů k nekoordinovanosti pohybů, dopouštějí se chyb a musí



vynakládat velké množství energie, proto není vhodné zařazovat nácvik dovedností v akutní fázi nemoci. Tato fáze nácviku vyžaduje od edukanta velikou trpělivost a pozornost. Při opakovaném nacvičování určité činnosti musí edukátor dbát na dostatečnou motivaci, protože v této fázi motivace často prudce klesá. Příprava edukátora na tuto metodu edukace je velmi náročná. Edukátor musí mít předem připravený a promyšlený postup, jímž se bude řídit. Potřebné pomůcky pro vlastní nácvik činnosti by měli edukanti obdržet těsně před nácvikem, aby je zbytečně nerozptylovaly, když edukátor vykonává instruktáž. Správná instruktáž a nácvik činnosti vyžaduje od edukátora určitou zkušenost. K další edukační metodě se řadí rozhovor, který je každodenní součástí praxe zdravotníka. Zdravotník by měl na základě dobrých komunikačních schopností a dovedností ovládat také rozhovor. Základním znakem je střídání otázek a odpovědí mezi edukátorem a edukanty, kdy dochází k vzájemné výměně informací. Pokud edukant odpoví na otázku správně, je důležité ho pochválit. Při nesprávné odpovědi, by měl být edukant veden k tomu, aby na správnou odpověď přišel sám. Metodu rozhovoru lze považovat za náročnou, proto je vhodné si otázky rozmyslet a naplánovat dopředu, aby byl rozhovor efektivní. Diskuze patří mezi edukační metody a jejím prostřednictvím mají diskutující možnost argumentovat, přednášet své znalosti, myšlenky, nápady a ověřit si schopnost přesvědčit ostatní. Diskuze se používá k procvičení a upevnění vědomostí edukanta. Výběr tématu, důkladná příprava všech zúčastněných na zvolené téma a prostředí jsou důležitými předpoklady pro úspěšný průběh diskuze. V diskuzi má vedoucí roli edukátor, který diskuzi řídí, sleduje její průběh a snaží se korigovat diskutující, aby se neodchýlili od tématu. V závěru diskuze se provede její shrnutí. Konzultace se řadí mezi jednu z nejvíce užívaných metod ve zdravotnictví. Při konzultaci dochází nejčastěji k přímému setkání s odborníkem nebo poradcem, se kterým může edukant řešit svůj problém a ujasnit si určité nejasnosti. Konzultace se může kombinovat s dalšími metodami, jako je instruktáž či vysvětlování. Práce s textem nebo písemný materiál patří mezi nejčastěji používané metody edukace ve zdravotnictví, kdy se nejvíce používají brožura, leták, plakát, článek v časopise a kniha. Písemný text by neměl být považován za jediný zdroj informací pro edukanta. Při práci s písemným materiálem se musí dodržovat tyto

zásady. Dobrá znalost písemného materiálu a orientace v něm. Písemný text by měl být poskytován edukantům, pro které byl vytvořen. Při poskytnutí písemného materiálu musí být vždy nabídnuta další edukační metoda, např. konzultace, vysvětlování. Při sestavování písemného materiálu musí být vždy jasný cíl, kterého má být dosaženo. Dále je důležité vědět, pro jakou cílovou skupinu má být písemný materiál určen. Při psaní textu by se měl přizpůsobit jazyk i styl čtenáři a účelu, kterému bude sloužit. Věty mají být krátké, k věci a text dostatečně čitelný. Pokud je to vhodné a pomůže to k lepšímu pochopení textu, měl by písemný materiál obsahovat obrázky a schémata. Je nutná pozornost při grafickém zpracování písemného materiálu, aby čtenáře co nejvíce zaujal. E-learning lze vymezit jako vzdělávací proces, který používá multimediální technologie ke zvýšení kvality edukace. Výuka se většinou uskutečňuje prostřednictvím počítačových kurzů. E-learningové kurzy jsou rozděleny do lekcí, v nichž je kombinován výkladový text s animacemi, zvukem, grafikou, videem a elektronickými testy, které umožňují zpětnou vazbu (Juřeníková, 2010; Kalous, 2002; Kuberová, 2010).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit úroveň znalostí matek a jejich využití v péči o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí

Cíl 2: Vypracovat edukační materiál pro matky

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza 1: Matky mají dostatek informací týkající se ošetřování kůže novorozence a kojence v domácím prostředí

Hypotéza 2: Matky správně využívají získané informace týkající se péče o kůži novorozence a kojence

### **3. Metodika**

#### **3.1 Metodika práce**

K získání potřebných údajů a k naplnění stanovených cílů bylo použito kvantitativní šetření. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování technikou dotazníku. Dotazník byl distribuován matkám, pečujícím o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí. Šetření probíhalo během měsíce ledna a února 2012 v ordinacích dětských praktických lékařů v jihočeském a plzeňském kraji. Celkem bylo o spolupráci požádáno 300 matek. Návratnost byla 279 dotazníků. K výzkumnému šetření jich plně vyhovovalo 274. Výzkumný soubor tak tvořilo 274 respondentů (100 %).

Dotazník byl anonymní, obsahoval celkem 28 otázek, z nichž jedna byla formulována jako otevřená, kde bylo poskytnuto místo k písemnému vyjádření. Některé z nich obsahovaly nabídku odpovědí, kde bylo možno označit jednu nebo více variant. Pokud nevyhovovala žádná z nabízených odpovědí, uváděli respondenti vlastní názor. V úvodu dotazníku byly zařazeny identifikační otázky, dále následovaly otázky zaměřené na péči o kůži novorozence a kojence.

Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány do grafů za pomoci Microsoft Office Excel 2003. Dále bylo provedeno statistické zhodnocení výsledků v plzeňském a jihočeském kraji. Statisticky významné jsou výsledky v otázkách 9, 11, 22, 26. Pro statistické zpracování byl použit chí kvadrát test, kde hranice pro rozhodování, zda hypotéza  $H_0$  platí, byla stanovena na 5 % (0,05).

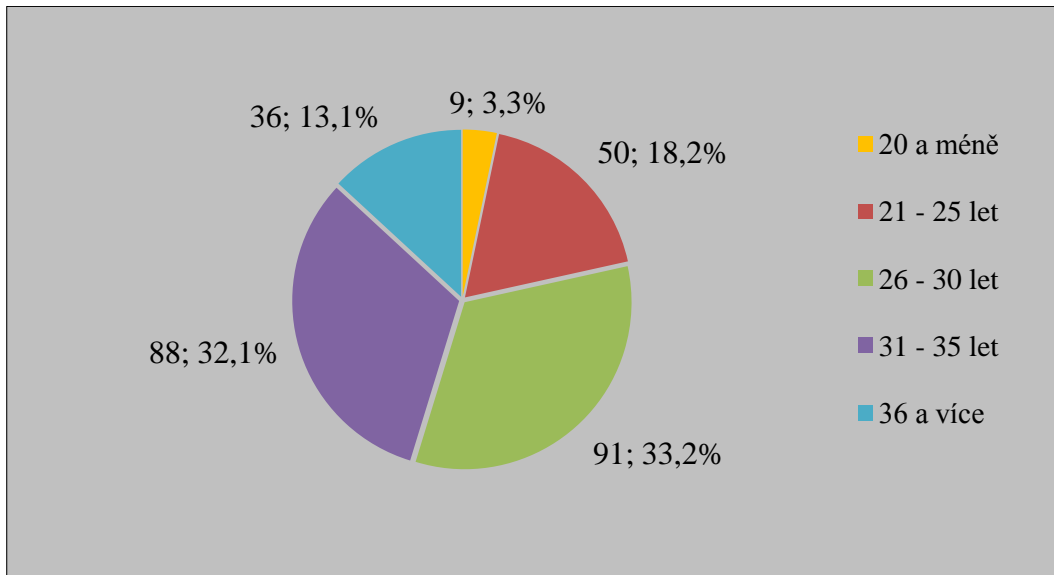
#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Pro dotazníkové šetření bylo distribuováno celkem 300 dotazníků v jihočeském a plzeňském kraji. Výzkumný soubor tvořily matky pečující o kůži novorozence, kojence a vykonávající hygienu v domácím prostředí. Dotazníky byly rozdány za účelem zjištění úrovně znalostí matek a jejich využití v péči o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí. Z celkového počtu 300 dotazníků se vrátilo 279. Návratnost tedy činila 93 %. Z důvodu neúplného vyplnění dotazníku bylo nutné 5 dotazníků vyřadit. Ke zpracování dat bylo použito 274 (100 %) dotazníků.

## 4. Výsledky

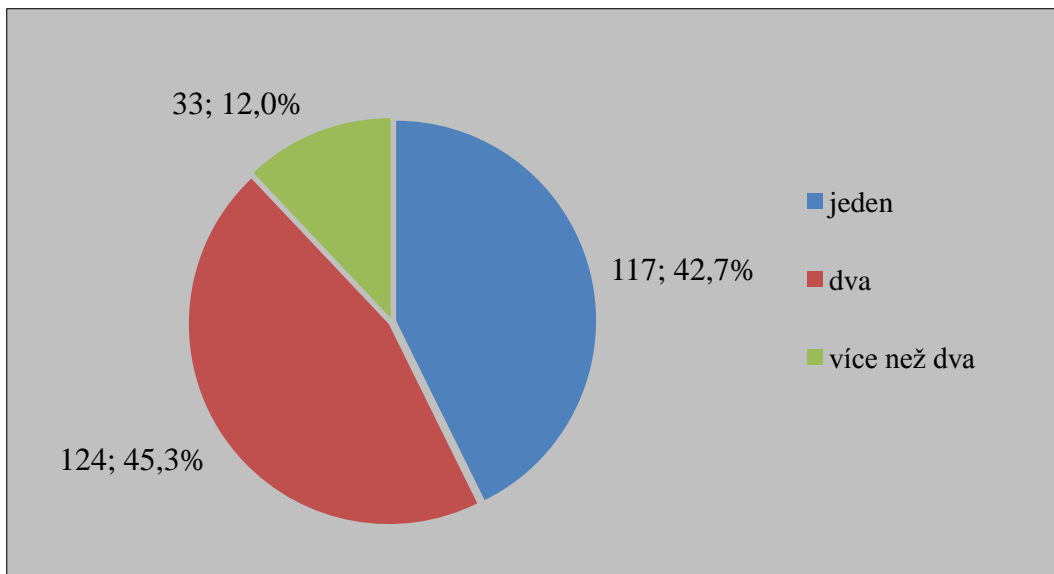
### 4.1 Souhrnné výsledky

**Graf 1 Věk respondentek (počet 274)**



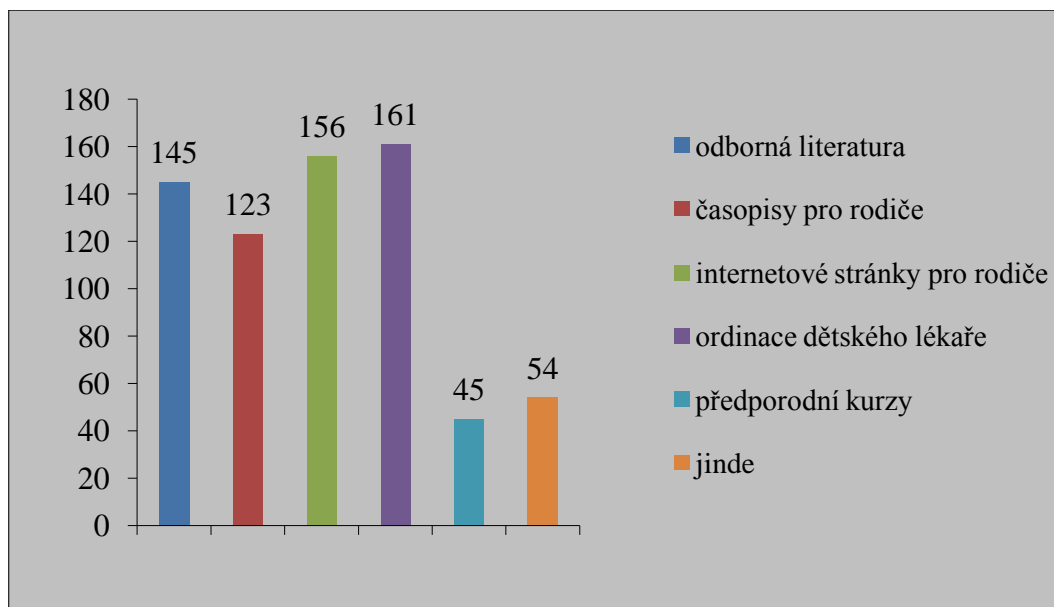
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 2 Počet porodů u respondentek (počet 274)**



Zdroj: vlastní výzkum

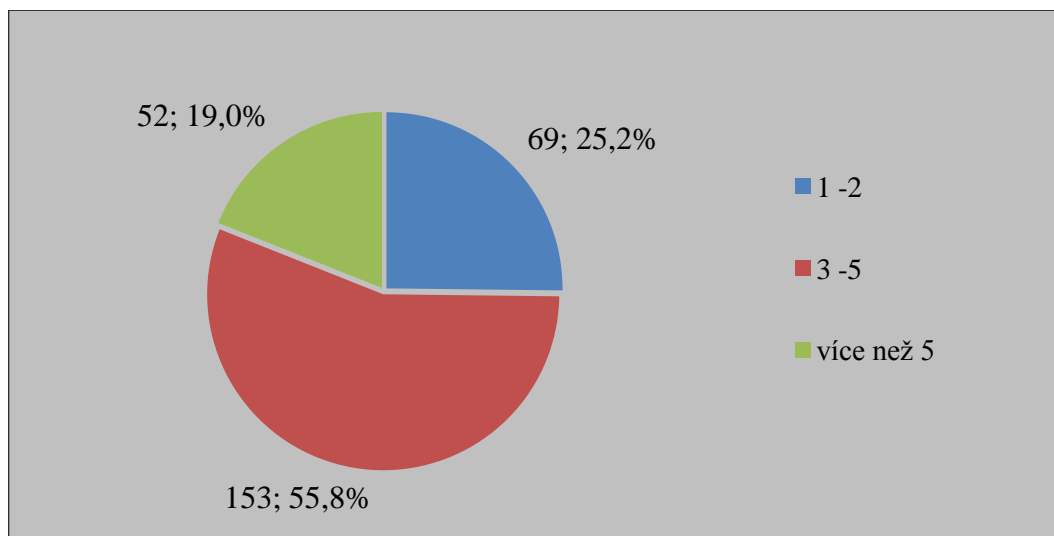
**Graf 3 Zdroje pro získání informací týkající se péče o kůži novorozence a kojence (počet odpovědí 684)**



Zdroj: vlastní výzkum

Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech vzhledem k tomu, že respondentky mohly zvolit více možností. Celkem bylo vyhodnoceno 684 odpovědí. Pod možností jinde 22 matek uvedlo za zdroj informací kamarádky, 15 respondentek označilo svoji matku a 17 matek získalo informace v porodnici.

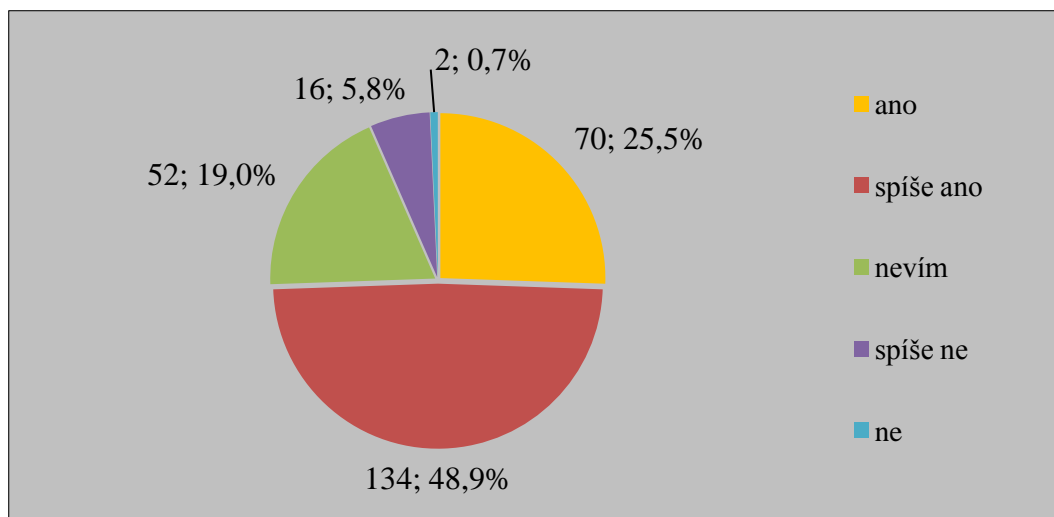
**Graf 4 Respondentkami prostudovaný počet zdrojů týkající se péče o kůži novorozence a kojence (počet 274)**



Zdroj: vlastní výzkum

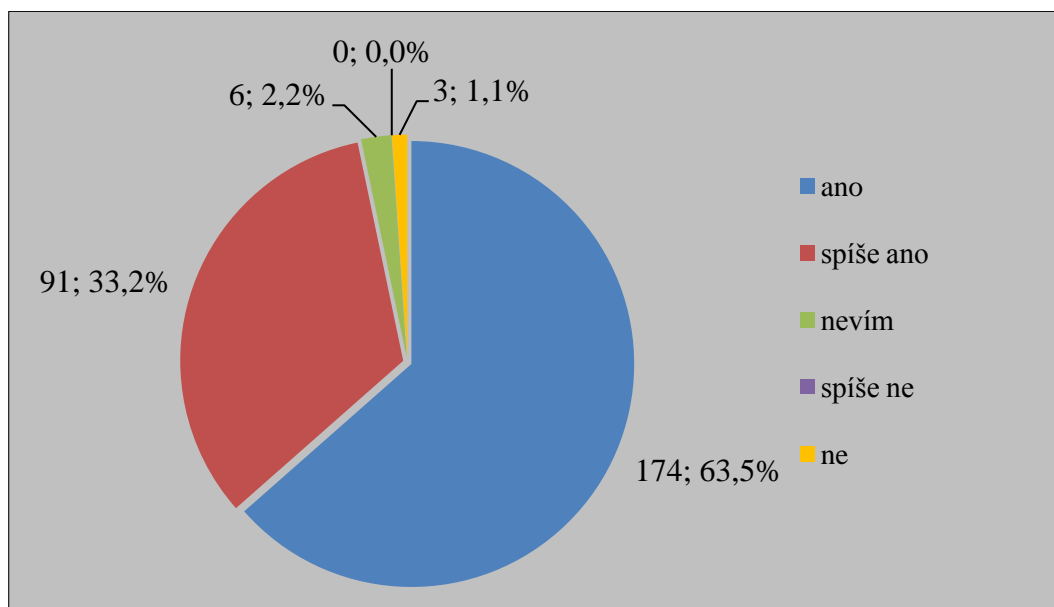
■ 1-2 zdroje týkající se péče o kůži novorozence a kojence prostudovalo 69 (25,2 %) matek, ■ 3-5 zdrojů prostudovalo 153 (55,8 %) respondentek a ■ více než 5 zdrojů prostudovalo 52 (19,0 %) matek.

**Graf 5 Teoretické znalosti a ovládání praktických dovedností respondentkami (počet 274)**



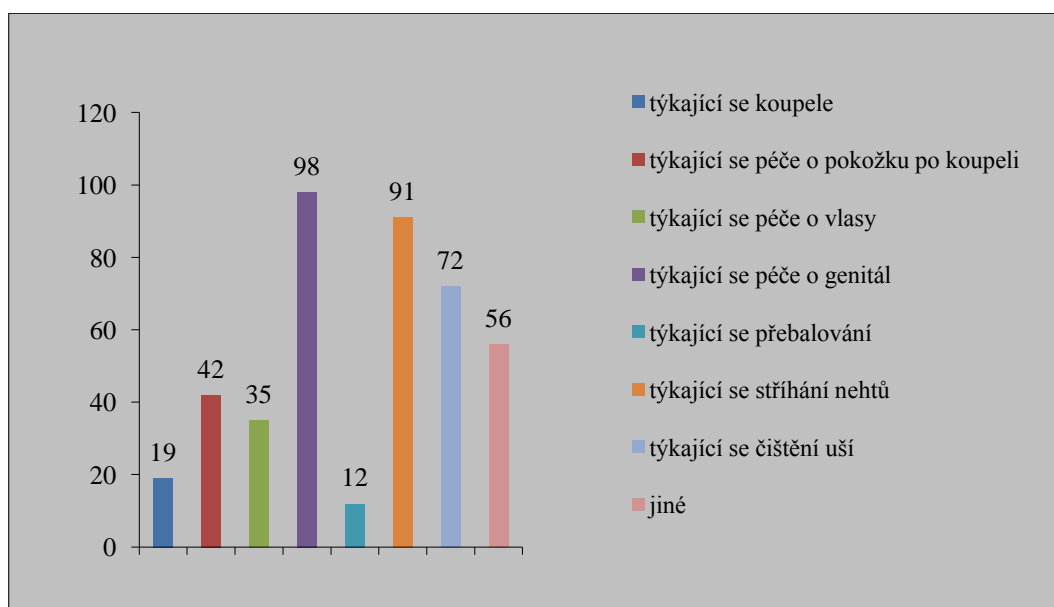
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 6 Využití získaných informací respondentkami (počet 274)**



Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 7 Respondentkami postrádané informace týkající se péče o kůži novorozence a kojence (počet odpovědí 425)**



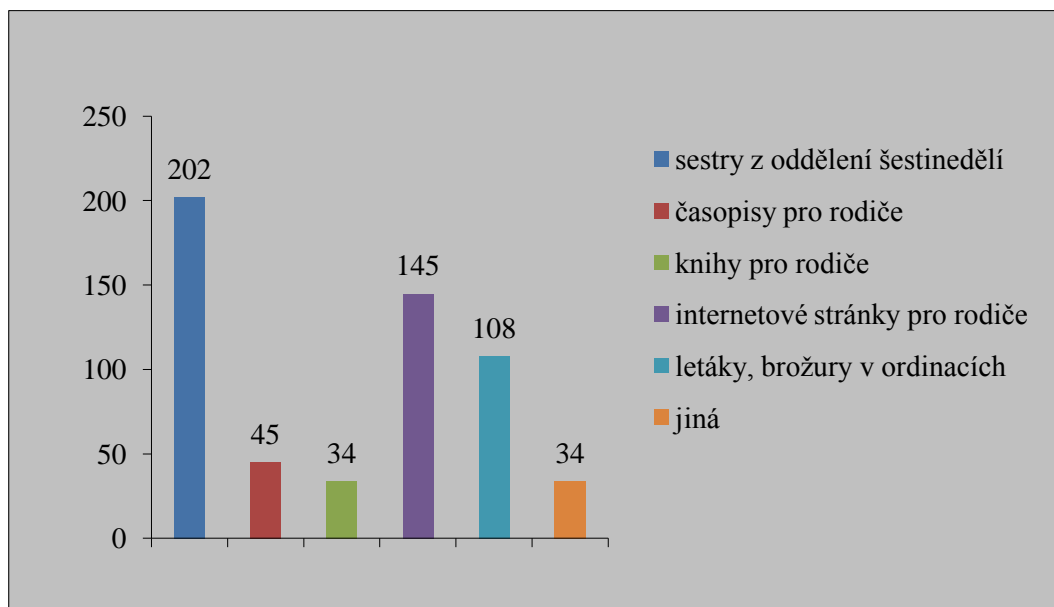
Zdroj: vlastní výzkum

Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech vzhledem k tomu, že respondentky



mohly zvolit více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 425 odpovědí. Pod možností jiné 56 respondentek uvedlo, že nepostrádaly žádné informace.

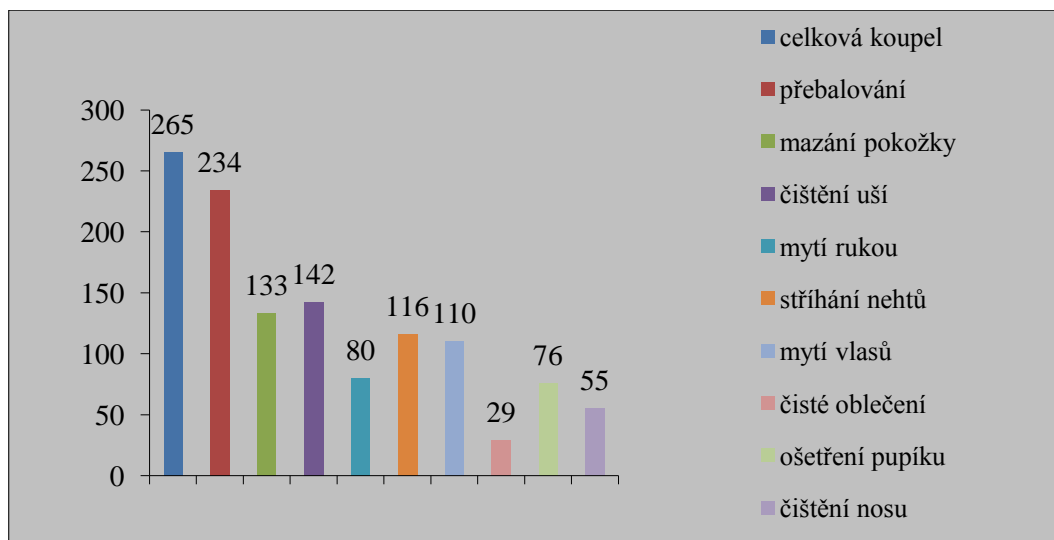
**Graf 8 Snadno dostupná forma informací pro respondentky (počet odpovědí 568)**



Zdroj: vlastní výzkum

Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech vzhledem k tomu, že respondentky mohly označit více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 568 odpovědí. Pod variantou jiná 26 matek považuje za snadno dostupný zdroj informací praktického lékaře pro děti a dorost, 8 respondentek uvedlo dětskou sestru navštěvující matku s dítětem doma.

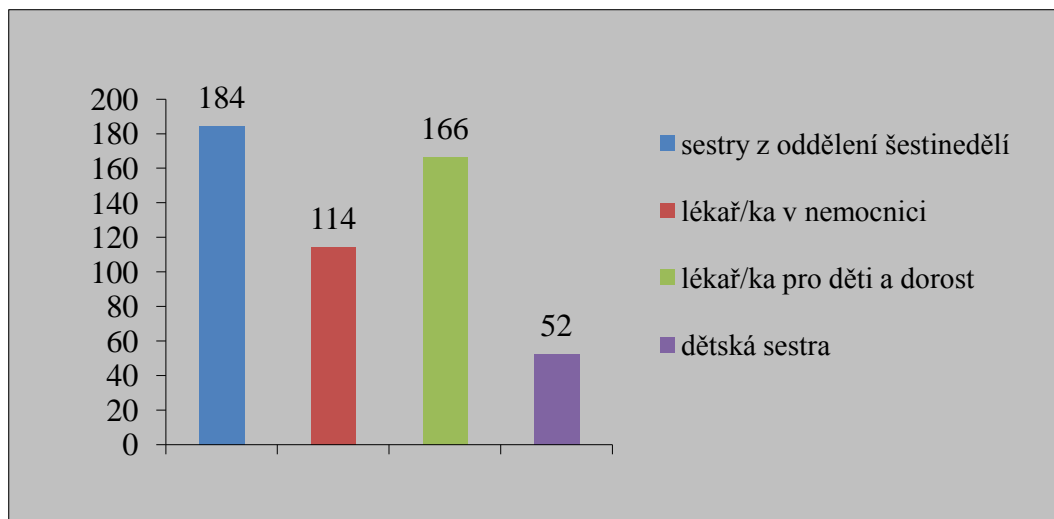
**Graf 9 Představa respondentek o pojmu hygiena u novorozence a kojence (počet odpovědí 1240)**



Zdroj: vlastní výzkum

Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech vzhledem k tomu, že respondentky uváděly více představ o pojmu hygiena. Vyhodnoceno bylo celkem 1240 odpovědí.

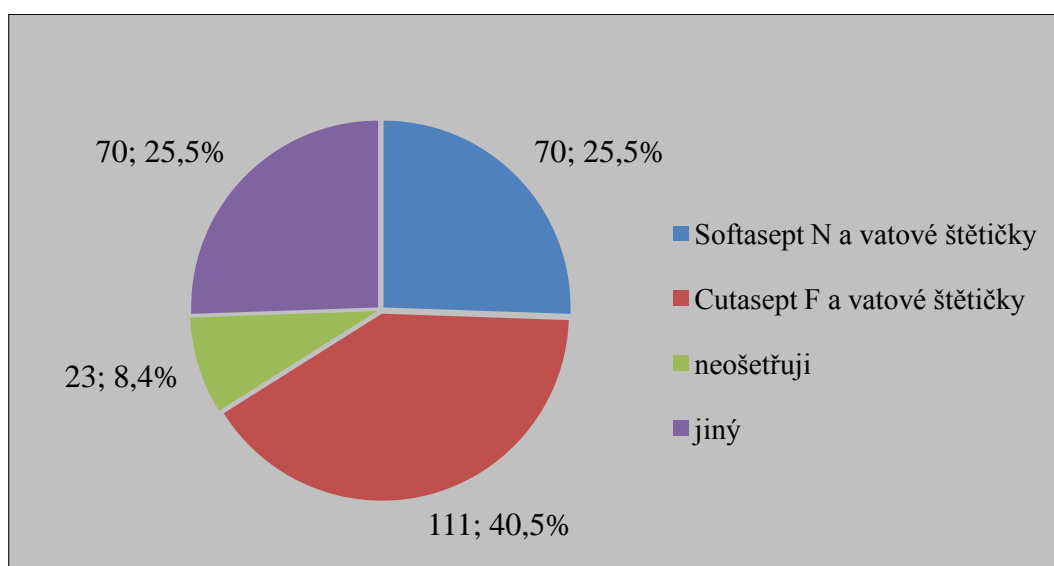
**Graf 10 Instruktaž týkající se ošetřování pupeční jizvy respondentkami (počet odpovědí 516)**



Zdroj: vlastní výzkum

Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech vzhledem k tomu, že respondentky mohly označit více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 516 odpovědí.

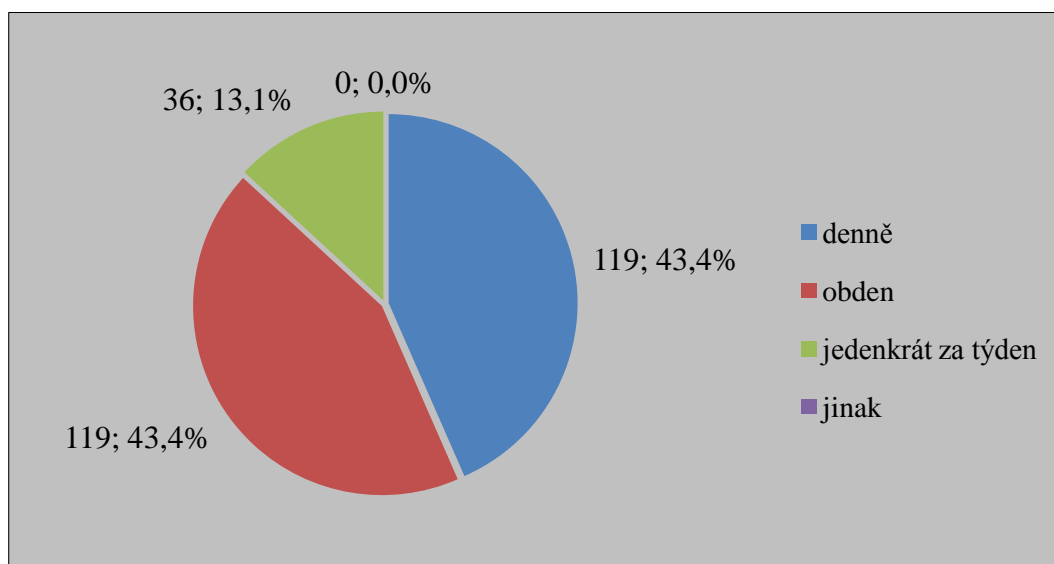
**Graf 11 Způsob ošetření pupeční jizvy respondentkami (počet 274)**



Zdroj: vlastní výzkum

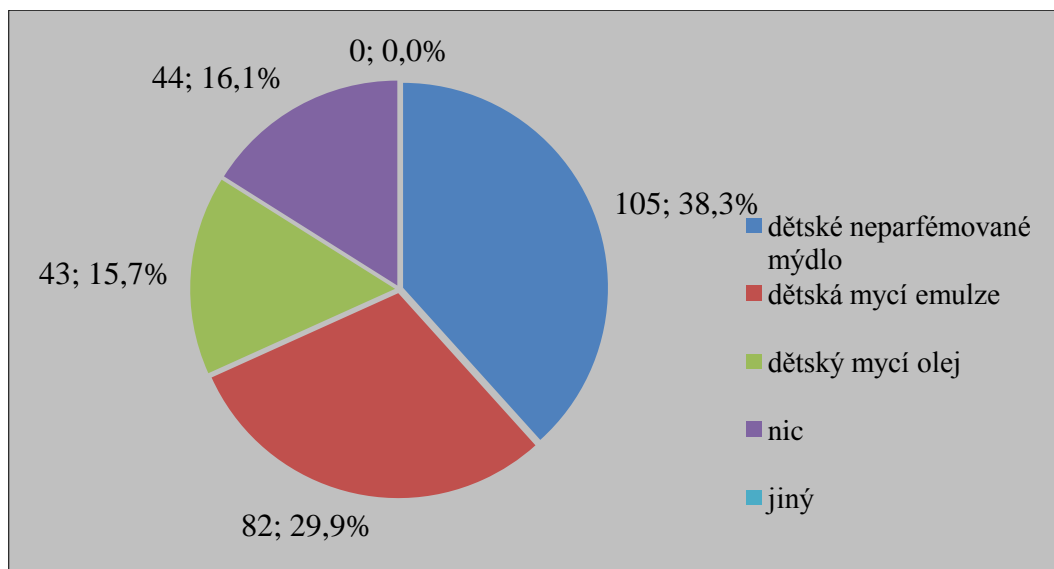
Pod možností jiný 65 matek ošetřuje pupeční jizvu 60 % lihem, 2 matky borovou vodou a 3 respondentky dezinfekcí Betadine s framykoinovým zásypem.

**Graf 12 Frekvence koupele u novorozence a kojence (počet 274)**



Zdroj: vlastní výzkum

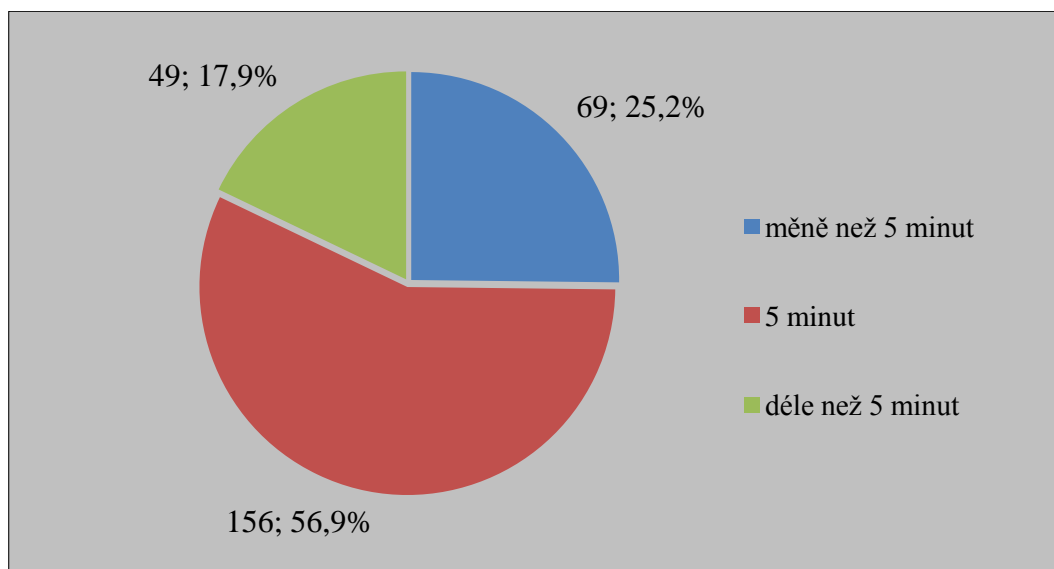
**Graf 13 Respondentkami používaný prostředek ke koupeli novorozence a kojence (počet 274)**



Zdroj: vlastní výzkum

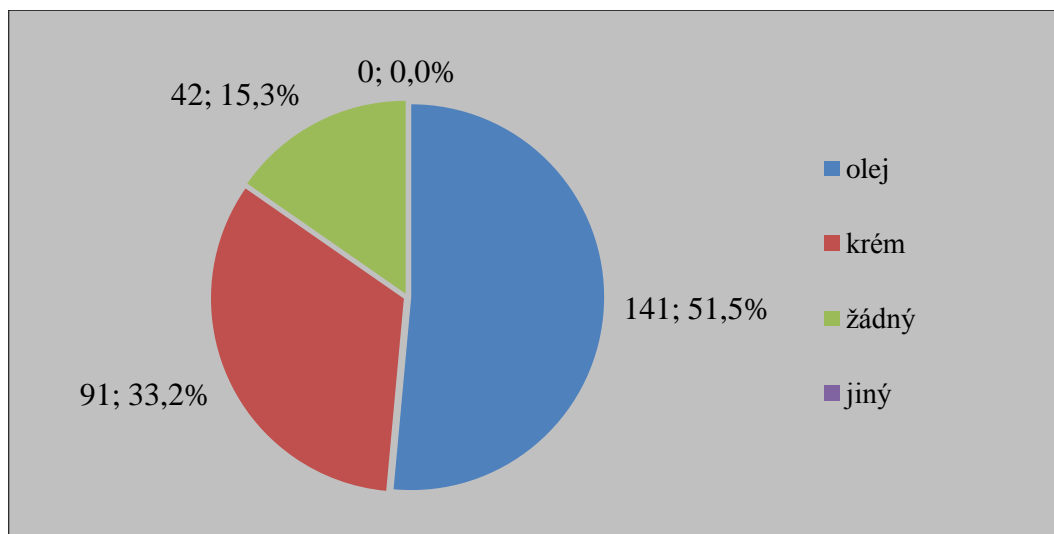
Možnost jiného prostředku ke koupeli respondentky neuváděly.

**Graf 14 Délka prováděné koupele novorozence, kojence respondentkami (počet 274)**



Zdroj: vlastní výzkum

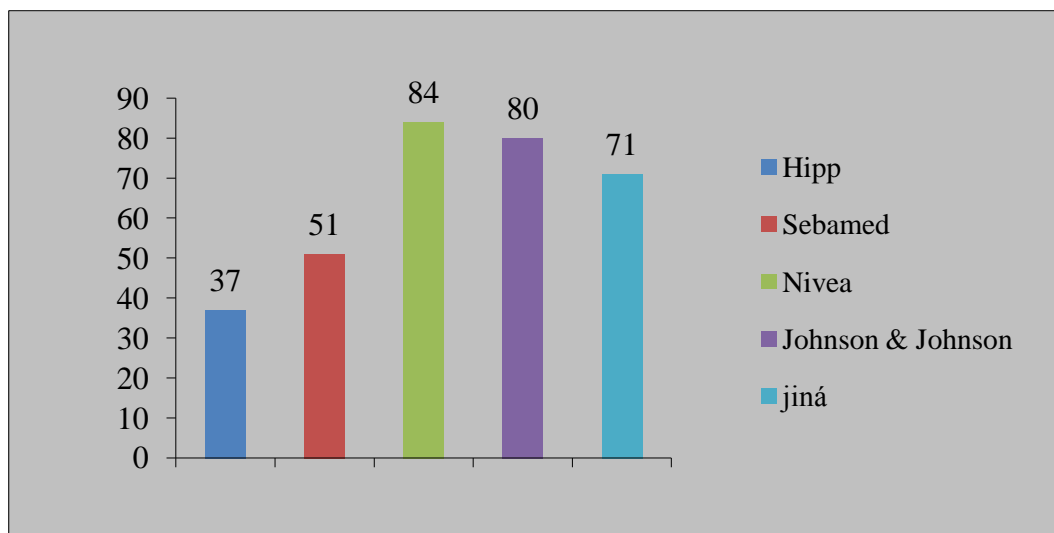
**Graf 15 Respondentkami používaný druh prostředku po koupeli novorozence, kojence (počet 274)**



Zdroj: vlastní výzkum

Možnost jiného druhu prostředku respondentky neuváděly.

**Graf 16 Respondentkami používaná značka kosmetiky (počet odpovědí 323)**

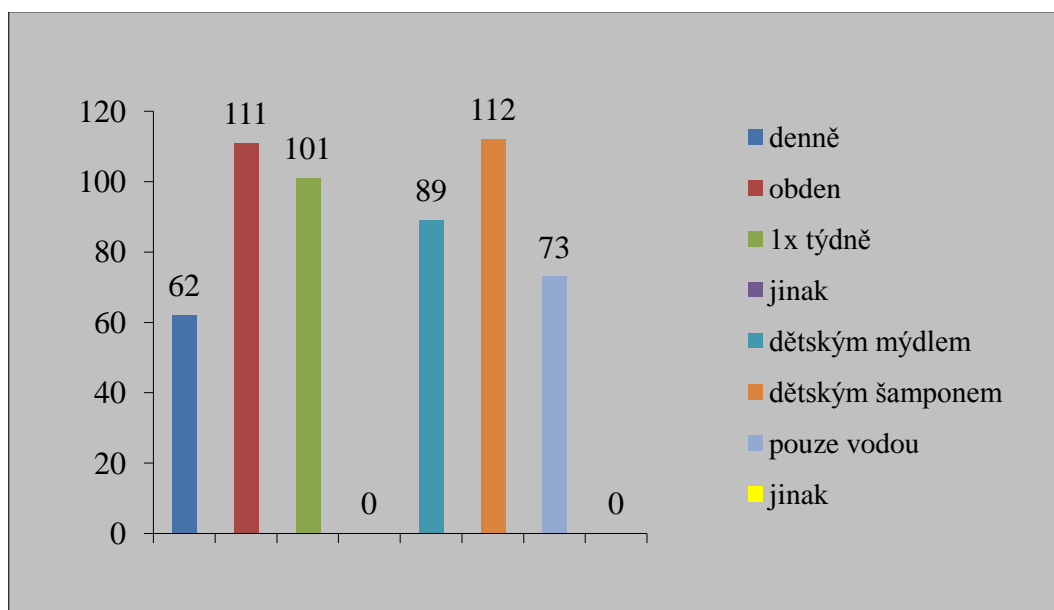


Zdroj: vlastní výzkum

Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech vzhledem k tomu, že respondentky označily více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 323 odpovědí. Pod možností jiná 13

matek uvedlo, že používá Aviril, 16 Weledu, 20 Bio kosmetiku, 4 Astrid, 7 Linolu a 11 respondentek nepoužívá žádnou značku kosmetiky.

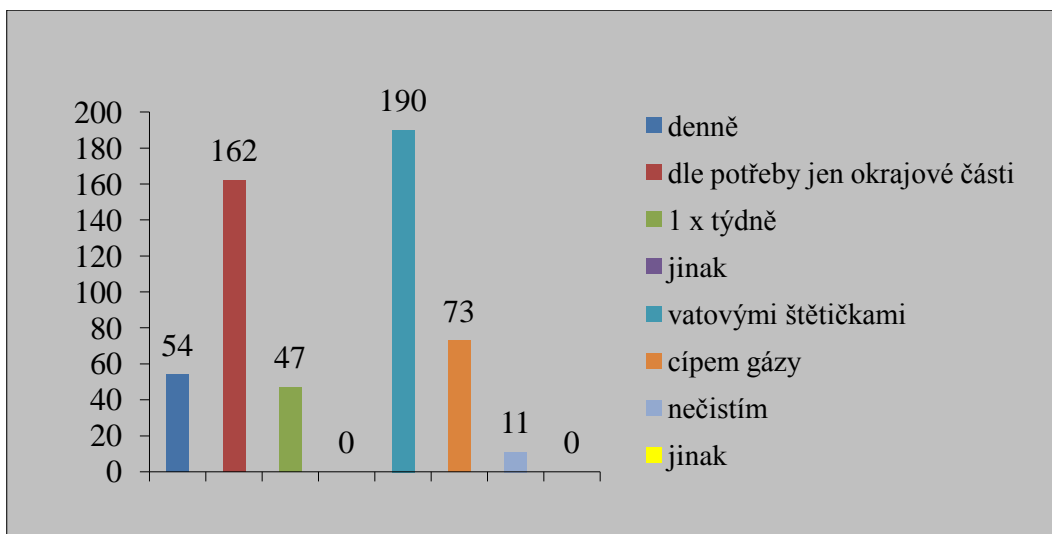
**Graf 17 Frekvence a způsob mytí vlasů u novorozence, kojence respondentkami (počet 274)**



Zdroj: vlastní výzkum

První část grafu znázorňuje frekvenci mytí vlasů u novorozence a kojence. Druhá část grafu pak zobrazuje způsob mytí vlasů. Jiné možnosti frekvence a způsobu mytí vlasů respondentky neuváděly.

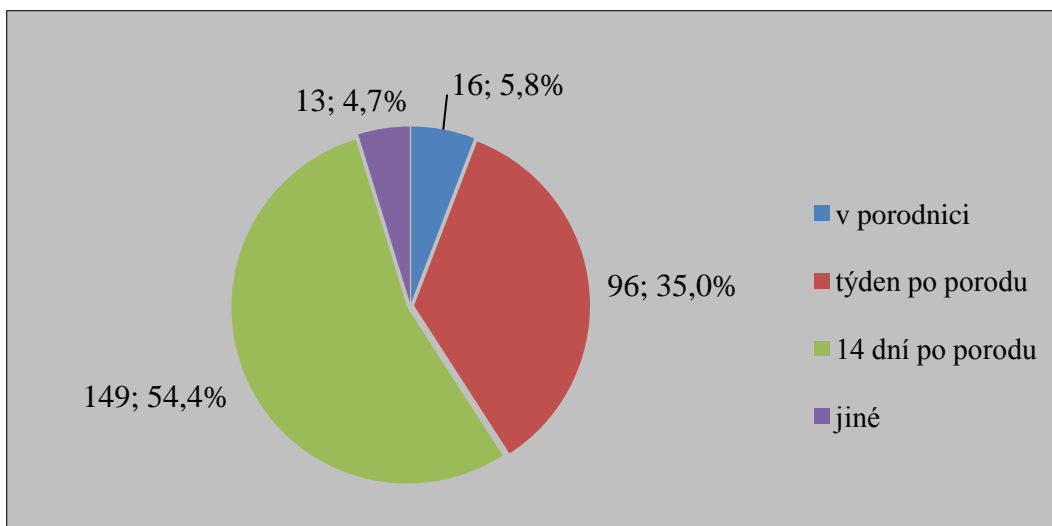
**Graf 18 Frekvence a způsob čištění zvukovodů u novorozence, kojence respondentkami (počet 274)**



Zdroj: vlastní výzkum

První část grafu znázorňuje frekvenci čištění zvukovodů u novorozence a kojence. Druhá část grafu pak zobrazuje způsob čištění zvukovodů. Jiné možnosti frekvence a způsobu čištění uší respondentky neuváděly.

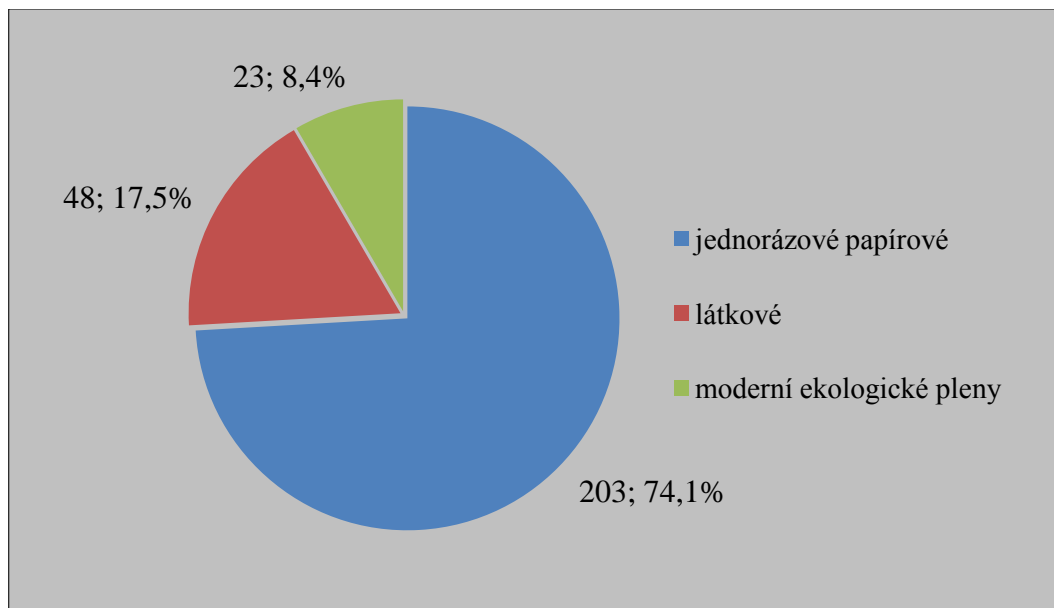
**Graf 19 Začátek stříhání nehtů u novorozence respondentkami (počet 274)**



Zdroj: vlastní výzkum

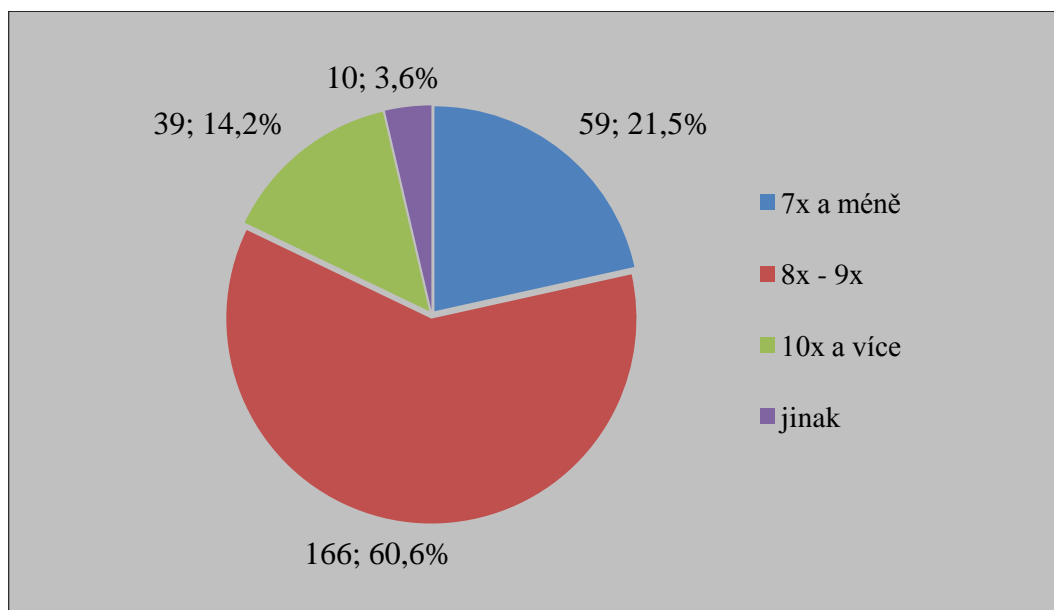
Pod možností jiné 10 matek začalo stříhat nehty po měsíci a 3 matky uvedly, že začaly stříhat nehty dle potřeby.

**Graf 20 Typ používaných plen respondentkami (počet 274)**



Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 21 Počet přebalení novorozence, kojence za den respondentkami (počet 274)**

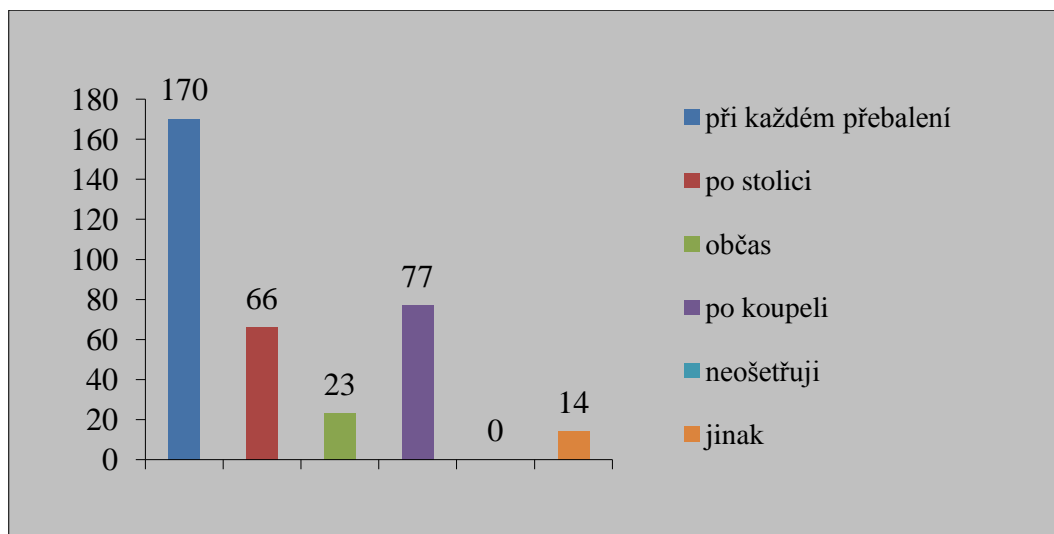


Zdroj: vlastní výzkum

Pod možností jinak 10 matek uvedlo, že přebaluje dle potřeby.



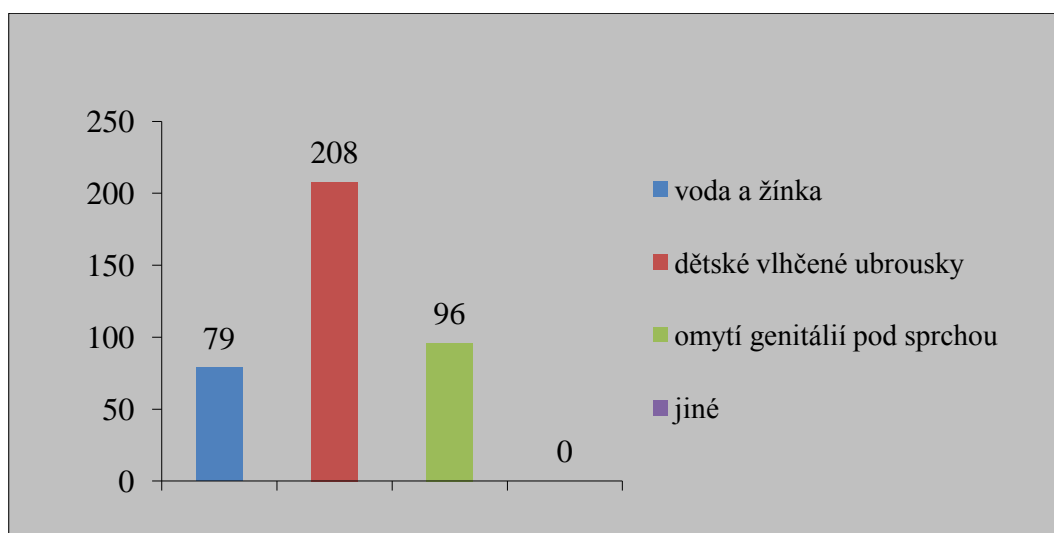
**Graf 22 Frekvence ošetřování perigenitální krajiny respondentkami (počet odpovědí 350)**



Zdroj: vlastní výzkum

Hodnoty jsou vyjádřeny v absolutních číslech vzhledem k tomu, že respondentky uváděly více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 350 odpovědí. Pod možností jinak 3 matky ošetřují perigenitální krajinu při zarudnutí pokožky a 11 matek tuto oblast ošetřuje dle potřeby.

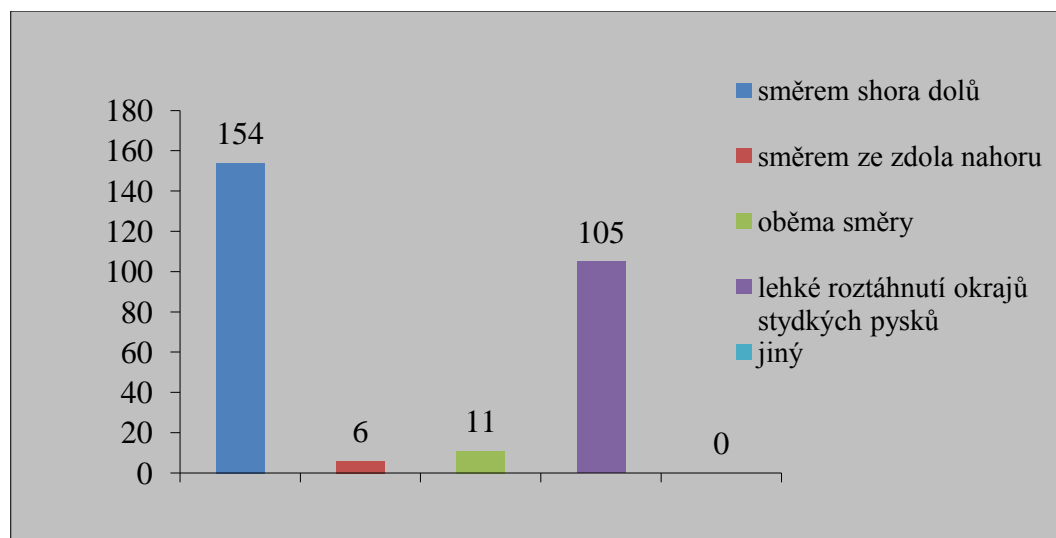
**Graf 23 Způsob očištění kůže od zbytků moči a stolice respondentkami (počet odpovědí 383)**



Zdroj: vlastní výzkum

Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech vzhledem k tomu, že respondentky mohly označit více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 383 odpovědí. Jiné způsoby očištění kůže respondentky neuváděly.

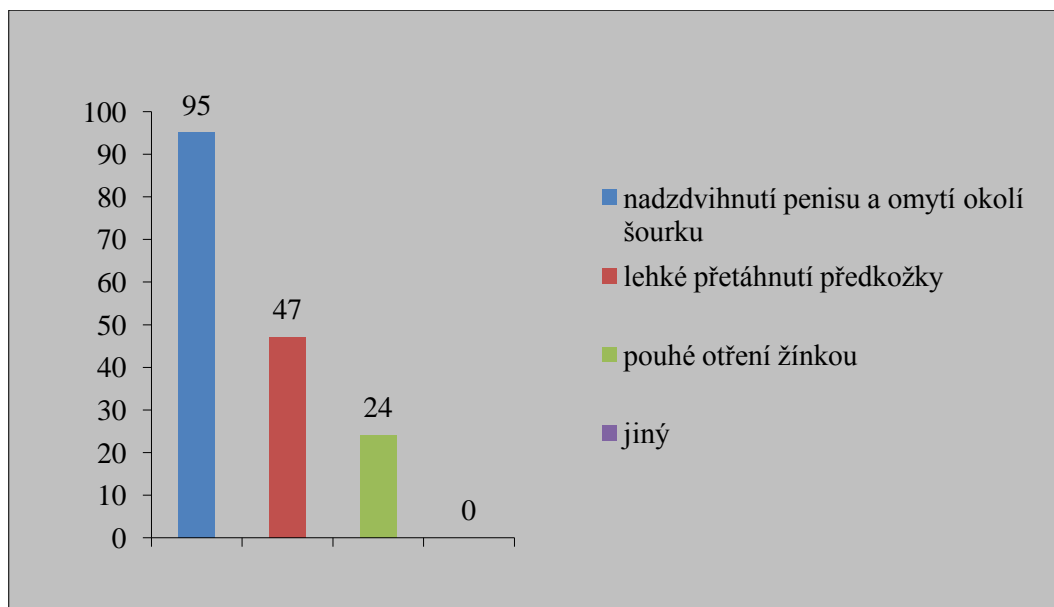
**Graf 24 Způsob provádění hygieny o dívčí genitál respondentkami (počet odpovědí 276)**



Zdroj: vlastní výzkum

Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech vzhledem k tomu, že matky mohly označit více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 276 odpovědí. Jiný způsob provádění hygieny respondentky neuváděly.

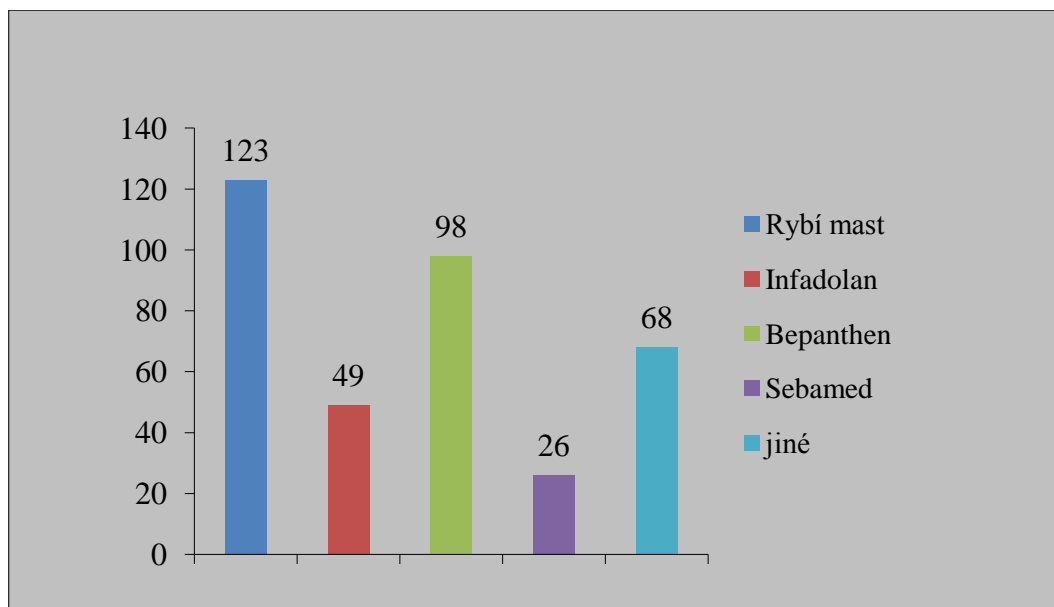
**Graf 25 Způsob provádění hygieny o chlapecký genitál respondentkami (počet odpovědí 166)**



Zdroj: vlastní výzkum

Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech vzhledem k tomu, že respondentky mohly označit více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 166 odpovědí. Jiný způsob provádění hygieny respondentky neuváděly.

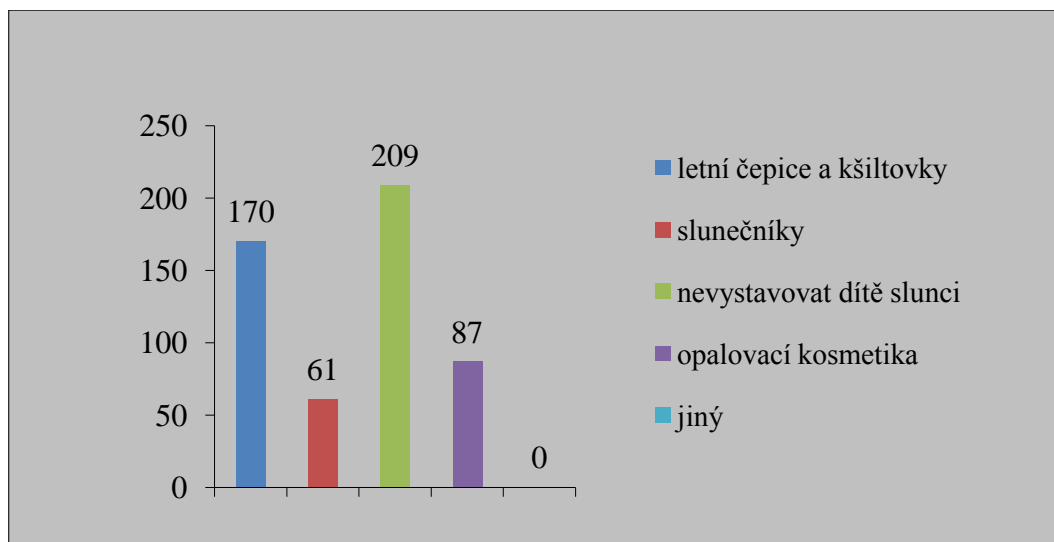
**Graf 26 Respondentkami používané prostředky k ošetření pokožky po přebalení novorozence, kojence (počet odpovědí 364)**



Zdroj: vlastní výzkum

Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech vzhledem k tomu, že respondentky mohly označit více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 364 odpovědí. Pod možností jiné 32 matek uvedlo Sudocrem, 2 Aviril, 9 Niveu, 8 Johnson & Johnson, 2 Indulonu a 15 matek používá Synderman.

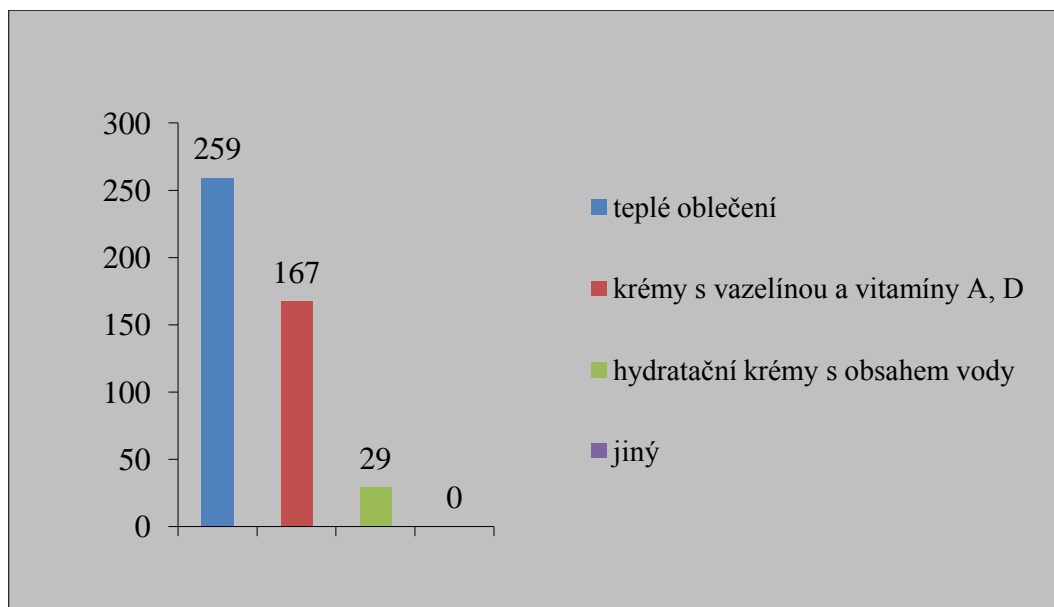
**Graf 27 Způsob, kterým respondentky chrání pokožku novorozence, kojence před slunečním zářením (počet odpovědí 527)**



Zdroj: vlastní výzkum

Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech vzhledem k tomu, že respondentky mohly označit více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 527 odpovědí. Jiný způsob ochrany pokožky před slunečním zářením respondentky neuváděly.

**Graf 28 Způsob, kterým respondentky chrání pokožku novorozence, kojence před chladem venku (počet odpovědí 455)**



Zdroj: vlastní výzkum

Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech vzhledem k tomu, že respondentky mohly volit více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 455 odpovědí. Jiný způsob ochrany pokožky před chladem venku respondentky neuváděly.

**Statistické zhodnocení výsledků v plzeňském a jihočeském kraji (statisticky významné jsou výsledky v otázkách č. 9, 11, 22, 26)**

**Tabulka 1 Představa respondentek o pojmu hygiena u novorozence a kojence**

odpovědi	četnosti		procenta	
	plzeňský kraj	jihočeský kraj	plzeňský kraj	jihočeský kraj
1. celková koupel	137	128	21%	22%
2. přebalování	110	124	17%	21%
3. mazání pokožky	62	71	9%	12%
4. čištění uší	75	67	11%	12%
<b>5. mytí rukou</b>	<b>67</b>	<b>13</b>	<b>10%</b>	<b>2%</b>
6. stříhání nehtů	56	60	8%	10%
7. mytí vlasů	61	49	9%	8%
8. čisté oblečení	20	9	3%	2%
9. ošetření pupíku	41	35	6%	6%
10. čištění nosu	31	24	5%	4%
celkem	660	580	100%	100%

V otázce č. 9 si pod pojmem hygiena u novorozence a kojence představí mytí rukou 67 (10 %) respondentek z plzeňského kraje a 13 (2 %) respondentek z jihočeského kraje. Ze všech uvedených odpovědí je tato statisticky významně odlišná. Dosažená hladina významnosti je 0,001 ( $p = 0,1$  %).

**Tabulka 2 Způsob ošetření pupeční jizvy respondentkami**

Odpovědi	četnosti		procenta	
	plzeňský kraj	jihočeský kraj	plzeňský kraj	jihočeský kraj
<b>1. Softasept N a vatové štětičky</b>	<b>65</b>	<b>5</b>	<b>47%</b>	<b>4%</b>
2. Cutasept F a vatové štětičky	2	109	1%	80%
3. neošetřuji	8	15	6%	11%
4. jiný	63	7	46%	5%
Celkem	138	136	100%	100%

Otázka č. 11 ukazuje, že pupeční jizvu ošetřuje dezinfekcí Softasept N a vatovými štětičkami 65 (47 %) respondentek z plzeňského kraje a 5 (4 %) respondentek z jihočeského kraje. Ze všech uvedených odpovědí je tato statisticky významně odlišná. Dosažená hladina významnosti je 0,001 ( $p = 0,1 \%$ ).



**Tabulka 3 Frekvence ošetřování perigenitální krajiny respondentkami**

odpovědi	četnosti		procenta	
	plzeňský kraj	jihočeský kraj	plzeňský kraj	jihočeský kraj
<b>1. při každém přebalení</b>	<b>69</b>	<b>101</b>	<b>42%</b>	<b>54%</b>
2. po stolici	44	22	27%	11%
3. občas	18	5	11%	3%
4. po koupeli	25	52	16%	28%
5. neošetřuji	0	0	0%	0%
6. jinak	7	7	4%	4%
celkem	163	187	100%	100%

Otázka č. 22 znázorňuje, že perigenitální krajinu ošetřuje u novorozence a kojence při každém přebalení 69 (42 %) respondentek z plzeňského kraje a 101 (54 %) respondentek z jihočeského kraje. Ze všech uvedených odpovědí je tato statisticky významně odlišná. Dosažená hladina významnosti je 0,01 ( $p = 1 \%$ ).

**Tabulka 4 Respondentkami používané prostředky k ošetření pokožky po přebalení novorozence, kojence**

odpovědi	četnosti		procenta	
	plzeňský kraj	jihočeský kraj	plzeňský kraj	jihočeský kraj
Rybí mast	69	54	38%	29%
<b>Infadolan</b>	<b>39</b>	<b>10</b>	<b>22%</b>	<b>5%</b>
Bepanthen	45	53	25%	29%
Sebamed	12	14	7%	8%
jiné	15	53	8%	29%
celkem	180	184	100%	100%

Otázka č. 26 znázorňuje, že Infadolan k ošetření pokožky po přebalení novorozence, kojence používá 39 (22 %) matek z plzeňského kraje a 10 (5 %) matek z jihočeského kraje. Ze všech uvedených odpovědí je tato statisticky významně odlišná. Dosažená hladina významnosti je 0,01 ( $p = 1 \%$ ).

## 5. Diskuse

V diskusi hodnotíme výsledky výzkumného šetření získané technikou dotazníku. Dotazníky byly rozdány v jihočeském a plzeňském kraji. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjišťování úrovně znalostí matek a jejich využití v péči o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí. Před zahájením výzkumného šetření jsme se obávali, zda seženeme stanovený počet respondentek. Po oslovení praktických lékařů pro děti a dorost jsme byli potěšeni jejich ochotou a aktivní spoluúčastí na výzkumném šetření. Podařilo se nám tak rozdat 300 dotazníků. Na základě 91 % návratnosti byl soubor tvořen 274 respondenty. Dotazníkem jsme oslovovali matky, neboť ony jsou primárně edukovány v porodnici o tom, jak správně pečovat o dětskou pokožku. Pokud ale doma pečuje o novorozence nebo kojence otec, mohl dotazník vyplnit za matku.

U výzkumného souboru nás zajímal věk matek a počet porodů, jelikož jsme se domnívali, že tyto údaje ovlivní úroveň znalostí matek týkající se péče o kůži novorozence a kojence. Z výsledků vyplývá, že nejčastěji v 91 (33,2 %) případech odpovídala matka ve věku 26 – 30 let (graf 1) a nejvíce respondentek 124 (45,3 %) rodilo dvakrát (graf 2). Při zpracování výsledků jsme zaznamenali, že prvorodičky mají větší obavy ze zvládnutí správné péče o dětskou pokožku a více se zajímají o tuto problematiku, oproti ženám, které rodily vícekrát. Lze to ozřejmit tím, že nemají teoretické znalosti propojené s praktickými zkušenostmi z předchozího těhotenství.

První hypotézu: „**Matky mají dostatek informací týkající se ošetřování kůže novorozence a kojence v domácím prostředí**“, jsme si ověřovali následujícími otázkami. Na začátku výzkumného šetření nás zajímalo, kde matky získaly informace týkající se péče o kůži novorozence a kojence. Výsledky jsou prezentovány v grafu 3 a ukazují četnosti odpovědí. Více než polovina matek, 161 z celkového počtu 274, získala tyto informace v ordinaci dětského lékaře. Tento výsledek nás potěšil, neboť znázorňuje, že více než polovina matek získala informace přímo v ordinaci dětského lékaře. Z tohoto zjištění lze usuzovat, že v dnešní uspěchané době je pro matky lepší ústní podání informací sestrou nebo lékařem. Dobré je tyto informace doplnit názornou ukázkou. Dalším argumentem pro upřednostnění získání informací v ordinaci dětského lékaře může být vlastní zkušenost lékaře s péčí o dětskou pokožku a důvěra matky v něj

nebo sestru. U respondentek bylo dále zjišťováno, kolik zdrojů ohledně péče o kůži novorozence a kojence prostudovaly (graf 4). Více než polovina matek 153 (55,8 %) uvedla tři až pět zdrojů. Toto číslo poukazuje na to, že většina matek se připravuje na příchod svého dítěte velice zodpovědně. Záleží zejména na matce, kolik zdrojů potřebuje prostudovat, aby získala vnitřní pocit spokojenosti a připravenosti pečovat o pokožku novorozence.

Zda se matky domnívají, v jakém rozsahu mají teoretické znalosti a v jaké míře ovládají praktické dovednosti týkající se péče o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí, jsme ověřovali v otázce č. 5. Necelá polovina 134 (48,9 %) respondentek se domnívá, že má spíše teoretické znalosti a ovládá praktické dovednosti týkající se péče o kůži novorozence a kojence. Pouhých 16 (5,8 %) matek uvedlo, že spíše nemá tyto znalosti a dovednosti, za nedostatečné považují své znalosti a dovednosti 2 (0,7 %) matky pocházející z plzeňského kraje. Tyto odpovědi jsou podle nás velice subjektivní, záleží na každé matce, jak je schopna vnímat a posuzovat své znalosti a dovednosti. Také nás zajímalo, zda informace, které matky získají, využívají dále i v praxi (graf 6). Opět dle subjektivního názoru matek můžeme usuzovat, že většina 174 (63,5 %) respondentek prakticky využívá získané informace týkající se péče o kůži novorozence a kojence.

Při mapování informovanosti matek jsme se jich také ptali, zda postrádaly nějaké informace týkající se problematiky péče o kůži novorozence a kojence. Výsledky jsou prezentovány v grafu 7 a ukazují četnosti odpovědí. Domníváme se, že je vhodné upozornit na některé chybějící informace ze strany respondentek. Nejvíce matek (98) uvedlo, že postrádaly informace týkající se péče o genitál, o něco méně (91) matek pak postrádalo informace týkající se stříhání nehtů. Z celkového počtu 274 pouze 56 respondentek nepostrádalo žádné informace. Překvapilo nás, že matky v dnešní době postrádají informace, přestože na trhu je k dostání mnoho odborných publikací a časopisů určených právě jim. Rodiče mohou také kdykoli požádat o radu sestru nebo praktického lékaře pro děti a dorost, kteří jim určitě rádi pomohou. V neposlední řadě lze hodně informací vyhledat pomocí internetových stránek pro matky, kde si prostřednictvím diskusního fóra mohou navzájem vyměňovat rady a zkušenosti.

Na základě této otázky jsme u matek dále zjišťovali, v jaké formě by chtěly získávat informace, aby pro ně byly snadno dostupné. Výsledky jsou znázorněny v grafu 8 jako četnosti odpovědí. Nejvíce matek (202) by uvítalo informace prostřednictvím sester z oddělení šestinedělí. Zajímavé je, že když jsme se matek v otázce 3 tázali, kde získaly informace, pouze 17 odpovědělo v porodnici. Jelikož tato odpověď nebyla v nabízených možnostech přímo vypsána, domníváme se, že informace podané sestrami z oddělení šestinedělí, zapoměly matky v dotazníku uvést. Také to mohlo být zaviněno tím, že matky po porodu bývají unavené a mají spoustu nových zážitků, což má za následek, že nestačí větší množství informací od dětských sester vstřebat. Z vlastní zkušenosti z praxe vím, že matky na novorozeneckém oddělení jsou proto informovány postupně. Každý den je dětská sestra informuje o tom, co se bude s miminkem dělat, názorně jim ukáže, jak správně pečovat o pokožku a zodpoví případné dotazy. Ve svém názoru se shodují i s Kálalovou (2008), která ve svém výzkumném šetření v bakalářské práci Očekávání matek hospitalizovaných na oddělení šestinedělí v oblasti péče o novorozence zjistila, že spokojenost matek s názornou ukázkou hygieny v českobudějovické nemocnici činí 96 % ze 100 dotazovaných a dále 93 % matek uvedlo, že byly poučeny o ošetřování kůže. Tato čísla poukazují na dobrou informovanost matek dětskou sestrou na oddělení šestinedělí. Také Sedlářová (2008) uvádí, že matka se musí naučit veškerou péči o dítě na novorozeneckém oddělení. Dále by sestra měla zjistit, zda matka čeká první dítě a edukaci tomu přizpůsobit.

V další otázce jsme se respondentek ptali, co si představí pod pojmem hygiena u novorozence a kojence. Tato otázka byla otevřená, a proto matky uvedly i několik odpovědí. Nejvíce matek (265) si pod pojmem hygiena představí celkovou koupel dítěte, přebalování si představí 234 matek. Objevily se zde i odpovědi jako čištění uší, mazání pokožky, stříhání nehtů, mytí vlasů, mytí rukou, ošetření pupku, čištění nosu a čisté oblečení. Tyto odpovědi nebyly zastoupeny v tak vysokém počtu jako celková koupel a přebalování. Z našeho šetření vyplývá, že statisticky významně odlišná je odpověď mytí rukou (tabulka 1), kdy dosažená hladina významnosti činí 0,001 ( $p = 0,1 \%$ ). V plzeňském kraji označilo mytí rukou 67 (10 %) matek a v jihočeském kraji pouze 13 (2 %) matek z 274 (100 %) dotazovaných. Očekávali jsme, že se matky k

této otázce více rozepíše a všechny odpovědi budou v grafu znázorněny na stejné úrovni. Jako Sedlářová (2008), která pod pojmem péče o hygienu uvádí přebalování, péči o vlasy, oči, nos, nehty, péči o genitál, oblékání dítěte, ochranu pokožky před mrazem a slunečním zářením.

Druhou hypotézu: „**Matky správně využívají získané informace týkající se péče o kůži novorozence a kojence**“, jsme si ověřovali následujícími otázkami. Na začátku nás zajímalo, kdo matky instruoval ohledně ošetřování pupeční jizvy. Výsledky jsou prezentovány v grafu 10 jako četnosti odpovědí. Nejvíce matek (184) označilo dětské sestry z oddělení šestinedělí. Také Kálalová (2008) ve své bakalářské práci uvádí, že většina matek (95 %) ze 100 dotazovaných v českobudějovické nemocnici, bylo poučeno o ošetřování pupečního pahýlu sestrou z oddělení šestinedělí. Výsledek je pro nás potěšující, neboť dokládá, že většina matek byla edukována přímo sestrou.

U výzkumného souboru matek jsme pátrali po tom, jakým způsobem ošetřují pupeční jizvu (graf 11). Nejvíce dotazovaných matek (111, tj. 40,5 %) ošetřuje pupeční jizvu dezinfekcí Cutasept F a vatovými štětičkami. Naše výsledky poukazují na statisticky významně odlišnou odpověď Softasept N (tabulka 2), kde dosažená hladina významnosti je 0,001 ( $p = 0,1 \%$ ). V plzeňském kraji používá tuto dezinfekci 65 (47 %) matek a v jihočeském kraji pouze 5 (4 %) matek z 274 (100 %) dotazovaných. Existují tedy dvě formy dezinfekce. V plzeňském kraji používají matky spíše Softasept N a v jihočeském kraji Cutasept F. Jak u Softaseptu N i Cutaseptu F se jedná o alkoholový dezinfekční prostředek na kůži s okamžitým účinkem, který je vhodný zejména pro alergiky a děti. Vysoká rozdílnost v použití typu dezinfekce je dána pouze zvyklostí porodnice, která svůj osvědčený přípravek doporučí i matce. Také Malá, Straňák (2004) uvádí, že se pupeční pahýl dezinfikuje dle zvyklostí oddělení nejčastěji lihem nebo Cutaseptem. Fendrychová (2009) dodává, že líh sice způsobí rychlejší mumifikaci povrchových vrstev pahýlu, ale brání vysychání hlubších vrstev. Používá se tedy pouze k sušení a dezinfekci jizvy. McConnell (2004) ve svém článku uvádí, že ve Spojených státech se zánět pupečního pahýlu vyskytuje vzácně, lze předpokládat, že vzácný výskyt souvisí s mytím rukou, standardními preventivními opatřeními, znalostmi přenosu a ošetřováním pupečního pahýlu dezinfekcí.

Zajímavým výsledkem pro nás bylo, že 119 (43,4 %) matek koupe novorozence a kojence denně a stejný počet 119 (43,4 %) matek provádí koupel obden (graf 12). Při porovnávání výsledků jsme zjistili, že v plzeňském kraji koupe dítě obden 72 matek a denně 46 matek, v jihočeském kraji koupe dítě obden 47 matek a denně 75 matek. Frekvence koupání zůstává stále diskutabilní otázkou. Kolářová, Koliba (2009); Velemínský (2007) považují večerní koupání spíše za rituální záležitost, kdy kontakt s rodičem při umývání napomáhá zklidnit a připravit dítě ke spánku. Také Polášková (2005) se domnívá, že koupel utužuje vzájemné vztahy a navozuje rituál klidného usínání. Blume (2012); Fendrychová (2009); Kolářová, Koliba (2009) nedoporučují každodenní koupel s použitím mýdla. Za optimální frekvenci považují koupel obden. Denně stačí omývat pouze obličej, krk, ruce a zejména části těla, kde hrozí zapaření.

Nejčastěji používaným prostředkem ke koupeli novorozence a kojence je dle našich výsledků (graf 13) dětské neparfémované mýdlo, tuto odpověď označilo 105 (38,3 %) respondentek. Po porovnání výsledků šetření mezi kraji jsme zjistili, že v plzeňském kraji používá dětské neparfémované mýdlo 68 matek. V jihočeském kraji používá neparfémované mýdlo pouze 37 dotázaných matek, v tomto kraji většinou přidávají do koupele dětské mycí emulze. Celkově vzato se získané výsledky shodují s Fernandesem (2011); Kolářovou, Kolibou (2009); Velemínským (2007), kteří ke koupeli novorozence a kojence doporučují neparfémované dětské mýdlo. Toto mýdlo díky obsahu glycerínu zabraňuje nadměrnému odpařování vody z pokožky. Kolářová, Koliba (2009); Fernandes (2011) dodávají, že mycí emulze se do koupele přidávají jako prevence vysušování pokožky, pravidelně pak u dětí s konstitučně suchou pokožkou. Také Blume (2012); Fendrychová (2009) ve svých publikacích doporučují pro koupel novorozence vhodné speciální dětské mýdlo s neutrálním pH nebo dětské koupele bez mýdla, eventuálně s přídavkem oleje. Zabrání se tak nadměrnému vysušování kůže. Dávají však přednost prostředkům bez konzervačních látek. Velemínský (2007) upřednostňuje spíše dětské neparfémované mýdlo v tekuté formě před pěnamy do koupele.

Dotazovali jsme se také matek, jak dlouho provádí koupel novorozence a kojence (graf 14). Více jak polovina matek (156, tj. 56,9 %) odpovědělo 5 minut.

Polášková (2005) ve svém článku uvádí, že u dětí bez rizika a starších kojenců je možné provádět koupel za určitých podmínek a právě jednou z těchto podmínek je, že doba koupele nemá přesáhnout 5 minut. Dále ještě upozorňuje na to, že vyšší obsah chloru ve vodě, časté používání mýdel a dlouhodobý kontakt s vodou pokožku odmašťují, přesušují a tím snižují její obranyschopnost. Také Sarkar (2010); Fernandes (2011) korespondují s Poláškovou, že koupel by neměla trvat déle než 5 minut. Kolářová, Koliba (2009) s naším výsledkem souhlasí, ale dodávají, že u starších dětí může koupel trvat 10-15 minut. Velemínský (2007) se domnívá, že by se koupel neměla uspěchat, protože jakákoliv netrpělivost negativně ovlivňuje náladu dítěte a eventuálně i jeho spánek.

Další otázkou jsme zjišťovali, jaký druh prostředku matky používají po koupeli dítěte (graf 15). Jako nejčastěji používaný prostředek byl označen dětský olej, a to konkrétně ve 141 (51,5 %) případech. Podle Fendrychové (2009) by se dětské oleje nebo krémy měly používat pouze v indikovaných případech, kdy je třeba podpořit dozrávání povrchové vrstvy kůže u nezralých novorozenců, nebo ošetřit suchou a olupující se kůži. Nanášet by se měly spíše minerální oleje, neboť rostlinné rychleji žluknou. Polášková (2005) ve svém článku píše, že je zcela individuální, zda používat olej nebo krém. Je však třeba myslet na to, že v letním období nebo při více vrstvách oblečení může ošetření kůže olejem vyvolat potničky. Fendrychová (2009); Kolářová, Koliba (2009); Velemínský (2007) přesto zastávají názor, že není nutné dětskou pokožku potírat dětským olejem, krémem nebo pleťovým mlékem, protože mazové i potní žlázy fungují krátce po narození a jejich sekrece vytváří na povrchu epidermis ochranný film, který kůži zvláčňuje a chrání. Brání vysychání a pronikání mikroorganismů dovnitř pokožky. Zastáváme názor, že méně znamená mnohdy více. V současné době, kdy přibývá dětí s alergiemi i na různé kosmetické přípravky, je lepší začít používat dětskou kosmetiku později. Tím snížíme pravděpodobnost vzniku kožních alergií.

Respondentek jsme se dále tázali, jakou značku kosmetiky používají. Výsledky jsou znázorněny v grafu 16 a ukazují četnosti odpovědí. V největším počtu (84) byla zastoupena kosmetika značky Nivea. Dále matky uváděly kosmetiku značky Johnson &



Johnson, Sebamed, Hipp, Aviril, Weleda, Bio kosmetika, Astrid a Linola. Z celkového počtu 274 respondentek nepoužívá kosmetiku 11 matek k ošetření pokožky dítěte po koupeli. Odpovědi považujeme za správné, neboť všechny zmiňované značky jsou vyráběné speciálně pro děti. Výhradně dětské kosmetické přípravky doporučuje maminkám i Švejcar (2009) s Velemínským (2007). Dle našeho názoru existuje na trhu široká nabídka dětských kosmetických přípravků a rodiče by měli zvolit takovou značku kosmetiky, která bude vyhovovat jejich dítěti. Náš názor koresponduje s Kolářovou a Kolibou (2009), kteří matkám doporučují používat osvědčenou kosmetiku bez zbytečného experimentování.

V následující otázce nás zajímalo, jak často a jakým způsobem matky myjí novorozenci a kojenci vlasy (graf 17). V první části grafu je znázorněna frekvence mytí, kde 111 matek uvedlo, že myjí vlasy obden. Druhá část grafu zobrazuje, že 112 respondentek myje vlasy dětským šamponem. Domníváme se tedy, že je vhodné upozornit na nedostatky v informovanosti matek o zkoumané problematice. Polášková (2006); Sedlářová (2008); Švejcar (2009) doporučují v prvním roce omezit mytí vlasů šampony na minimum. Vlasy stačí oplachovat pouze vodou. Šampon by se měl používat jednou za týden až dva týdny, jelikož vlasy dítěte jsou jemné a nemastí se.

Způsoby a frekvence péče o zvukovody znázorňuje graf 18. V jeho první části je zobrazena frekvence čištění, kdy 162 matek čistí zvukovody dle potřeby a jen okrajové části. Druhá část grafu znázorňuje, že 190 matek k čištění zvukovodů používá vatové štětičky. V ohledu frekvence čištění zvukovodů můžeme být spokojeni, jelikož výsledek koresponduje s názorem Sedlářové (2008); Švejcara (2009), kteří doporučují vytírat zvukovody dle potřeby a pouze to, co je vidět, neboť ušní maz spolu s odumřelými šupinami kůže postupují zvukovodem směrem ven z ucha. Dále upozorňují na to, že ušní maz má svůj význam, jelikož chrání hlouběji položené části ucha proti povětrnostním podmínkám. Častým čištěním uší kůže ve zvukovodu vysychá, reaguje svěděním a produkuje daleko více mazu, než kolik je zapotřebí k ochraně. Z výzkumného šetření vyplývá, že k samotnému čištění dětských uší matky nejvíce používají vatové štětičky. Právě tyto štětičky považuje Mydlilová (2005); Sedlářová

(2008) za nevhodné, protože krouživé pohyby zatlačují ušní maz směrem k bubínku a působí tak nefyziologicky. Vhodnější je proto používat tampony nebo cíp gázy.

V rámci hygieny nás také zajímalo, kdy matky začaly novorozenci stříhat nehty (graf 19). Nejvíce dotazovaných (149, tj. 54,4 %) začalo se stříháním 14 dní po porodu. Domníváme se, že tento časový odstup je optimální, protože kůže bývá k nehtu zpočátku přirostlá a nešetrným zacházením hrozí poranění a vznik zánětu. Sedlářová (2008); Švejcar (2009); Velemínský (2007) ve svých publikacích uvádějí, že u novorozenců se začíná se stříháním nehtů co nejpozději, obvykle po propuštění z porodnice a velmi opatrně.

Při dotazování jaké pleny matky používají (graf 20), nejvíce matek (203, tj. 74,1 %) uvedlo pleny jednorázové. Tento výsledek jsme očekávali, neboť v posledních letech nabyly na významu a látkové pleny se téměř vytratily. Záleží na matce, který druh plen si dle svých možností zvolí. Švejcar (2009) poukazuje na výhody a nevýhody zmiňovaných plen. Látkové pleny jsou lacinější, ale péče o ně je pracnější a také hůře absorbují. Jednorázové pleny jsou naopak dražší, ale nemusí se prát a žehlit, takže šetří čas, který matka může věnovat dítěti. Polášková (2005) také upřednostňuje jednorázové pleny, které nasávají moč do spodních vrstev, takže kůže je mokrá jen krátce a rychle uschne. U těchto plen dochází zároveň k separaci moči od stolice. Soukupová Věra, Jiřina Soukupová a Chadimová (2007) propagují moderní pleny (ekologické), které zajišťují suchost, zachycení moči a stolice, rychlé přebalování, neohrožují zdraví dítěte, méně času stráveného s plenami, snadnou manipulaci, ale také příznivou cenu a šetrnost k životnímu prostředí. Všechna tato očekávání mohou splnit moderní pratelné pleny. Doporučený počet moderních kalhotkových plen s nastavitelnou velikostí pro celé přebalovací období se pohybuje mezi 18 – 24 plenami. Velemínský (2007) považuje používání plen za zcela individuální záležitost. Záleží na citlivosti pokožky dítěte, který druh plen bude lépe snášen. Zánět kůže kolem perigenitální krajiny může vyvolat jak plena bavlněná, tak plena k jednomu použití.

Respondentek jsme se také ptali, kolikrát za den přebalují novorozence a kojence za předpokladu, že je zdravý (graf 21). Nejvíce matek (166, tj. 60,6 %) odpovědělo, že přebaluje 8x – 9x denně. Tato frekvence se nám jeví jako optimální,

jelikož pro ochranu citlivé dětské pokožky je důležité časté přebalování, které chrání před agresivním působením moči a stolice. Švejcar (2009) doporučuje dítě v prvních týdnech života přebalovat 7x – 8x denně, neboť v těchto týdnech bývá vyprazdňování intenzivnější. Polášková (2005) dodává, že frekvence výměny plen se s věkem snižuje. Novorozenec močí asi 20x za den a dítě v jednom roce 7x za den, proto u novorozenců doporučuje výměnu plen častěji.

Příjemné bylo zjištění, že 170 matek z celkového počtu 274 ošetřuje perigenitální krajinu ochrannou mastí při každém přebalování. Výsledky jsou prezentovány v grafu 22 jako četnosti odpovědí. Z naše výzkumného šetření vyplývá, že tato odpověď je statisticky významně odlišná (tabulka 3) a dosažená hladina významnosti činí 0,01 ( $p = 1 \%$ ). Vidíme, že v plzeňském kraji ošetřuje perigenitální krajinu při každém přebalování 69 (42 %) matek, oproti tomu v jihočeském kraji je počet vyšší 101 (54 %) matek z 274 (100 %) dotazovaných. Naše výsledky korespondují s Poláškovou (2005), která zastává názor, že ochranné masti by se měly používat při každém přebalení. Kolářová (2010); Velemínský (2007) považují ošetření zdravé pokožky zadečku ochrannou mastí za preventivní opatření před vznikem opruzenin.

Překvapením pro nás bylo, co matky používají k pečlivému očištění kůže od zbytků moči a stolice. Tyto výsledky znázorňuje graf 23 jako četnosti odpovědí. Nejvíce respondentek (208) uvedlo vlhčené ubrousky. Domníváme se, že neparfémované vlhčené ubrousky k očištění kůže jsou vhodné v případech, kdy není možné použít vodu. Shodujeme se tak s Poláškovou (2005), která nabádá k omývání genitálií pouze vodou, neparfémované vlhčené ubrousky lze použít při cestování, ale doma nejsou třeba. Také Kolářová (2010) Velemínský (2007) dodávají, že k pečlivému očištění kůže od zbytků moči a stolice postačí voda a upozorňují, že vlhčené ubrousky nejsou vhodné u opruzeného dítěte. Fernandes (2011) také nedoporučuje čistící ubrousky, přestože jsou praktické a mají příjemnou vůni, mohou obsahovat stopy mýdla a poškodit tak ochrannou bariéru kůže. Po použití vlhčených ubrousků by se měla pokožka opláchnout vodou.

Očekávali jsme také, že matky budou mít více znalostí souvisejících s otíráním či omýváním dívčího genitálu. Výsledky znázorňuje graf 24 jako četnosti odpovědí. Překvapilo nás, že z celkového počtu 170 respondentek pouze 154 omývá dívčí genitál směrem shora dolů a jen 105 matek při omývání lehce roztáhne okraje stydkých pysků. Tento postup při omývání je správný. Bohužel 11 matek uvedlo, že otírá dívčí genitál oběma směry a dokonce 6 matek označilo směr ze zdola nahoru. Tyto odpovědi byly přibližně stejně zastoupeny v jihočeském a plzeňském kraji. Fendrychová (2009); Sedlářová (2008); Švejcar (2009); Velemínský (2007) ve svých publikacích uvádějí, že je důležité u holčiček lehce roztáhnout okraje stydkých pysků a omývat genitál směrem zepředu dozadu, aby se zabránilo případnému zanesení choroboplodných zárodků z okolí řitního otvoru do pochvy a močové trubice. Příliš uspokojivé výsledky k této problematice nepřinesla ani diplomová práce Kurucové (2010) na téma: Problematika standardů ošetřování zevních genitálií u dětí od narození do 3 let. Zde autorka práce uvádí, že z celkového počtu 92 dotazovaných matek pouze 49 považuje za nutné dodržovat směr od shora dolů, 42 respondentek tuto zásadu nepovažuje za nutnou a 1 matka provádí hygienu zespoda nahoru. Proto si myslíme, že je velice důležité vést matky už na oddělení šestinedělí ke správné intimní hygieně dítěte. Měly by vědět, že zevní pohlavní orgány je třeba udržovat v čistotě a omývat je vždy zepředu směrem ke konečníku, nikdy v opačném směru.

U otázky, jakým způsobem respondentky provádějí hygienu o chlapecký genitál, převážná většina matek (95) z celkového počtu 104 zvolila správnou odpověď, tedy, že při hygieně o chlapecký genitál nadzdvihne penis a důkladně omyje okolí šourku, 47 matek lehce přetáhne předkožku. Názory odborníků se často různí v tom, kdy začít s přetahováním předkožky. Švejcar (2009); Sedlářová (2008) doporučují uvolňovat předkožku nejdříve kolem 1. roku věku, a to nenásilně, pozvolně a nejlépe ve vaně při koupání. Mydlilová (2005); Velemínský (2007) upřednostňují přirozený proces uvolňování předkožky. Weberová (2004) ve svém článku uvádí, že ve věku 0-6 měsíců má 80 % chlapců nepřetahitelnou předkožku, v roce je to 50 % chlapců a ve dvou letech 20 % chlapců. Výsledky jsou prezentovány v grafu 25 jako četnosti odpovědí.

Dále nás zajímalo, jaké prostředky respondentky používají k ošetření pokožky po přebalení novorozence a kojence. Výsledky znázorňuje graf 26 jako četnosti odpovědí. Většina matek (123) upřednostňuje „rybí mast“ (Rybilku). Z našeho šetření je statisticky významně odlišná odpověď Infadolan (tabulka 4), kdy dosažená hladina významnosti činí 0,01 % ( $p = 1 \%$ ). V plzeňském kraji používá tuto mast 39 (22 %) matek a v jihočeském kraji používá Infadolan 10 (5 %) matek z 274 (100 %) dotazovaných. Polášková (2005); Velemínský (2007) považují za velmi osvědčenou „rybí mast“, která dobře chrání kůži. Všechny přípravky uvedené matkami jsou vyrobené speciálně pro dětskou pokožku.

Co se týká způsobu ochrany pokožky novorozence a kojence před slunečním zářením, více než polovina matek (209) nevystavuje své dítě přímému slunci. Výsledky zobrazuje graf 27 jako četnosti odpovědí. Naše výsledky korespondují s Poláškovou (2005) a Staňurovou (2007), které doporučují nevystavovat děti do jednoho roku života přímému slunci, protože hrozí přehřátí, spálení kůže a zvyšuje se riziko vzniku melanomu v pozdějším věku. Kolářová, Koliba (2009); Velemínský (2007) podotýkají, že ochrannou opalovací kosmetiku lze používat až u dětí od 6 měsíců věku. Do té doby se kůže dítěte chrání před sluncem vhodným oděvem. Velemínský (2007) ve své publikaci uvádí, že teplota přes 30 °C vyžaduje u kojence zvýšenou pozornost před přehřátím vzhledem k jeho nedostatečně vyvinutému ochrannému mechanismu. Před chladem chrání většina matek (259) své dítě používáním teplého oblečení a 167 matek používá ochranné krémy s vazelínou a vitamíny A, D. Tyto odpovědi považujeme za správné, neboť se shodují s Poláškovou (2005) a Velemínským (2007), kteří doporučují používat mastné krémy s obsahem výživných látek, neboť v chladném počasí se kůže snadno vysušuje. Velemínský (2007) konkrétně doporučuje krém Nela Batole, obohacený o čisté mléčné přísady. Tento krém pomáhá vyživovat a chránit i nejcitlivější a suchou pokožku dětí. Ochranné krémy s vazelínou a vitamíny A, D upřednostňuje Staňurová (2007). Překvapilo nás, že 29 matek chrání pokožku novorozence a kojence hydratačními krémy s obsahem vody. Tyto krémy jsou podle nás nevhodné, protože hrozí vznik omrzlin. Výsledky jsou prezentovány v grafu 28 jako četnosti odpovědí.

## 6. Závěr

Hygienická péče představuje jednu z nejdůležitějších potřeb v péči o zdraví dítěte. Bývá ovlivňována rodinnými, sociálními, kulturními i individuálními faktory, stejně tak znalostmi o zdraví a hygieně. Pokožka dítěte je velmi citlivá a jemná, a proto vyžaduje šetrnou a ohleduplnou péči po celé období dětství, zejména pak v novorozeneckém a kojeneckém věku. Kůže novorozenců a malých dětí se anatomickou stavbou a fyziologií významně liší od kůže dospělých. Získání a dodržování správných hygienických návyků má pro zdraví zásadní význam. Bohužel informace, týkající se ošetřování dětské pokožky jsou na straně rodičů mnohdy rozporuplné.

Uskutečněné výzkumné šetření se zabývalo problematikou ošetřování kůže u novorozenců a kojenců v domácím prostředí.

Na začátku výzkumného šetření jsme stanovili 2 cíle a 2 hypotézy.

Na základě zvolených cílů byla vytvořena výzkumná otázka: „Jak využívají matky získané informace týkající se péče o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí“. Bylo zjištěno, že matky získané informace dále využívají v ošetřování pokožky dítěte.

Prvním cílem této diplomové práce bylo zjistit úroveň znalostí matek a jejich využití v péči o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí.

Druhým cílem bylo vypracovat edukační materiál pro matky. Stanovené cíle byly splněny.

Hypotéza číslo 1: Matky mají dostatek informací týkající se ošetřování kůže novorozence a kojence v domácím prostředí.

Hypotéza číslo 2: Matky správně využívají získané informace týkající se péče o kůži novorozence a kojence.

Z analýzy a vyhodnocení dotazníku vyplývá, že matky mají znalosti v problematice ošetřování kůže v novorozeneckém a kojeneckém období. Podařilo se nám ale prokázat, že některé informace ze strany rodičů jsou v rozporu s odbornou literaturou.

Proto jsme se rozhodli vypracovat pro rodiče edukační materiál ošetřování kůže v novorozeneckém a kojeneckém období. Věříme, že tento materiál splní svůj účel a

napomůže ke zvýšení informovanosti rodičů v problematice ošetřování kůže novorozence a kojence.

První hypotéza „Matky mají dostatek informací týkající se ošetřování kůže novorozence a kojence v domácím prostředí“ byla potvrzena.

Druhá hypotéza „Matky správně využívají získané informace týkající se péče o kůži novorozence a kojence“ byla potvrzena.

## 6.1 Edukační brožura

# Péče o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí



*základní údaje*

*koupeľ novorozence a kojence*

*péče o vlasy*

*intimní hygiena dívek*

*intimní hygiena chlapců*

*péče o pokožku po koupeli*

*čištění zvukovodů*

*stříhání nehtů*



### *základní údaje:*

\* Pokožka dítěte je velmi citlivá, jemná, a proto vyžaduje šetrnou a ohleduplnou péči po celé období dětství, zejména pak v novorozeneckém a kojeneckém věku. Kůže novorozenců a malých dětí se anatomickou stavbou a fyziologií významně liší od kůže dospělých. Dětská pokožka je tenčí, méně odolná nepříznivým chemickým, fyzikálním, biologickým i mechanickým vlivům.

\* Péče o kůži novorozence a kojence je základním pilířem péče o zdraví dítěte.

\* Musíme si uvědomit, že v péči o dětskou pokožku se jedná o individuální záležitost. Bude vždy záležet na rodinných podmínkách, ve kterých dítě žije a na vhodném, správném přístupu rodičů. Získání správných hygienických návyků v dětství je velmi důležité, neboť hrozí riziko vzniku infekcí.

### *koupeľ novorozence a kojence:*

\* Každodenní koupeľ s použitím mýdla již není doporučována, jelikož příliš časté koupání a mytí dětí s použitím velkého množství mycích prostředků vede k narušení přirozeného ochranného filmu.

\* Dnes je večerní koupání považováno spíše za rituální záležitost, jakož to příjemné zakončení dne. Koupeľ je tak příležitostí pro kontakt dítěte s členy rodiny a pro taktilní komunikaci a interakci. Představuje příjemnou zábavu a příležitost k utužování vzájemných vztahů. Nemělo by se při koupeli chvátat, jakákoliv netrpělivost záporně ovlivní náladu dítěte. Je lepší, aby dítě bylo vykoupáno před krmením do 19. hodiny, protože lehčeji usíná a spánek je klidnější.

\* První dny při koupání je nutné dávat pozor na pupeční jizvu, která se nesmí namáčet. Namočí-li se, pak ji důkladně vytřeme a zbytečně do pupeční jizvy nesaháme. Pupeční jizvu následně postříkáme dezinfekcí (Cutasept F, Softasept N).

\* *frekvence koupání:* Koupel by se měla provádět obden. Denně stačí omývat pouze obličej, krk, ruce a hlavně místa, kde hrozí jejich zapaření (hýždě, genitálie, kožní záhyby na těle a podpaždí).

\* *délka koupele:* → u novorozence by neměla přesáhnout 5 minut

→ u starších dětí maximálně do 15 minut

\* *prostředek ke koupeli:* Pro koupel novorozence a kojence je vhodné používat neparfémované mýdlo s neutrálním pH, nebo dětské koupele bez mýdla, eventuelně s přísadkou oleje. Zabrání se tak nadměrnému vysušování kůže. Mýdlo díky obsahu glycerínu zabraňuje nadměrnému odpařování vody z pokožky.

\* *teplota:* → v místnosti by měla být přibližně 25 – 28 °C

→ vody by měla být blízko tělesné teploty cca 37 – 37,5 °C

### *péče o vlasy:*

\* Při omývání vlasaté části není potřeba používat šampony, neboť dětská kůže je velmi citlivá k nadměrnému mytí těmito přípravky.

\* V prvním roce se omezuje mytí vlasů šampony na minimum. Vlasy jsou jemné, krátké, nemastí se a stačí je omývat vlažnou vodou, nebo jednou za týden použít dětské mýdlo, nebo šampon. Dětský šampon má být nedráždivý, jemný, nemá pálit do očí a raději bez parfémů.

### *intimní hygiena dívek:*

\* Při hygieně dívčího genitálu je potřeba lehce roztáhnout okraje stydkých pysků a rodidla důkladně omýt. Předcházíme tím vzniku zánětů dívčího genitálu.

\* Zevní rodidla omýváme zásadně ve směru od shora dolů (od poševního vchodu ke konečníku), aby se zabránilo případnému zanesení choroboplodných zárodků z okolí řitního otvoru do pochvy a močové trubice.

\* U děvčátek není vhodné používat pudr ve velkém množství, protože se může při nedokonalém umývání genitálu usadit uvnitř a vyvolat zánět.

### *intimní hygiena chlapců:*

\* Při provádění hygieny u chlapců je zapotřebí nadzdvihnout penis a důkladně omýt okolí šourku a lehce přetáhnout předkožku. Upřednostňuje se přirozený proces uvolňování předkožky, nenásilně, pozvolně a nejlépe ve vaně při koupání.

\* K pečlivému očištění kůže od zbytků moči a stolice postačí voda. Vlhčené, neparfémované ubrousky nejsou doma zapotřebí, hodí se v případech, kdy není možné použít vodu (např. při cestování). Tyto ubrousky se nedoporučují na opruzenou pokožku.

\* U novorozence se doporučuje měnit pleny častěji (7x – 8x denně), neboť bývá vyprazdňování intenzivnější. Frekvence výměny plen se s věkem snižuje.

\* Je dobré nechat dítě chvíli bez plen, aby se k pokožce dostal vzduch. Při každém přebalení je vhodné používat ochranné masti, které slouží jako prevence před vznikem opruzenin (např. rybí mast).

### *péče o pokožku po koupeli:*

\* Není nutné potírat dětskou pokožku olejčky, krémy, nebo pleťovými mléky, protože mazové i potní žlázy fungují krátce po narození a jejich sekrece vytváří na povrchu epidermis ochranný film, který kůži zvláčňuje a chrání.

\* Dětské oleje nebo krémy by se měly používat pouze v indikovaných případech, kdy je třeba podpořit dozrávání povrchové vrstvy kůže u nezralých novorozenců, nebo ošetřit suchou a olupující se kůží. Pokud se ošetřuje pokožka dítěte krémem či olejem, mělo by se provést do 3 minut po koupeli. Pozdější ošetření pokožky již nemá tak příznivý dopad.

\* V současné době, kdy přibývá dětí s alergiemi i na různé kosmetické přípravky, je lepší začít používat dětskou kosmetiku později. Tím se sníží pravděpodobnost vzniku kožních alergií. Také se doporučuje používat již osvědčenou kosmetiku od jednoho výrobce a zbytečně neexperimentovat.

\* Čistě umyté děťátko může po koupeli krásně vonět i bez bohaté kosmetiky.

### *čištění zvukovodů*

\* Zvukovody se doporučuje vytírat dle potřeby a pouze to, co je vidět, neboť ušní maz spolu s odumřelými šupinami kůže postupují zvukovodem směrem ven z ucha. Častým čištěním uší kůže ve zvukovodu vysychá, reaguje svěděním a produkuje daleko více mazu, než kolik je zapotřebí k ochraně.

\* K čištění zvukovodů jsou vhodné tampóny nebo cípy gázy. Nedoporučují se vatové štětičky, protože krouživé pohyby zatlačují ušní maz směrem k bubínku a působí tak nefyziologicky.

### *stříhání nehtů*

\* U novorozenců je vhodné stříhat nehty co nejpozději, obvykle po propuštění z porodnice a velmi opatrně. Neboť kůže je k nehtu zpočátku přirostlá a hrozí nebezpečí zánětu. Při stříhání je nutné oddalovat postranní kůžičku a lehce nadzdvíhat nehet. Doporučuje se stříhat nehty ve spánku, když je dítě klidné. Jestliže se dítě poraní nůžkami, je potřeba ranku vydezinfikovat.

\* Nehty se stříhají pravidelně vydezinfikovanými nůžkami s tupým koncem. Na ruku se stříhají dítěti nakrátko do obloučku a na nohou se zastříhují rovně. Rovné stříhání nehtů je prevencí před jejich zarůstáním. Aby se zamezilo škrábání, je možné ruce schovat do rukávků od kabátku a stříhání se může tak o pár dnů prodloužit.

### *Použité zdroje:*

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. 2. část. Péče o novorozence.* 1. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 978 – 80 – 7013 – 489 – 4.

KOLÁŘOVÁ, Renáta a Petr KOLIBA, 2009. Problematika péče o dětskou pokožku. *Praktické lékařství.* **5** (2), 59 – 63. ISSN 1801 – 2434.

KOLÁŘOVÁ, Renáta, 2010. Opruzeniny u dětí, jejich ošetřování a léčba. *Praktické lékařství.* **6** (3), 153 – 154. ISSN 1801 – 2434.

MYDLILOVÁ, Anna, 2005. Současný pohled na péči o fyziologického novorozence v bodech. *Pediatricie po promoci.* **2** (2), 32 – 38. ISSN 1214 – 6773.

POLÁŠKOVÁ, Stanislava, 2005. Péče o kůži novorozence a kojence. *Pediatricie pro praxi.* **6** (2), 84 – 87. ISSN 1213 – 0494.

SARKAR, Rashmi et al., 2010. Skin care for the newborn. *Indian Pediatrics.* **47** (17), 593 – 598. ISSN 0019 – 6061.

SEDLÁŘOVÁ, Petra et al., 2008 *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii.* 1. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978 – 80 – 247 – 1613 – 8.

ŠVEJCAR, Josef et al., 2009. *Péče o dítě.* 1. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978 – 80 – 87109 – 14 – 4.

VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2007. *Dítě: 3 x 333 otázek pro dětského lékaře.* 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978 – 80 – 7254 – 929 – 0.

Obrázek – zdroj: *Koupaní novorozenců a kojenců.* [online], 2008 – 2012 [cit. 14.6.2012]. Dostupné z: <<http://www.maminkam.cz/koupani-novorozencu-a-kojencu>>.

## 7. Seznam použitých zdrojů

ALLEN, K. Eileen a Lyn R MAROTZ, 2008. *By the ages* [Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let]. 3. vyd. Přeložila Petra VLČKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978 – 80 - 7367 – 421– 2.

BACUS, Anne, 2005. *Votre bébé de 1 jour à 1 an* [První rok vašeho dítěte]. 1. vyd. Přeložila Hana PROUSKOVÁ. Praha: Portál. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80 – 7367 – 029 – 1.

BENÁKOVÁ, Nina, 2009. Léčba atopické dermatitidy v ordinaci praktického lékaře. *Dermatologie pro praxi*. **6** (Suppl. C), 80 – 94. ISSN 1802 – 2960.

BLUME, Peytavi U. et al., 2012. Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Clinical Evidence for Best Practices. *Pediatric Dermatology*. **29** (1), 1 – 14. ISSN 0736 – 8046.

BOLEDOVIČOVÁ, Mária, et al, 2006. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. vyd. Martin: Osveta. Učebnice pre fakulty ošetrovatel'stva. ISBN 80 – 8063 – 211 – 1.

BRABCOVÁ, Iva a Věra STASKOVÁ, Hygienická péče u dítěte. In: *Eamos. cz* [online]. 2012. [cit. 31.5.2012]. Dostupné z: [http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz\\_text.php?id\\_kap=2&kod\\_kurzu=kos\\_392](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=2&kod_kurzu=kos_392).

BUČEK, Milan, 2003. *Kapitoly z dermatovenerologie část A*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80 – 244 – 0592 – X.

BUCHVALD, Dušan, 2005. Súčasný pohľad na etiopatogénezu a liečbu atopickéj dermatitídy. *Pediatric pro praxi*. **6** (2), 88 – 92. ISSN 1213 – 0494.

ČAPKOVÁ, Štěpánka a Jana ŠIMKOVÁ, 2002. Kožní onemocnění v novorozeneckém období. *Trendy v medicíně*. **4** (5), 47 – 58. ISSN 1212 – 9046.

ČAPKOVÁ, Štěpánka, 2008. Nejčastější kožní choroby v dětském věku a jejich léčba. *Pediatric pro praxi*. **9** (6), 369 – 375. ISSN 1213 – 0494.

DEANSOVÁ, Anne, 2004. *Your pregnancy Bible [Kniha knih o mateřství]*. 1. vyd. Přeložila Jana FALESOVÁ a Ivan FALES. Praha: Fortuna Print. ISBN 80 – 7321 – 117 – 3.

DORT, Jiří et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita. ISBN 978 – 80 – 7043 – 944 – 9.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2006. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80 – 7254 – 886 – 7.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978 – 80 – 247 – 3240 – 4.

ELIŠKA, Oldřich a Miloslava ELIŠKOVÁ, 2009. *Aplikovaná anatomie pro fyzioterapeuty a maséry*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978 – 80 – 7262 – 590 – 1.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2004. Ošetřování kůže novorozenců – několik doporučení pro sestry. *Neonatologické listy*. **10** (1), 29 – 31. ISSN 1211 – 1600.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2006. Péče o kůži novorozenců. *Pediatric pro praxi*. **7** (3), 167 – 170. ISSN 1213 – 0494.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. 2. část. Péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 978 – 80 – 7013 – 489 – 4.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2010. Bezpečnost ošetrovatelských postupů – koupel novorozence a kojence. *Pediatric pro praxi*. **11** (2), 126 – 128. ISSN 1213 – 0494.

FERNANDES, Juliana. D. et al., 2011. Children and newborn skin care and prevention. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. **86**, (1), 102 – 110. ISSN 0364 – 0596.

GREGORA, Martin, 2008. *Péče o novorozence a kojence*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978 – 80 – 247 – 2564 – 2.

HAVLÍČKOVÁ, Michaela, 2007. Péče o kůži novorozenců a kojenců. *Moderní babičtví*. (sv.14), 27 – 28. ISSN 1214 – 5572.

HERCOGOVÁ, Jana, 2007. Atopická dermatitida nepostihuje jen kojence. *Sestra*. **17** (4), 55 – 56. ISSN 1210 – 0404.

HRODEK, Otto a Jan VAVŘINEC et al., 2002. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN – 80 – 7262 – 178 – 5.

JIRÁSKOVÁ, Milena, 2003. *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80 – 246 – 0636 – 4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978 – 80 – 247 – 2171 – 2.

KÁLALOVÁ, Andrea, 2008. *Očekávání matek hospitalizovaných na oddělení šestinedělí v oblasti péče o novorozence*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Fakulta zdravotně sociální. Vedoucí práce MUDr. Milan Hanzl.

KALHOUS, Zdeněk et al., 2009. *Školní didaktika*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978 – 80 - 7367 – 571 – 4.



KAMMERER, Doro. *Ersten drei Lebensjahre* [První tři roky života dítěte]. 1. vyd. Přeložila Jana BÍLKOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978 – 80 – 247 – 1839 – 2.

KLÍMA, Jiří, 2003. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 80 – 86432 – 38 – 6.

KOLÁŘOVÁ, Renáta a Petr KOLIBA, 2009. Problematika péče o dětskou pokožku. *Praktické lékařství*. **5** (2), 59 – 63. ISSN 1801 – 2434.

KOLÁŘOVÁ, Renáta, 2010. Opruzeniny u dětí, jejich ošetřování a léčba. *Praktické lékařství*. **6** (3), 153 – 154. ISSN 1801 – 2434.

KRAFCHIK, Bernice R, 2001. Eczematous disorders. *Textbook of Neonatal Dermatology*. Philadelphia: Saunders Company. (kap. 14), 241 – 258. ISBN 0 – 7216 – 7810 – 6.

KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978 – 80 – 7367 – 684 – 1.

KURUCOVÁ, Monika, 2010. *Problematika standardů ošetřování zevních genitálií u dětí od narození do 3 let*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Fakulta zdravotně sociální. Vedoucí práce prof. MUDr. Miloš Velemínský, Csc., Dr. h. c.

LÉBL, Jan et al., 2007. *Preklinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978 – 80 – 7262 – 438 – 6.

MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978 – 80 – 8063 – 326 – 4.

MACHÁČKOVÁ, Kateřina, 2010. Nové trendy v péči o dětskou pokožku. *Praktické lékařství*. **6** (3), 145 – 148. ISSN 1801 – 2434.

MACHOVCOVÁ, Alena, 2007. Péče o kůži u atopické dermatitidy. *Pediatric pro praxi*. **8** (2), 100 – 105. ISSN 1213 – 0494.

MALÁ, Kateřina a Zbyněk STRAŇÁK, 2004. Ošetřování pupečního pahýlu u donošených novorozenců. *Česká gynekologie*. **69** (S1), 105 – 107. ISSN 1210 – 7832.

McCONNELL, Tammy. P. et al., 2004. Trends in Umbilical Cord Care: Scientific Evidence for Practice. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. **4** (4), 211 – 222. ISSN 1527 – 3369.

MYDLILOVÁ, Anna, 2005. Současný pohled na péči o fyziologického novorozence v bodech. *Pediatric po promoci*. **2** (2), 32 – 38. ISSN 1214 – 6773.

PAZDEROVÁ, Lenka, 2006a. Nejčastější kožní onemocnění u dětí. *Sestra*. Příl. Temat. Sešit, **16** (4), 45. ISSN 1210 – 0404.

PAZDEROVÁ, Lenka, 2006b. Plenková dermatitida. *Sestra*. Příl. Temat. Sešit, **16**, (4), 46. ISSN 1210 – 0404.

PETROVICKÝ, Pavel, 2002. *Anatomie s topografií a klinickými aplikacemi III. svazek. Neuroanatomie, smyslová ústrojí a kůže*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80 – 8063 – 048 – 8.

POLÁŠKOVÁ, Stanislava, 2005. Péče o kůži novorozence a kojence. *Pediatric pro praxi*. **6** (2), 84 – 87. ISSN 1213 – 0494.

POLÁŠKOVÁ, Stanislava, 2010. Akné v dětském věku. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. **52** (Spec. 1), 24 – 29. ISSN 1213 – 9106.

POURPAK, Zahra et al., 2007. Behavioral characteristics in 3 - to 12 - month - old infant with atopic dermatitis: a case – control study. *Pediatr Allergy Immunol*. **18** (4), 339 – 345. ISSN 0905 – 6157.

RESL, Vladimír et al., 2002. *Dermatovenerologie. Učební texty pro bakalářské studium*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80 – 246 – 0456 – 6.

SARKAR, Rashmi et al., 2010. Skin care for the newborn. *Indian Pediatrics*. **47** (17), 593 – 598. ISSN 0019 – 6061.

SEDLÁŘOVÁ, Petra et al., 2008 *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978 – 80 – 247 – 1613 – 8.

SEIFERTO VÁ, Jarmila, 2005. Plenková dermatitis z pohledu praktického dětského lékaře. *Pediatric pro praxi*. **6** (3), 152 – 154. ISSN 1213 – 0494.

SOUKUPOVÁ, Věra a Jiřina SOUKUPOVÁ a Adéla CHADIMOVÁ, 2007. Dětské pleny – novinky, terminologie. *Pediatric pro praxi*. **8** (5), 313 – 314. ISSN 1213 – 0494.

STAŇUROVÁ, Jana, 2007. Péče o dětskou pokožku – triviální záležitost. *Dimenze moderního zdravotnictví*. **1** (1), 19 – 20. ISSN 1802 – 4084.

STOŽICKÝ, František a Kateřina PIZINGEROVÁ, 2006. *Základy dětského lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80 – 246 – 1067 – 1.

STRAŇÁK, Zbyněk, 2009. Problematika péče o donošeného novorozence po propuštění z porodnice do domácí péče. *Pediatric pro praxi*. **10** (4), 233 – 236. ISSN 1213 – 0494.

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona, 2003. *Dítě. Vývoj a výchova od početí do tří let*. 1. vyd. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 80 – 247 – 0552 – 4.

ŠTORK, Jiří, 2008. *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978 – 80 – 7262 – 371 – 6.

ŠVEJCAR, Josef et al., 2009. *Péče o dítě*. 1. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978 – 80 – 87109 – 14 – 4.

VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2007. *Dítě: 3 x 333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978 – 80 – 7254 – 929 – 0.

VELEMÍNSKÝ, Miloš et al., 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: JU. ISBN 978 – 80 – 7394 – 182 – 6.

WEBEROVÁ, Magdalena, 2004. Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice – II. část. *Pediatrie pro praxi*. **5** (4), 178 – 180. ISSN 1213 – 0494.

ZÁHEJSKÝ, Jiří, 2006. *Zevní dermatologická terapie a kosmetika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80 – 247 – 1551 – 1.

ZÁVODNÁ, Vlasta, 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Martin: Osveta. Učebnice pre fakulty ošetrovatel'stva. ISBN 80 – 8063 – 193 – X.

## **8. Klíčová slova**

Novorozenec

Kojenec

Edukace

Kůže

Péče

Domácí prostředí

## **9. Přílohy**

### **9.1 Seznam příloh**

**Příloha 1** Dotazník pro matky

## **Příloha 1**

### **Dotazník pro matky**

Vážené maminky,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a píšu diplomovou práci na téma: Ošetrovatelské postupy v péči o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí. Dovolte mi, abych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který bude využit pro zpracování mé diplomové práce. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro potřebu mé diplomové práce. Při vyplňování označte nejvhodnější odpověď, popřípadě i více možností nebo doplňte vlastními slovy.

Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Bc. Gabriela Gengelová

1) Kolik je Vám let?

20 a méně     21-25     26-30     31-35     36 a více

2) Kolikrát jste rodila?

jednou     dvakrát     více než dvakrát

3) Kde jste získala informace týkající se péče o kůži novorozence a kojence? (můžete označit více odpovědí, pokud jste získala informace jinde, prosím vypište)

z odborné literatury

z časopisů určených pro rodiče

z internetových stránek určených pro rodiče

v ordinaci dětského lékaře

v rámci předporodních kurzů

jinde: .....

4) Kolik zdrojů týkající se péče o kůži novorozence a kojence jste prostudovala?

1 – 2     3 – 5     více než 5

5) Domníváte se, že máte teoretické znalosti a ovládáte praktické dovednosti týkající se péče o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí?

ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne
-----	-----------	-------	----------	----

6) Využíváte získané informace týkající se péče o kůži novorozence a kojence?

ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne
-----	-----------	-------	----------	----

7) Jaké informace jste postrádala v problematice péče o kůži novorozence a kojence? (můžete označit více odpovědí, pokud zvolíte možnost jiné, prosím vypište)

- týkající se koupele novorozence a kojence
- týkající se péče o pokožku po koupeli
- týkající se péče o vlasy
- týkající se péče o genitál
- týkající se přebalování
- týkající se stříhání nehtů
- týkající se čištění uší
- jiné: .....

8) Aby pro Vás byly informace snadno dostupné, v jaké formě by měly být? (můžete označit více odpovědí, pokud zvolíte možnost v jiné, prosím vypište)

- informace získané od sester z oddělení šestinedělí
- články v časopisech určených pro rodiče
- knihy určené pro rodiče
- internetové stránky pro rodiče
- letáky, brožury v ordinacích dětských lékařů
- v jiné: .....

9) Co si představíte pod pojmem hygiena u novorozence a kojence?

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



10) Kdo Vás instruoval ohledně ošetřování pupeční jizvy? (můžete označit více odpovědí)

- sestry z oddělení šestinedělí
- lékař/ka v nemocnici
- lékař/ka pro děti a dorost
- dětská sestra

11) Jakým způsobem ošetřujete pupeční jizvu? (pokud označíte jiným, prosím vypište)

- dezinfekcí Softasept N a vatovými štětičkami
- dezinfekcí Cutasept F a vatovými štětičkami
- neošetřuji
- jiným: .....

12) Jak často koupete novorozence, kojence? (pokud označíte možnost jinak, prosím vypište)

- denně
- obden
- jedenkrát za týden
- jinak:

13) Co používáte za prostředek ke koupeli novorozence, kojence? (pokud zvolíte jiný, prosím vypište)

- dětské neparfémované mýdlo
- dětskou mycí emulzi
- dětský mycí olej
- nic
- jiný: .....

14) Jak dlouho provádíte koupel novorozence, kojence?

- méně než 5 min
- 5 min
- déle než 5 min

15) Jaký druh prostředku používáte po koupeli? (pokud zvolíte možnost jiný, prosím vypište)

- olej
- krém
- žádný
- jiný:

16) Jakou značku kosmetiky používáte? (pokud označíte jinou možnost, prosím vypište)

- dětská kosmetika Hipp
- dětská kosmetika Sebamed
- dětská kosmetika Nivea
- dětská kosmetika Johnson & Johnson
- jinou: .....

17) Jak často a jakým způsobem myjete novorozenci, kojenci vlasy? (pokud označíte možnost jinak, prosím vypište)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> denně           | <input type="checkbox"/> dětským mýdlem   |
| <input type="checkbox"/> obden           | <input type="checkbox"/> dětským šamponem |
| <input type="checkbox"/> 1x týdně        | <input type="checkbox"/> pouze vodou      |
| <input type="checkbox"/> jinak:<br>..... | <input type="checkbox"/> jinak:<br>.....  |

18) Jak často a jakým způsobem čistíte novorozenci, kojenci uši? (pokud označíte možnost jinak, prosím vypište)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> denně                          | <input type="checkbox"/> vatovými štětičkami |
| <input type="checkbox"/> dle potřeby jen okrajové části | <input type="checkbox"/> cípem gázy          |
| <input type="checkbox"/> 1x týdně                       | <input type="checkbox"/> nečistím            |
| <input type="checkbox"/> jinak:<br>.....                | <input type="checkbox"/> jinak:<br>.....     |

19) Kdy jste začala novorozenci stříhat nehty? (pokud označíte jiné, prosím vypište)

- v porodnici
- za týden po porodu
- za 14 dní po porodu
- jiné: .....

20) Jaké pleny používáte?

- jednorázové papírové
- látkové
- moderní ekologické pleny

21) Kolikrát za den přebalujete novorozence, kojence za předpokladu, že je zdravý? (pokud označíte možnost jinak, prosím vypište)

7x a méně       8x-9x       10x a více       jinak

22) Kdy ošetřujete u novorozence, kojence oblast pod plenami a v okolí plen? (pokud zvolíte možnost jinak, prosím vypište)

při každém přebalení

jen po stolici

občas

po koupeli

neošetřuji

jinak: .....

23) Co používáte k pečlivému očištění kůže od zbytků moči a stolice? (můžete označit více odpovědí, pokud zvolíte jiné, prosím vypište)

vodu a žínku

dětské vlhčené papírové ubrousky (pro normální nebo citlivou pokožku)

omyji zadeček pod sprchou

jiné: .....

24) Jakým způsobem provádíte hygienu o dívčí genitál? (můžete označit více odpovědí, pokud zvolíte jiným způsobem, prosím vypište).

směrem shora dolů

směrem ze zdola nahoru

oběma směry

lehce roztáhnu okraje stydkých pysků

jiným: .....

25) Jakým způsobem provádíte hygienu o chlapecký genitál? (můžete označit více odpovědí, pokud zvolíte jiným způsobem, prosím vypište).

nadzdvihnu penis a důkladně umyji okolí šourku

lehce přetáhnu předkožku

pouze otřu žínkou

jiným: .....

26) Jaké prostředky používáte k ošetření pokožky po přebalení novorozence, kojence? (můžete označit více odpovědí, pokud zvolíte jiný prostředek, prosím vypište)

- rybí mast (Rybilka)
- Infadolan
- Bepanthen
- Sebamed
- jiný: .....

27) Jakým způsobem chráníte pokožku novorozence, kojence před slunečním zářením? (můžete označit více odpovědí, pokud zvolíte jiný způsob, prosím vypište)

- letní čepičky a kšiltovky
- slunečníky
- nevystavuji dítě slunci
- opalovací kosmetika
- jiným: .....

28) Jakým způsobem chráníte pokožku novorozence, kojence před chladem? (můžete označit více odpovědí, pokud zvolíte jiný způsob, prosím vypište)

- teplé oblečení
- ochranné krémy s vazelínou a vitamíny A,D
- hydratační krémy s obsahem vody
- jiným: .....