

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Péče o kůži novorozenců a kojenců

Originál (kopie) zadání BP/DP

Abstrakt

Příjmení a jméno: Lucie Grancová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Péče o kůži novorozenců a kojenců

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková

Počet stran: číslované 45, nečíslované 28

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: Novorozenec, kojeneček, kůže, péče

Tato práce pojednává o péči o kůži novorozence a kojence v České republice. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je zaměřena na rozdíly kůže dospělého a novorozence, na hygienickou péči o novorozence, rozdíly v látkových a jednorázových plenkách a všeobecnou péči o novorozence a kojence. Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jakým způsobem se pečuje o kůži novorozenců a kojenců v České republice. Praktická část má výzkumný charakter a výzkum proběhl dotazníkovým šetřením, tedy kvantitativní formou výzkumu. Následné výsledky byly zpracovány formou grafů. Nejzajímavějšími výsledky byly, ohledně přebalování, koupání. Výsledky mých cílů byly tyto: ženy, které kojily, měly nižší výskyt opruzenin, než ženy které nekojily. Ženy, které používaly pouze vodu a žínku, měly vyšší výskyt opruzenin, než ostatní děti. Ženy, které používaly jednorázové pleny, měly nižší výskyt opruzenin, než ženy které používaly látkové pleny. Ženy, které používaly pouze přírodní oleje, měly nižší výskyt alergických reakcí než ženy používající běžnou dětskou kosmetiku a více než polovina žen používá mast proti opruzeninám jako prevenci vzniku opruzenin. Doporučení, zvýšit edukaci matek v delším časovém období, pomocí vytváření kvalitních zdrojů na internetu.

Abstract

Surname and name: Lucie Grancová

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: The skin care for newborns and infants

Consultant: PhDr. Kristina Janoušková

Number of pages: numbered 45, unnumbered 28

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 30

Keywords: Newborn, infant, skin, care

This Bachelor work deals with skin care of newborns and infants in the Czech Republic. Thesis is composed of a theoretical part and a practical part. The theoretical part is focused on the differences between the skin of an adult and a newborn, on the hygienic care of newborns, on the differences between cloth diapers and the single-use diapers and the general care of newborns and infants. The main goal of my work was to find out the way how it is taken care of the skin of newborns and infants in the Czech Republic. The practical part has a research character. For the research was used a questionnaire survey – a quantitative form of a research. The following results were graphed. The most striking results were related to diaper change and bathing. The results of my goals were following: women who breast-feed had lower incidence of diaper rash than women who didn't breast-feed. Women who were using only water and a washcloth had a higher incidence of diaper rash than others. Women who were using a single-use diapers had a lower incidence of diaper rash than women who used cloth diapers. Women who were using only natural oils had a lower incidence of allergic reactions than women who were using common baby cosmetics. More than half of the women is using diaper rash cream as a prevention against the rash. Recommendation: increase the mothers' education in a longer time period by creating quality resources of information on the internet.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně, s použitím odborné literatury a pramenů uvedených v seznamu, který je součástí této bakalářské práce.

.....

podpis

V Plzni dne 28.3.2018

Jméno příjmení

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Kristině Janouškové za cenné profesionální rady, připomínky a metodické vedení práce.

Obsah

OBSAH	9
ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1.1 ANATOMIE KŮŽE	12
1.1.1 <i>Kožní adnexa</i>	13
1.2 FYZIOLOGIE KŮŽE	14
1.2.1 <i>Ochranná funkce</i>	14
1.2.2 <i>Sekreční funkce</i>	14
1.2.3 <i>Senzorická funkce</i>	14
1.3 ZÁKLADNÍ ODLIŠNOSTI KŮŽE NOVOROZENCE A DOSPĚLÉHO	15
1.4 NOVOROZENECKÁ DERMATOLOGIE	16
1.4.1 <i>Benigní kožní projevy</i>	16
1.4.2 <i>Bakteriální kožní onemocnění</i>	16
1.4.3 <i>Virová kožní onemocnění</i>	17
1.4.4 <i>Puchýřnatá onemocnění kůže</i>	17
1.4.5 <i>Hodnotící metody poškození kůže</i>	18
1.5 HYGIENICKÁ PÉČE O NOVOROZENCE	20
1.5.1 <i>První koupel novorozence</i>	20
1.5.2 <i>Běžná koupel novorozence</i>	22
1.5.3 <i>Koupel v kyblíku</i>	23
1.5.4 <i>Koupel nedonošeného novorozence</i>	24
1.5.5 <i>Péče o pupeční pahýl</i>	25
1.5.6 <i>Péče o chrup</i>	26
1.5.7 <i>Péče o oči</i>	26
1.5.8 <i>Péče o nehty</i>	26
1.5.9 <i>Typy plen</i>	27
1.5.10 <i>Péče o kůži dítěte po výměně pleny</i>	29
1.5.11 <i>Plenková dermatitida</i>	29
1.5.12 <i>Kontaktní dermatitida</i>	30
1.6 EDUKACE PORODNÍ ASISTENTKOU V OBLASTI HYGIENY NOVOROZENCE	32
2 PRAKTICKÁ ČÁST	33
2.1 FORMULACE PROBLÉMU	33
2.2 CÍL VÝZKUMU	33
2.2.1 <i>Dílčí cíle</i>	33
2.2.2 <i>Předpoklady</i>	33
2.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	34
2.4 METODA SBĚRU DAT	34
2.5 ORGANIZACE VÝZKUMU	34
3 VÝSLEDKY	35
3.1 ANALÝZA ÚDAJŮ	35
4 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	48

5 DISKUZE.....	51
6 ZÁVĚR	55
LITERATURA A PRAMENY	1
SEZNAM ZKRATEK	4
SEZNAM GRAFŮ	5
SEZNAM PŘÍLOH.....	6

Úvod

Kůže novorozence je velmi odlišná od kůže dospělého člověka. Liší se jak ve své stavbě, tak ve fyziologii. Pokožka novorozence je velmi citlivá k mnoha vlivům mechanickým, chemickým, fyzikálním a biologickým, proto musíme pokožku chránit před škodlivými vlivy a poraněním. Mým hlavním cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem pečují rodiče o kůži novorozenců a kojenců v ČR.

Ve své práci se zaměřuji nejvíce na hygienickou péči o novorozence a udržení vlhkosti pokožky novorozence. Dalším velkým tématem mé práce je ochrana před vznikem opruzenin a opruzeniny jako samotné, popisují i rozdíly látkových plen, jednorázových plen a bezplenkové metody. Dále ve své práci uvádím péči o oči, nehty, dutinu ústní a péči o pupeční pahýl, také se zaměřuji na různé dermatózy a jiné kožní nemoci. O péči o kůži novorozence a kojence jsem se již zajímala na neonatologickém oddělení, a proto jsem si toto téma vybrala.

Ve zpracování teoretické části mi pomohla vlastnoručně zpracovaná rešerše s pomocí pracovnice vědecké knihovny v Plzni.

V praktické části své práce jsem si vybrala kvantitativní formu výzkumu, abych prozkoumala širokou veřejnost, jakým způsobem pečují o kůži novorozenců a kojenců a jaké produkty používají.

V hygienické péči o novorozence a kojence se můžeme zaměřit na několik kroků. Novorozenec se poprvé setká s hygienou již po prvních dvou hodinách svého života, a to ve formě první koupele novorozence. V každém zařízení jsou jiné zvyklosti. V některých zařízeních se novorozenec sprchuje a v některých klasicky koupe, některé maminky si ovšem nepřejí první koupel novorozence a chtějí si své děti vykoupat poprvé sami. V péči o kůži novorozenců a kojenců panuje mnoho různých názorů a doporučení. Problém vidím v nedostatku kvalitních zdrojů a nezaujatých informací. Většina žen získává své informace na internetu či z doslechu, proto by porodní asistentky měly působit i na tomto poli.

O péči o kůži novorozence a kojence jsem se zajímala již na neonatologickém oddělení, proto jsem si toto téma vybrala.

Teoretická část

1.1 Anatomie kůže

„**Kůže** (*integumentum commune*) se skládá ze tří základních částí“ *epidermis* (pokožka), *dermis* (*korium*, škára) a *tela subcutanea* (*subcutis*, podkoží, podkoží tuková tkáň).“ (Štokr, 2013, s. 2) **Epidermis** se skládá z pěti podvrstev. Na samém povrchu se nacházejí buňky vícevrstevného rohovějícího dlaždicového epitelu, které jsou ektodermálního původu. **Stratum basale** je tvořena buňkami cylindrických keratinocytů, které jsou propojeny a připojeny k bazální membráně. **Zóna bazální membrány** propojuje epidermis a korium. Buňky **stratum spinosum** mají tvar ostnu a tvoří několik řad nad bazální vrstvou, spodní řady mají germinativní funkci, naopak v horní části dochází v přeměnu keratinocytů na keratin. (Štokr, 2013, s. 2) „**Stratum granulosum** je tvořeno až 1 až 3 řadami oploštělých buněk, pro které jsou charakteristické tmavě se barvící granula *keratohyalynu*, *prekurzory keratinu*.“ **Stratum lucidum** je tvořeno světlolomnou vrstvičkou skládající se z dvou až tří oploštělých buněk. **Stratum corneum** je tvořeno zrohovatělými šestiúhelníkovými lamely, které jsou kladené hustě přes sebe. Neodlupující se část se nazývá **stratum conjunctum**, svrchní odlupující se vrstva **stratum disjunctum**. **Melanocyty** jsou orgány neuroektodermálního původu, které v sobě hromadí melanin, který tvoří tzv. pigment. Pigmentace kůže je u každého jedince jiná a může být jiná i na různých místech těla u jednoho jedince, melanocyty se nachází především v bazální vrstvě epidermis a ve vlasovém folikulu. **Langerhansovy buňky** jsou tvořeny v kostní dřeni a jejich hlavní funkcí je dodávání antigenu lymfocytům. **Merkelovy buňky** mají funkci mechanoreceptorů a jsou lokalizovány v bazální vrstvě epidermis a ve vlasovém folikulu. (Štokr, 2013, s. 4,5)

„**Korium** je vazivová střední vrstva kůže.“ Korium můžeme dělit na dvě části *pars papillaris* a *pars reticularis*. „V koriu převažují tři základní druhy buněk: *Fibroblasty* (aktivní forma fibrocytů) jsou nejdůležitější buňky pro syntézu vaziva.“ (Štokr, 2013, s. 5) **Histocyty** jsou buňky, které enzymaticky likvidují odpadní materiály z kůže pomocí fagocytózy. **Mastocyty** jsou velké buňky, které obsahují mediátory jako histamin, heparin a serotonin a mají za následek alergické a zánětlivé reakce. Korium také obsahuje různé druhy vláken, jako je kolagenní, elastická retikulinová,

kteřá zajistí pevnost kůže a její elasticitu. **Extracelulární matrix** si lze představit jako gel, který zajišťuje jistou pohyblivost buňkám a vláknům. V kůži je také přítomno mnoho druhů receptorových tělísek, které nám zprostředkovávají pocit tlaku, chladu, tepla a bolesti. (Štokr, 2013, s. 5-7)

1.1.1 Kožní adnexa

Mazové žlázy nalezneme téměř po celém těle, kde je přítomno ochlupení. Jsou většinou přímo svázány s aparátem chlupů či vlasů, nenalezneme je tedy na dlaních a ploskách nohou. Jsou ovšem lokace, kde ochlupení není přítomno, ale mazové žlázy ano, např. sliznice úst a labia minora. **Potní žlázy apokrinní**, neprodukují pot, ale viskózní sekret bohatý na lipidy. Jejich sekret vlivem bakteriálního osídlení v pubickém ochlupení může zapáchat. Sekrece se spouští vlivem hormonů až v období puberty. **Potní žlázy ekrinní** jsou rozptýleny po celém těle a produkují směs vody, iontů Na a Cl. Růst **Vlasů** je zahájen již nitroděložně, a to tvorbou lanuga ve 20. týdnu gravidity. Během těhotenství se jich vytvoří 5 milionů po celém těle a jejich vývoj postnatálně končí. Rychlost růstu vlasů na pokrývce hlavy je 0,35 mm za den. Hustota, barva, tvar a tloušťka vlasů záleží na dané lokalitě, rase a pohlaví. Melanocyty ve vlasovém folikulu určují barvu vlasů. „Existuje několik druhů vlasů. Lanugo nahrazuje po porodu velusový vlas, který nemá dřeň a má málo pigmentu. Terminální vlas je dlnější, pigmentovaný a s dřeň. Mezi pili longi (dlouhé vlasy) tohoto typu patří: capillus (pilus capitis – vlas na hlavě), barba (vous), hirci (chlupy v podpaždí), pubes (na ohanbí) a ochlupení těla. Zbylé ochlupení jsou pili breves (krátké vlasy): cilia (oční řasy, supercilium (obočí), vibrissae (chloupky v nose), tragi (chloupky v ústí zevního zvukovodu).“ (Štokr, 2013, s. 8) **Nehet** je tvořen tvrdým kreatinem, dále se skládá z nehtového lůžka, nehtové ploténky, nehtových valů a matrixu. Nehet na prstě ruky roste mnohem rychleji než nehet na noze. Průměrná rychlost růstu nehtů je 0,12mm za den. Nejhlubší vrstvou kůže je **tela subcutanea**, která je tvořena především tukovými buňkami v řídkém vazivu, po celém těle tvoří jinak silnou vrstvu, na stehnech a hýždích tvoří tukový polštář. (Štokr, 2013, s. 7-9)

1.2 Fyziologie kůže

1.2.1 Ochranná funkce

Fyzikální bariéra plní tři funkce. Mechanickou, která zajišťuje pružnost a pevnost pomocí promaštěné rohové vrstvy, fotoprotektivní funkci, která zajišťuje ochranu před ultrafialovým zářením, elektrická funkce zajišťuje proudění iontů do kůže a odpuzuje prachové částice a nečistoty. **Chemická bariéra** je zajištěna především kyselým pláštěm kůže a samočisticí schopností kůže. **Biologická bariéra** se podílí na očistné funkci, a především kyselé pH působí antimikrobiálně. Biologickou ochranu kůže můžeme narušit zásaditými mycími prostředky, proto se nedoporučuje přehnaná očista, kterou se též odstraní přirozené osídlení pokožky, které má též ochranou funkci. (Štokr, 2013, s. 9-10)

1.2.2 Sekreční funkce

Kůže produkuje čtyři základní produkty: melanin, keratin, pot a maz. **Keratin** "je nejpevnější struktura lidského organismu, rezistentní vůči řadě chemických a fyzikálních vlivů." (Štokr, 2013, s. 10) **Melanin** je pigment produkovaný melanocyty, jehož množství je ovlivněno pohlavím, podnebím a lokalizací na těle. **Pot** plní funkci hydratační, termoregulační a emocionální. Pot je především tvořen vodou, fosfáty, minerály a kyselinou mléčnou. Základní funkcí mazu je vytvářet ochranný tukový film na povrchu kůže. Je produkován mazovou žlázou u vlasového váčku. (Štokr, 2013, s. 10)

1.2.3 Senzorická funkce

V kůži je umístěno nespočet receptorů, které nás mají informovat o vnějším světě a zajišťovat nám bezpečí, podávají informaci o teple, chladu, tlaku, bolesti a svědění. Pokud **imunologická funkce** nefunguje správně, může vzniknout alergická reakce. Kůže je nejvystavovanějším orgánem alergenům. (Štokr, 2013, s. 11)

1.3 Základní odlišnosti kůže novorozence a dospělého

Dětská kůže je více náchylná k mnoha vlivům, chemickým, mechanickým, fyzikálním a biologickým. Kůže dítěte obsahuje mnohem více tuků než kůže dospělého, to ovlivňuje vstřebávání léků a chemických látek aplikovaných na kůži. Epidermis je mnohem tenčí než u dospělého a není dostatečně vyvinuté kyselé pH pokožky, proto je důležité používat pH neutrální mýdla. *„Škára dítěte váže i ztrácí velké množství vody.“ (Sedlářová, 2008, s. 63) Vázací schopnost vody se zvyšuje během prvních 14 dnů. Novorozená kůže je výrazně sušší než kůže starších kojenců. Tyto změny hydratace a vazby vody ukazují, že kůže se přizpůsobuje novému prostředí. (Visscher 2014, s. 33.) Kůže novorozence je také více červená z důvodu prosvítání cév a chybění stratum granulosum. Novorozenecká kůže je méně pokryta vlasy a chlupy, epidermis je ztenčená, intracelulární spojení je slabé. „Dermoepidermální spojení je volnější, kůže snadněji reaguje na různé podněty tvorbou puchýřů. Činnost ekrinních a apokrinních žláz je snížena.“ (Polášková, 2012; s. 68) Škára je u novorozence méně pružná než u dospělého jedince, také činnost mazových žláz je zvýšena. Kůže novorozence je mnohem náchylnější k tvorbě puchýřů, opruzenin, nebo naopak k přesušení a tvorbě suchých šupin. (Polášková, 2012; s. 68)*

1.4 Novorozenecká dermatologie

1.4.1 Benigní kožní projevy

Dětská kůže je více náchylná k mnoha vlivům, chemickým, mechanickým, fyzikálním a biologickým. Kůže dítěte obsahuje mnohem více tuků než kůže dospělého, to ovlivňuje vstřebávání léků a chemických látek aplikovaných na kůži. Epidermis je mnohem tenčí než u dospělého a není dostatečně vyvinuté kyselého pH pokožky, proto je důležité používat pH neutrální mýdla. „*Škára dítěte váže i ztrácí velké množství vody.*“ (Sedlářová, 2008, s. 63) Vázací schopnost vody se zvyšuje během prvních 14 dnů. Novorozená kůže je výrazně sušší než kůže starších kojenců. Tyto změny hydratace a vazby vody ukazují, že kůže se přizpůsobuje novému prostředí. (Visscher 2014, s. 33.), Kůže novorozence je také více červená z důvodu prosvítání cév a chybění stratum granulosum. Novorozenecká kůže je méně pokryta vlasy a chlupy, epidermis je ztenčená, intracelulární spojení je slabé. „*Dermoepidermální spojení je volnější, kůže snadněji reaguje na různé podněty tvorbou puchýřů. Činnost ekrinních a apokrinních žláz je snížena.*“ (Polášková, 2012, s. 68) Škára je u novorozence méně pružná než u dospělého jedince, také činnost mazových žláz je zvýšena. Kůže novorozence je mnohem náchylnější k tvorbě puchýřů, opruzenin, nebo naopak k přesušení a tvorbě suchých šupin. (Polášková, 2012, s. 68)

1.4.2 Bakteriální kožní onemocnění

Impetigo contagiosa způsobují dva původci. *Staphylococcus aureus* a hemolytické streptokoky skupiny A. *Staphylococcus aureus* vyvolává malé žluté puchýřky, které často praskají. Streptokoky naproti tomu vytváří velké silné puchýře s krustou, dle literatury medově zbarvenou. Výskyt těchto puchýřů je na obličeji a na ruce. Onemocnění se přenáší přímým kontaktem, proto jsou při setkání s onemocněním důležité zásady asepse, prevence šíření mezi ostatními kojenci, hygienická dezinfekce rukou. Onemocnění se léčí pomocí antibiotických mastí a vlhkých obkladů s antiseptickým roztokem a celková antibiotická terapie při nelepšení nálezu. Po prodělání tohoto onemocnění se kontroluje moč pro včasný záchyt poststreptokokové glomerulonefritidy. **Staphylococcal Scalded Skin Syndrome** je onemocnění způsobující tvorbu rozsáhlých puchýřů nejčastěji se vyskytujících na přední straně trupu, obličeji a končetinách. Toto onemocnění

způsobují stafylokoky, které produkují toxiny a narušují mezibuněčná spojení v kůži, a tím způsobují epidermolýzu. Vrstvy kůže se mohou odlučovat ve velkých listech a vzhled kůže potom připomíná spálení od slunce a následné „loupání“. Léčba je založená na celkové antibiotické léčbě, antibiotických mastech a otevírání uzavřených puchýřů. Onemocnění je vysoce nakažlivé. Erysipel je onemocnění způsobené streptokoky. Projevuje se zarudnutím v místě postižení lymfatické uzliny, mohou ho doprovázet hořčnaté stavy a bolest. Nejčastější vstupní branou infekce jsou drobné oděrky či ranky. Léčba celkovými antibiotiky, klidový režim a léčba místa vstupu infekce. (Muntau, 2014, s. 451-453)

1.4.3 Virová kožní onemocnění

Molluscum contagiosum, je virové onemocnění tvořící epitelioomy připomínající bradavice, které, když jsou zmáčknuty, uvolní hrudkovitou hmotu. Toto onemocnění se přenáší přímým kontaktem či kontaminovanými předměty. Obecně jsou k tomuto onemocnění náchylnější děti trpící atopickým ekzémem. U tohoto onemocnění často dochází ke spontánnímu zhojení, ale může mu pomoci stlačováním těchto bradavic a vymačkání hrudkovité hmoty usnadněné naříznutím bradavice nebo propíchnutím. (Muntau, 2014, s. 453, 454)

1.4.4 Puchýřnatá onemocnění kůže

Epidermolysis bullosa simplex je onemocnění tvořící velké napjaté puchýře, které snadno praskají a vznikají na základě působení tepla, tření a tlaku. Tyto puchýře se objevují již po narození a v kojeneckém věku, postupem času mizí a objevují se jen při vysokém tlaku. Nevyskytují se na sliznicích. **Epidermolysis bullosa dystrophica** je onemocnění, které postihuje sliznice a celou kůži, vytváří velké puchýře, které po strhnutí vytvoří velké vředy a které se velmi těžko hojí. Dochází k tvorbě velkých jizev, synechiím, alopecii a dystofickým změnám nehtů. Následek toho onemocnění může být i úplné ztracení zubů, nehtů a deformaci článků prstů. **Epidermolysis bullosa polydysplastica** je smrtelné onemocnění postihující velké plochy a sliznici gastrointestinálního traktu. Dochází také k hypoplázii kostí. **Epidermolysis bullosa letalis** je onemocnění postihující všechny sliznice a kůži. K úmrtí dochází pár týdnů po narození. **Erythema exsudativum multiforme minus** je lehčí forma onemocnění, která se projevuje červenými eflorescencemi umístěnými zejména na končetinách a obličeji. Po

zhojení mohou být zaznamenány poruchy pigmentace. **Erythema exsudativum multiforme majus** (Stevens Jonsonův syndrom): u tohoto onemocnění dochází k erozním změnám na sliznicích dutiny ústní a po celém těle. Onemocnění je často doprovázeno infekcí a horečkami. Mohou být přítomny i orgánové projevy, jako je pneumonie, endokarditida, nefritida a artritida. Toto onemocnění za sebou nechává orgánové postižení. Léčba salicyláty a kortikosteroidy. (Muntau, 2014, s. 455-457)

1.4.5 Hodnotící metody poškození kůže

V dnešní době se rodí čím dál více nedonošených novorozenců a dokážeme zachránit i ty nejmenší s porodní vahou kolem 500 gramů. Tyto děti jsou v kritickém stavu. Zvyšuje se i počet chronicky nemocných dětí, a tím dochází i k vyššímu riziku poškození kůže, mezi něž patří i opruzeniny. Kůže novorozence je asi o 40% tenčí než kůže dospělého člověka a je v ní také obsaženo méně kolagenu a elastinu. Tyto složky mají vliv na odolnost kůže vůči tlaku a tření. U nedonošeného novorozence je mnohem větší riziko poškození kůže než u donošeného novorozence, protože zraní kůže je zahájeno přibližně okolo 32. týdne gravidity, a to způsobuje menší odolnost vůči biologickým, chemickým, mechanickým a fyzikálním vlivům. V této kapitole se podíváme na některé hodnotící metody kůže. **Waterlowové škála** je škála hodnocení kůže dospělých. Waterlovová a Forshawová se snažily o její modifikaci a aplikaci na novorozence. Aplikovaly výzkum na 302 dětí, aby zjistily výskyt poškození kůže u dětí od narození po věk 16 let. Na Waterlowové škálu navazuje i **Bedi scale** z roku 1993 navrženou v londýnské nemocnici Bedim a kolektivem dalších autorů. Tato škála hodnotí hmotnost, věk (novorozenecký -12 let), typ kůže, zvláštní rizika (infekce, diabetes), kontinenci, mobilitu, cyanózy, neurologické problémy, medikaci (ATB), výživu (nasogastrická sonda) a délku chirurgických zákroků. Hodnocení nad 10 bodů znamená riziko, nad 15 vysoké riziko, nad 25 velmi vysoké riziko. **Branden Q scale** navrhly Quigleyová a Curleyová podle Brandenové škály v roce 1996, ale publikovali ji až v roce 2003. Škála hodnotí tyto oblasti: pohyblivost, aktivita, smyslové vnímání, vlhkost pokožky, tření, stav výživy, tkáňovou perfúzi a oxygenaci. Minimální počet bodů v každé oblasti je 1 (nejvíce rizikové) až 4 (nejméně rizikové). Děti s počtem bodů pod 23 se hodnotí jako rizikové. **Neonatal/Infant Branden Q scale** je upravenou podobou Branden Q scale. Do

hodnocení této škály je zahrnuto i gestační stáří novorozence. Za rizikové skóre je považováno méně než 20 bodů. **Neonatal Skin Risk Assessment Scale** je škála vytvořená z Branden Scale a hodnotí tyto oblasti: gestační věk, stav vědomí, pohyblivost, aktivitu, stav výživy a vlhkost kůže. Hodnocení této škály je obrácené. Čím více bodů, tím je větší riziko poškození kůže. Za rizikové se považuje hodnocení více než 13 bodů. (Fendrychová, 2013, s. 85 – 100)

1.5 Hygienická péče o novorozence

1.5.1 První koupel novorozence

Na první koupel novorozence bychom měli myslet až po stabilizování jeho stavu. Stabilizovaný je novorozenec tehdy, pokud jsou jeho vitální funkce v normě po dobu 2-4 hodin. (Fendrychová, 2012, s. 106, 107) Koupání v období bezprostředního porodu nese riziko hypotermie, kompromisů dýchacích cest a zvýšené spotřeby kyslíku. První koupel by proto neměla být prováděna, dokud se životní funkce a teplota dítěte neustálí. (Kuller, 2014, s. 166-170.) Jako prevenci přenosu nákaz používáme vždy jednorázové rukavice do období po první koupeli, což může vést k předčasné koupeli novorozence již na porodním sále či oddělení. Před koupelí bychom měli vždy provést hodnocení kůže, abychom mohli objektivně hodnotit případné změny na kůži novorozence. Fendrychová doporučuje hodnotící škálu **Neonatal Skin Condition Score**. Vhodným způsobem očisty před zhojením pupečního pahýlu je sprchování. Důležité je nastavit si ideální teplotu vody a proud. Teplotu vody vyzkoušíme na svém předloktí. Prvním úkonem je otření obličeje novorozence mokrou žínkou bez mýdla. Poté si namydíme žínku tekutým dětským mýdlem a začneme mydlit. Nikdy nemydlíme ta místa, kde jsme již byli. Namydíme vlásky, dále krček a ručky, pokračujeme na hrudní koš, břicho a záda, dále myjeme nožky a na konec vždy genitál a zadeček. Genitál u dívek myjeme zásadně zepředu dozadu (od symphýzy k anu). Genitál u chlapečků umyjeme a soustředíme se i na šourek. **Předkožku nikdy nepřetahujeme přes žalud.** Po opláchnutí všech zbytků mýdla přejdeme k sušení. Dbejte na jemné přistupování k pokožce dítěte. Po osušení dítěte položíme novorozence na již připravenou suchou plenu, zde vytřeme ouška vatovou tyčinkou, u dívek oddálíme labia minora a jemně otřeme sekret. Začneme odstraňovat mázek olejem. Není nutné odstranit mázek všechen. Po koupeli znovu zhodnotíme stav kůže a porovnáme s výsledky před koupáním. Novorozence zabalíme, abychom předešli tepelným ztrátám. Na konec novorozence učešeme. (Fendrychová, 2012, s. 106, 107)

1.5.1.1 Odložení první koupele novorozence

Existuje mnoho důvodů, proč se vaše dítě nemusí koupat během prvních hodin, nebo dokonce dnů, po narození. Zdá se, že mnoho nemocnic má naléhavou potřebu koupat dítě v prvních hodinách po narození, ale jako rodiče můžete rozhodnout o tom, kdy koupat dítě a kdo to má dělat. Existuje několik výhod pro pozdější první dětské koupele. Můžete se znovu zamyslet. Děti se narodily s přírodní ochranou kůže. V děloze jsou děti chráněny před vodním prostředím speciální látkou nazývanou vernix neboli mázek, která se nachází na jejich kůži. Můžete si všimnout nějakého mázku na vašem narozeném miminku. Vypadá trochu jako bílý, voskovitý, smetanový sýr. Některé děti ho mají hodně, jiné ne tolik. Kojenci mají tendenci ztrácet mázek během těhotenství, takže u dětí narozených ve 42 týdnech nemusí být mázek vidět, i když obvykle je stále přítomen v záhybech jejich kůže a v podpaží. Děti, které se narodily dříve, často mají větší vrstvu mázku. Novější výzkum naznačuje, že mázek má imunitní vlastnosti a ponechat ho na kůži vašeho dítěte poskytuje vrstvu ochrany, zatímco imunitní systém vašeho nového dítěte je stále silnější. Mázek je také nejlepší hydratace a pomáhá udržet pokožku dítěte měkkou a pružnou. Ujmutí vašeho dítěte od vás brzy po narození za účelem koupání může narušit proces vašeho dítěte poznat vás a cítit se bezpečně. Novorozenci stále zjišťují, jak udržovat svou vlastní tělesnou teplotu. Koupání může vést k tomu, že dítě se musí více snažit, aby udržovalo teplotu těla v normálním rozmezí. Být oddělený od matky může přidat více stresu novému miminku. Když je vaše dítě vzato od vás, aby se koupalo, může plakat, cítit se nepříjemně a rozrušeně. To způsobí, že jeho tělo uvolní stresové hormony v reakci na tuto novou situaci. Nezapomeňte, že malé děti rychle prochladnou, když jsou mokré. V mnoha nemocnicích je pro zaměstnance vhodné pracovat s rukavicemi na ruku před první koupelí novorozence. Vzhledem k tomu, že přenos infekcí získaných v nemocnici je na vzestupu, někteří považují za správnou praxi, aby všichni zaměstnanci nemocnice nosili při manipulaci s novorozencem rukavice, a to i v případě, že již došlo k lázni. Sdílení vašich přání s personálem nemocnice může být provedeno s úctou a vaše přání mohou být vyplněna. (<https://www.verywellfamily.com/>) **Funkce mázku** Hydratace pokožky po narození rychle klesá a poté se zvyšuje v příštích dvou týdnech. Vzhledem k vysokému obsahu vody v mázku, byl účinek na

hydrataci pokožky prokázán. Mázek také snižuje pH pokožky novorozence, a působí tak antimikrobiálně. Součástí lipidových a proteinových frakcí mázku jsou specifické antimikrobiální látky, které jsou bioaktivní vůči bakteriálním a houbovým patogenům. Filmy mázku brání pronikání exogenního enzymu chymotrypsinu (nalezeného v mekoniu, podobných proteolytických enzymů přítomných ve stolici), tím brání vzniku opruzenin. Epidermální bariérová léčba založená na mázku může chránit před zranitelnými místy, jako je opožděné dozrávání bariér, zpožděná tvorba kyselých plášťů, infekce a ztráta vody. Výzkum mázku podporuje doporučení Světové zdravotnické organizace, že mázek zůstává na kůži při narození a že se koupání mělo zpozdřit po dobu šesti hodin. (<https://www.sciencedirect.com>)

1.5.2 Běžná koupel novorozence

Je třeba zdůraznit určité zásady péče o pleť, jako jemné čištění, adekvátní hydratace a zvlhčování pokožky zabraňující tření a maceraci v záhybech těla, ochrana před dráždivými látkami a přímým slunečním světlem. Je důležité pochopit "bariérovou funkci kůže", která se nachází hlavně v corneální vrstvě epidermis. Skládá se z keratinocytů (tvořených bílkoviny a lipidy) vložených do matrixu bohatého na lipidy sestavené z cholesterolu, ceramidů a mastných kyselin. Další třída lipidů je také vylučována na povrch epidermis, která při interakci s vodou vytváří hydrofilní film, který je důležitý pro udržování obsahu vlhkosti a sensorických atributů kůže. Další důležitá vývojová variace kojenecké kůže je "kyselý plášť" nebo funkční schopnost pokožky vytvářet povrchově nižší pH. Mezi povrchem kůže je těsné spojení pH a mikrobiální flóry, protože vzrostlé pH kůže od kyselé k neutrální může způsobit přechodné zvýšení celkového počtu kožních bakterií a přemnožení přítomného druhu, proto je důležité udržovat tento kyselý plášť na kůži dítěte. (Sarkar, 2010, s. 594) Díky novému zjištění, že k narušení přirozené ochranné bariéry značně přispívají kosmetické produkty, se již nedoporučuje každodenní koupání za použití mýdla. Doporučuje se omývat denně čistou vodou místa zapáčky, obličej, genitál a zadeček. Pokud dítě myjeme mýdlem, doporučuje se používat glycerinové mýdlo bez parfemace. Celkovou hygienu s mýdlem bychom měli provádět 1x týdně. (Sedlářová, 2008, s. 65) Před

zahájením koupele by si žena měla připravit všechny pomůcky, rozprostřít osušku po přebalovacím pultu, připravit si žínku, dezinfekční roztok na ošetření seříznutého pupečníku, hřebínek, oblečení dítěte a napustit vaničku teplou vodou okolo 37 °C, kterou překontrolujeme buď teploměrem, nebo ponořením předloktí do vody. Jiří Dort doporučuje nejdříve dítě omýt žínkou namočenou v teplé vodě a postupovat od očíček a obličeje na krček, hrudník, horní končetiny, záda, nožky, genitál a na závěr zadeček. Poté dítě přeneseme do vaničky technikou, kdy jednou rukou podpíráme hlavičku a držíme dítě za horní končetinu a druhou rukou držíme dítě pod zadečkem za dolní končetinu. Položíme dítě do vaničky, ale horní ruka zůstává na svém místě a podpírá hlavičku. Druhou rukou můžeme dítě oplachovat teplou vodou. Vykoupané dítě položíme na již připravenou osušku na přebalovacím pultu a dítě jemně osušíme. Nezapomínáme na místa kožních záhybů. (Dort, 2011, s. 28, 29) Fendrychová uvádí, že koupání dítěte bez jakýchkoliv přípravků není ideální, naopak doporučuje koupání dítěte s koupelovými oleji, které novorozence chrání před ztrátami vody přes kůži. Také kritizuje metodu namydlení dítěte na přebalovacím pultu a posléze přenesení do vaničky, protože hrozí riziko vyklouznutí dítěte. Použití emoliencí pouze u dětí s velmi suchou pokožkou a u nedonošenců. Je vhodné také dítě zahřát teprve v náručí matky a poté jej osušit na přebalovacím pultu. Důležité je také zakrýt vlhké vlásy čepičkou, aby nedocházelo ke zbytečným teplotním ztrátám. (Fendrychová, 2011, s. 74, 75) „Rodiče rovněž informovat o bezpečnosti dítěte v průběhu koupele, aby jej nikdy nenechávali ve vodě bez dozoru nebo pod dohledem jiného dítěte. Vaničku musí mít položenou na pevném místě a vždy zkontrolujte teplotu vody před vložením dítěte do lázně.“ (Fendrychová, 2015; s. 276) O vlasy pečujeme zprvu pouze opláchnutím vody a 1x týdně používáme dětské mýdlo, po jednom roce můžeme používat dětské šampony, které nedráždí oči. Vlasy nefénujeme a nepoužíváme žádnou jinou vlasovou kosmetiku. (Sedlářová, 2016, s. 68)

1.5.3 Koupel v kyblíku

Koupání dětí v kyblíku má mnoho výhod, ale i některé nevýhody. Výhodami koupání v kyblíku je pocit bezpečí dítěte, uvolnění, relaxace. Koupací kyblík je vyroben z měkkého materiálu. Ve spodní části je vybaven protiskluzovým proužkem, na stranách má odměřovací rýhy, podle kterých se může rodič

orientovat, kolik má napustit do kyblíku vody. Koupací kyblík byl navrhnut tak, aby simuloval prostředí v děloze, dno je užší a pomalu se rozšiřuje. Děti se ponořují do kyblíku ve svislé poloze a jejich zadeček se opře o dno kyblíku. Během pár chvil zaujmou pozici jako v matčině děloze. Tato poloha napomáhá trávení a uvolní od bolení břicha. Dítě by mělo mít vodu maximálně po ramínka. V kyblíku lze koupat i drobnější tříleté děti, ale ve vaničce již ne. Nevýhodou koupacího kyblíku je horší dostupnost a manipulace s dítětem. (Fendrychová, 2009, s. 69 - 70)

1.5.4 Koupel nedonošeného novorozence

Kůže předčasně narozeného dítěte má fyziologické a anatomické odlišnosti a rizika s nimi spojená. Je to také největší orgán předčasně narozeného dítěte a činí přibližně 13% tělesné hmotnosti, zatímco u dospělých pouze 3%. Existují čtyři zvláštnosti kůže nedonošeného dítěte. Nedostatečné rozvinutí stratum corneum, kožní nestabilita, vysoké pH v postnatální fázi a nedostatek výživy. Od 27. do 29. týdne gravidity jsou všechny anatomické struktury pokožky vytvořené, ale ještě ne zralé. Zrání kůže nastává až 34. týden gravidity a pokračuje do porodu. (Huber, 2009, s. 266–276) Koupel nedonošených novorozenců pod 1500 gramů je kontraindikována a je doporučeno pouze omývání dětí v inkubátoru sterilní vodou, která je vyměňována 3x týdně. Každý novorozenec má přidělenou vlastní lahvičku s vodou. Při hmotnosti na 1500 gramů a stabilizovaném stavu je možno děti sprchovat nad vaničkou, musí se však dávat velký pozor, aby voda nezatekla do uší, očí a nosu. (Dort, 2011, s. 30) Při omývání dětí v inkubátoru se má postupovat tak, že hned po omytí jedné části těla je tato část ihned osušena, aby nedocházelo k teplotním ztrátám. Postupujeme od hlavičky směrem dolů a na konec vždy genitál a pak zadeček. (Fendrychová, 2011, s. 75) U nedonošených novorozenců se v prvních dnech života doporučuje úplné vyloučení používání mýdla, k osušení používáme pouze bavlněné materiály a sušíme ťupkáním, protože kůže nedonošence je velmi citlivá na tření. (Fendrychová, 2012, s. 109), (Fendrychová, 2015, s. 276), (Fendrychová, 2006, s. 168)

1.5.5 Péče o pupeční pahýl

Pupečník uzavřený plastovou svorkou běžně uschne a odpadne mezi 4. a 14. dnem života. Při uzavření plastovou svorkou je bílý, mírně vlhký pupečník úplně normální. I když se čas od času vylučuje několik kapek krve, není to důvod k poplachu. Všichni mají vlastní patentový návod na péči o pupečník a je pravděpodobné, že jsou všechny návody rozdílné. Všechny metody vedou ke stejnému cíli: pupečník odpadne. (Höfer, 2008, s. 275) Znamky infekce jsou začervenání, hnis. Pupeční pahýl by se měl omývat mýdlem, a to pouze pokud byl potřísněn močí nebo stolicí. Nevhodné je také používání některých desinfekčních prostředků, které zpomalují zasychání pahýlu. Líh nezničí mikrobiologické osídlení pupečního pahýlu a jen zpomaluje zasychání. Genciánová violeť sice osídlení zničí, ale její nadměrné používání může způsobit nekrózu kůže. Největším rizikem vzniku infekce jsou nečisté ruce personálu, proto, pokud jdeme sahat na dítě či jeho pupeční pahýl, musíme si ruce řádně dezinfikovat. O tomto poučíme i maminky, aby si řádně myly ruce. Pokud je dítě v inkubátoru, můžeme nechat pupeční pahýl volně ležet a zasychání je tak rychlejší. U donošeného novorozence necháme pupek překrytý pouze oblečením. Pokud nekrvácí, je také vhodné používat plenky s výřezem na pupek, nebo plenku pod pupkem ohnout. (Fendrychová, 2012, s. 109, 110), (Fendrychová, 2011, s. 123)

Desinfekční prostředky je vhodné vybírat bez silné koncentrace jodu a alkoholu, nechat působit 30 sekund a provést zákrok, po jehož provedení je vhodné desinfekci z kůže dítěte omýt sterilní vodou. **Adheziva** jsou lepicí prostředky. Snažíme se, abychom byli ke kůži co nejšetrnější, zvláště u nedonošených novorozenců, u kterých je kůže ještě citlivější než u fyziologického novorozence. Používáme co nejtenčí proužek lepicí náplasti, která je z nedráždivých materiálů. Při odstraňování náplasti si připravíme namočený mulový čtverec a snažíme se náplast odmočovat, nebo počkáme 24 hodin, než se odloučí kožní buňky a náplast půjde lépe odstranit. V žádném případě nepoužíváme benzín jako u dospělého. Po odstranění náplasti je možné místo natřít vazelínou, pokud zde nebudeme opět lepit. **Emoliencia** jsou změkčující a zvlhčovací prostředky, které se nejčastěji používají u nedonošených novorozenců, abychom zabránili ztrátám vody z pokožky. Převážně používáme emoliencia na bázi vazelíny, ale můžeme použít i minerální oleje. Rostlinné jsou nevhodné kvůli brzkému žluknutí. Emoliencia používáme také u přenášených novorozenců, kterým se odlupuje kůže. Důležité je

co nejméně třít. Aplikace emoliencií se může opakovat po 12 hodinách.

U donošených fyziologických novorozenců není důvod k používání emoliencií, protože jejich kůže je pokryta vlastním mazem. (Fendrychová, 2012, s. 110, 111), (Fendrychová, 2006, s. 168-170)

1.5.6 Péče o chrup

O chrup začínáme pečovat ihned s prořezáváním prvních zoubků, obvykle kolem 6-7 měsíce života dítěte. Trváme na pravidelném čištění alespoň 2x denně.

(Klíma, 2016, s. 43) Prořezávání zubů je velmi bolestivý proces, proto bychom měli dětem ulehčit a dávat jim kousátka a chladítka. Můžeme také provádět masáž dásně studeným gumovým kartáčkem. Mohou se používat i lokální anestetika, ale pozor, hrozí riziko udušení, proto by děti měly být pod dohledem dospělé osoby a uloženy na bok či břicho s hlavičkou na stranu, aby mohly volně odtékat sliny. (Sedlářová, 2008, s. 69)

1.5.7 Péče o oči

Oči nečistěte, dokud se neobjeví sekret. Zalepené oči jsou obvykle způsobeny zablokovanými slznými kanálky. Pokud je oko zarudlé, je infikováno. Důležité je klást důraz a očistit každé oko zvlášť, aby nedošlo k zavlečení infekce i do druhého oka. Použijte buď vatový tampónek nebo kousek tkaniny namočený ve sterilní či převařené vodě. (Petty, 2013, s. 1-14)

1.5.8 Péče o nehty

Mnoho dětí se narodí s dlouhými nehty, které jsou velmi ostré. Děti intenzivně manipulují s ručkami, a proto často ostré nehty zanechávají stopy na jejich citlivé pokožce. Na začátku můžeme dítěti oblékat rukavičky, ale později si každý musí najít svou techniku, jak děťátku nehtíky ostříhat. (www.supermamicka.sk) 10. 12. 2017 v 9:15) Nehty u novorozenců stříháme až po propuštění z nemocnice. Na ruku stříháme nehty do obloučku a na nohou rovně, preferujeme nůžtičky se zaoblenou špičkou. Kůže nehtíku je přirostlá k nehtu, proto musíme dávat velký pozor, abychom dítě nestříhli. Pokud se i tak stane, je důležité ránu důkladně vydezinfikovat. Ideální je stříhat novorozencům nehtíky ve spánku. (Sedlářová, 2016, s. 71) „Na ostré hrany je vhodné použít papírový pilník, který je v novorozeneckém věku považován za nejbezpečnější alternativu.“ (Fendrychová,

2015, s. 276)

1.5.9 Typy plen

Je na matce, aby si sama vybrala typ plen, který chce používat. Na výběr jsou tu jednorázové pleny, látkové pleny či bezplenková metoda.

1.5.9.1 Jednorázové pleny

Mají jednu nespornou výhodu. Jednoduchost a absorpční schopnost, která zajistí rychlé oddělení moči od stolice. Není čas na vytvoření amoniaku, nedráždí se tedy tolik kůže novorozence, ale zároveň si musí žena dobře vybrat plenku podle velikosti dítěte. Malá plena dítě škrtí, z velké dítě vypadává a moč a stolice mohou uniknout mimo plenu. Také je důležité vybrat si pleny, které neobsahují chlór, sníží se tak dráždivost pokožky dítěte. Novorozenec močí přibližně 20x denně. Je dobré plenu vyměňovat alespoň 7-8x denně. (Sedlářová, 2008, s. 67) Jednorázové pleny se dají kdykoliv přikoupit, když je potřeba, avšak skýtají velké množství nevýhod, které si představíme. Nejsou šetrné k životnímu prostředí. Dvouleté dítě za svůj život vyprodukuje přibližně 1000 kilogramů odpadu pouze v plenkách, je potřeba mnohem většího množství vody, než na výrobu a praní látkových plen, je potřeba více surovin, obnovitelných i neobnovitelných. Jsou mnohem finančně náročnější než látkové pleny i se zahrnutím spotřeby vody a energie. Likvidace jednorázových plen na skládce trvá až 400 let, nebo dochází k jejich likvidaci ve spalovnách. Nasáklé plence trvá déle, než úplně shoří, a do ovzduší se vypouští více zplodin. Nejdůležitějším faktorem je ale pozdější chození na nočník a naučení samostatné toalety. Dítě nic nestudí a počůraná plenka mu nevádí, nemá tedy potřebu se učit novým způsobům. Alternativou jsou **ekoplenny**, které nezatěžují tolik životní prostředí svou likvidací, jsou kompostovatelné. Nespornou výhodou je, že neobsahují chlór ani jiná bělidla (plenka je žluto bílá), které jinak mohou dráždit pokožku dítěte. (Soukupová, 2007, s. 396–398)

1.5.9.2 Látkové pleny

Moderní látkové pleny můžeme dělit do dvou skupin: vícevrstvé a vše v jednom. Každý druh skýtá jiné přednosti. Vícevrstvé látkové pleny se většinou skládají z kalhotek a plenky, která se vkládá dovnitř. Toto rozložení znamená, že vnitřní vložka se vyměňuje pravidelně a svrchní jen, když je potřeba (promočená, nebo

znečištěná stolicí). V tomto druhu látkových plen lze vložku upravit, či jinak složit podle konzistence stolice či množství moči. Vnitřní vložka se dá použít i do jiných velikostí kalhotek, což znamená, že při pořizování si nakoupíte více vkládacích plen a méně svrchních, a později si stačí dokoupit jinou velikost svrchních plenek. Bohužel typ All in one (vše v jednom) tuto možnost neskýtá. Pokud je plena pomočena, musí se vyměnit celá, čímž dochází k častějšímu praní celkových plen a většímu ničení než u vícevrstvého systému, ale systém all in one je mnohem jednodušší a rychlejší na výměnu. Napodobuje dokonale systém výměny jednorázových plenek, bohužel je jich potřeba více, a tím stoupá i pořizovací cena. Výhody látkových plen: Vyšší odvod tepla od genitálií, předchází přehřívání varlat a infekcím ženských genitálií, rychlejší zvykání na nočník. Látková plena není tak pohodlná pro dítě jako jednorázová. Pokud je látková plena promočena, může začít studit a dítěti se nelíbí ani pocit mokra. To dítě přinutí k rychlejšímu zvykání na nočník. Z důvodu nepohodlí se dítě i hlasitě projevuje, pokud je plena znečištěna, což vede k častějšímu přebalování a snížení rozpadu močoviny na amoniak a předcházení vzniku opruzenin. Dalšími nespornými výhodami je finanční úspora rodiny, které může činit 20000-30000 rodinného rozpočtu. Plenky se navíc mohou uschovat pro další dítě nebo prodat dál, a to je další ušetření. Velmi také šetříme životní prostředí, viz. jednorázové plenky. (Pařízek, 2009, s. 550 - 551) Často zmiňovanou nevýhodou je časová náročnost, to ale s dostupností automatických praček je již přežitek. Látkové pleny se již dnes nezehlí a stejný čas, co věnujete praní a věšení, strávíte vyhledáváním slev na jednorázové pleny a neustálým dokupováním. (Soukupová, 2007, s. 396–398)

1.5.9.3 Bezplenová komunikační metoda

Je založena na vnímání potřeb vlastního dítěte a čtení signálů, které dítě vydává před aktem vylučování. Nejčastěji popisovaným signálem je zavrtění se, schování se do koutka. Metoda spočívá v rozpoznání signálu a přenesení dítěte nad nočník či toaletu. Tato metoda je nejvíce rozšířena mezi přírodními primitivními kmeny, kde si zkušenosti předávají matky mezi sebou. Při správném čtení chování dítěte si brzy vytipujete, kdy bude dítě vylučovat. Bezplenová metoda silně utužuje vztah matky a dítěte, zároveň je to nejpřirozenější a nejlevnější metoda péče o vyměšování dítěte. Bohužel tato metoda je v moderních zemích stále kritizována. (Soukupová, 2007, s. 396–398)

1.5.10 Péče o kůži dítěte po výměně pleny

Při přebalování dítěte je také důležité pečovat o jeho zadeček, proto se potřebujeme důkladně zbavit stolice, nejlépe umytím pod tekoucí vodou za pomoci mýdla s neutrálním pH. (Sedlářová, 2008, s. 67) Pokud nemáme po ruce tekoucí vodu, je možnost použití vlhčených ubrousků. Mějte ale na paměti, že je důležité vybrat správné. Ideální jsou ubrousky bez alkoholu, konzervantů a parfemace. Po použití ubrousků je dobré dítě opláchnout, jakmile je vhodná příležitost. Pokud již máme dítě čisté, přijde na mysl ochranný krém. (Fendrychová, 2015, s. 276),

1.5.11 Plenková dermatitida

Plenková dermatitida je nejčastější kožní porucha u kojenců a je častou obavou pro rodiče a pečovatele. Jedná se o dráždivou kontaktní dermatitidu, která je způsobená poruchou normální kožní bariéry v důsledku přítomnosti vlhkosti, tření, moči a výkalů. Stav se obvykle řeší konzervativní terapií. Je důležité rozlišovat plenkovou dermatitidu od jiných dermatóz, které se mohou vyvinout v místě pleny. (Shin, 2014, str. 367-382) Za příčinu plenkové dermatitidy se dříve považovala přítomnost amoniaku v moči. Vědci se domnívali, že amoniak dráždí kůži, také byl objeven mikroorganismus, který štěpí ureu na čpavek. Tento omyl byl vyvrácen až v 70. letech minulého století. Dnes správně mluvíme o kontaktní iritativní dermatidě, které je způsobena především kontaktem stolice s močí, při němž dochází ke štěpení urey na amoniak. Kontakt stolice s kůží také způsobuje aktivaci proteázy a lipázy, které narušují povrchový film kůže. Náchylnost novorozenců a kojenců k plenkové dermatidě je také způsobená zvýšenou hydratací pokožky a termoizolací pleny. (Čapková, 2010, s. 126–127) „Až 50 % pleny nosících dětí mívá během tohoto období nejméně jednou projevy plenkové dermatitidy, s nejvyšší prevalencí v období mezi 9. – 12. měsícem. Většina z těchto případů jsou lehké nebo středně závažné opruzeniny, které se omezují jen na plenkovou lokalizaci a během několika týdnů odeznívají při adekvátní léčbě.“ (Čapková, 2009, s. 119) Kůže pod plenkou je vlhká a teplá. Tím dochází k vazodilataci cévek v místě pleny. Přítomnost těchto faktorů způsobuje, že kůže je náchylná k oděru a otlacení, které je způsobeno pohybem dítěte. Macerovaná kůže může být více drážděna nevhodnými kosmetickými a dezinfekčními prostředky. Typů plenkové dermatitidy rozlišujeme 5. **W dermatitida** pohledem připomíná ostře ohraničené písmeno W. Vzniká třením vlhké pokožky o plenu

způsobenou pohybem dítěte. „*Epidermis je v místě postižení prosáklá, lesklá, živě červená, někdy připomíná charakterem spáleninu.*“ **Závorková dermatitida** je způsobena používáním jednorázových plen a častým střídáním sucha a vlhka. V místě tření okrajů plenky s kůží se zobrazují červené pruhy s pokračováním na stehna a břicho. „**Erozivní plenková dermatitida** (syn. *Jacquetova plenková dermatitida*): hovoříme o ní při vzniku papuloulcerózních lézí v místě konvexit v perigenitální nebo perianální oblasti.“ Na začátku onemocnění vznikají papulopustuly, které se postupem času mění ve vředy. Tato dermatitida je způsobena častým a dlouhým necháváním dítěte v pokálené plence. **Kojenecký gluteální granulom** je způsoben již dříve existující dermatitidou, dnes se spekuluje o vlivu lokálních kortikoidů použitých na léčbu již dříve existující dermatitidy. Tento typ plenkové dermatitidy je spíše ojedinělý. „**Lucky Luke**“ **Kontaktní dermatitida** je způsobena používáním jednorázových plen a kontaktem kůže s lepící složkou na plenách. Mohou se vyskytovat ostře ohraničená ložiska s malými žlutými puchýřky či jen zarudlé fleky. Komplikace plenkové dermatitidy je nejčastěji kontaminace *Candida albicans* projevující se výsevem červených pupínků v místě zapáčky, tedy v tříslech krku. Může být i za ušima a často se objevuje i kontaminace dutiny ústní, tedy soor. (Čapková, 2010, s.126–127)

1.5.12 Kontaktní dermatitida

Je způsobena používáním jednorázových plen a kontaktem kůže s lepící složkou na plenách. Mohou se vyskytovat ostře ohraničená ložiska s malými žlutými puchýřky či jen zarudlé fleky. Komplikace plenkové dermatitidy je nejčastěji kontaminace *Candida albicans* projevující se výsevem červených pupínků v místě zapáčky, tedy v tříslech, na krku, může být i za ušima. Často se objevuje i kontaminace dutiny ústní, tedy soor. (Čapková, 2010, s. 126–127) Existují dvě hlavní kategorie kontaktní dermatitidy, dráždivé a alergické. Dráždivá dermatitida je v podstatě přímé zranění pokožky způsobené takovými sloučeninami, jako jsou kyseliny, alkálie, fenol a detergenty. Imunitní systém se nepodílí na dráždivé dermatitidě a kůže je poškozena bez předchozí senzibilizace. Při alergické dermatitidě však kůže pacienta reaguje na látku, ke které je přecitlivělá. Kontaktní dermatitida může být buď akutní nebo chronická kožní porucha. Obecně je alergická kontaktní dermatitida závažnější a akutnější v počátku než dráždivá kontaktní dermatitida. U dráždivé kontaktní dermatitidy je vyrážka obvykle

omezena na oblast, která byla vystavena působení látky, zatímco při alergické kontaktní dermatitidě se vyrážka často rozšiřuje mimo oblast přímo vystavenou alergenu. Dráždivé látky odstraňují lipidy. Ty jsou mastnými látkami, které pomáhají udržovat celistvost kožních buněk. Dráždivé látky také poškozují schopnost pokožky udržet vodu. Obvyklá forma dráždivé kontaktní dermatitidy u kojenců je vyrážka plenky, která se vyvine, když je ochranná epidermální vrstva pokožky dítěte poškozena dlouhým obdobím styku s fekální hmotou a močí. Alergická kontaktní dermatitida je výsledkem, když opakovaná expozice alergenu (alergie vyvolávající látka) vyvolává imunitní odpověď, která zapálí pokožku. Ve vývoji ACD existují dvě fáze: indukční fáze, při které alergen pronikne do epidermis a je zpracováván buňkou prezentující antigen; a fázi vyvolávání, kdy senzibilizovaná osoba má druhou expozici alergenu, která produkuje zánětlivou odpověď několik hodin nebo dnů po druhé expozici. Zamezení nebo nahrazení známých nebo podezřelých alergenů či dráždivých látek je nejlepší prevencí. Pokud je obtěžování nesnesitelné, mohou být vyzkoušeny bariérové krémy a ochranný oděv. Kůže, která přichází do styku s látkou, která se dopustila infekce, by měla být co nejdříve důkladně omyta. Rodiče by se měli primárně zabývat zjištěním příčiny dětské nebo kontaktní dermatitidy dítěte nebo dospívajících, neboť léčba je často neúčinná, dokud se nedá odstranit nebo jí zabránit. Většina případů kontaktní dermatitidy má mírný průběh a lze ji léčit, aniž by narušila školní výchovu dítěte, nebo vážně ovlivňovala jeho kvalitu života. V některých případech mohou rodiče považovat za užitečné poradit se s dermatologem, aby zjistil konkrétní příčiny a navrhl produkty, které mohou nahradit ty, co způsobují kožní reakce. (<http://www.healthofchildren.com>)

1.6 Edukace porodní asistentkou v oblasti hygieny novorozence

Porodní asistentka by měla edukovat v oblasti hygieny v první řadě o bezpečnostních opatřeních při ošetřování novorozence. Porodní asistentka by měla matku upozornit, aby si všechny věci připravila dopředu. *„Rodiče rovněž informovat o bezpečnosti dítěte v průběhu koupele, aby jej nikdy nenechávali ve vodě bez dozoru nebo pod dohledem jiného dítěte. Vaničku musí mít položenou na pevném místě a je nutno vždy zkontrolovat teplotu vody před vložením dítěte do lázně.“* (Fendrychová, 2015, s. 276) Dále by se měla porodní asistentka zaměřit na upozornění matek, aby nikdy nenechávaly dítě samotné ležet na přebalovacím stole. Může se stát, že se dítě překulí a spadne. Vždy pokládáme dítě do vody, která je již napuštěná a matka před vložením zkontroluje teplotu vody ponořením předloktí. Důležité je také, aby porodní asistentka naučila matku různé úchopy k provádění hygieny. (Fendrychová, 2010, s. 126-128) Při přebalování dívek edukuje porodní asistentka o zásadě postupovat při mytí genitálu odpředu dozadu. Můžeme mírně oddálit malé pysky a jemně otřít. U chlapečků věnujeme pozornost šourku a kůži pod penisem. Dále porodní asistentka vysvětlí, že nikdy nepřetahujeme předkožku do věku dvou let. (Gregora, 2013, s. 224) Porodní asistentka by měla klientce doporučit vhodnou kosmetiku, poradit s výměnou plenky a připravit jí na možnost setkání s opruzeninami.

2 Praktická část

2.1 Formulace problému

Hygienická péče je nedílnou součástí života každého z nás, ale každý si pod hygienou představuje něco jiného. Nejde jen o kulturní a sociální odlišnosti, ale i o individualitu, proto chci zkoumat tyto odlišnosti v naší populaci. Kůže novorozence a kojence je mnohem náchylnější k různým poškozením, jak chemickým, tak mechanickým, proto o ni musíme adekvátně pečovat a chránit ji před škodlivými vlivy. Mnoho firem dodává na trh dermatologicky testovanou kosmetiku. Používá se tato kosmetika více než přírodní, která je dnes na vzestupu? Jaké kroky podnikají rodiče proti vzniku opruzenin? Jsou opruzeniny běžným problémem každého dítěte? Kolik dětí trpí dráždivými či alergickými reakcemi při používání běžné kosmetiky? Z těchto důvodů a kvůli těmto otázkám jsem si vybrala téma péče o kůži novorozence a kojence, abych zmapovala, jakým způsobem se v ČR pečuje o kůži novorozenců a kojenců.

2.2 Cíl výzkumu

Zjistit jakým způsobem pečují rodiče o kůži novorozenců a kojenců v ČR.

2.2.1 Dílčí cíle

Cíl 1: Zjistit způsoby ošetřování dětské pokožky při výměně pleny.

Cíl 2: Zjistit rozdíl ve výskytu opruzenin u dětí, v závislosti na kojení.

Cíl 3: Zjistit rozdíl ve výskytu opruzenin u dětí, v závislosti na druhu používaných plenek.

Cíl 4: Zjistit rozdíl ve výskytu alergických reakcí u dětí, v závislosti na typu využívané kosmetiky.

Cíl 5: Zjistit jaké typy kosmetických produktů používají ženy jako prevenci vzniku opruzenin.

2.2.2 Předpoklady

Předpoklad 1: Předpokládám, že u dětí, u kterých se v rámci přebalování používá čistá voda, budou méně náchylné ke vzniku opruzenin, oproti dětem, kde jsou používány vlhčené ubrousky. (8,9,10,11,12,18)

Předpoklad 2: Předpokládám, že u kojených dětí, bude menší výskyt opruzenin.

(18,24)

Předpoklad 3: Předpokládám, že děti používající jednorázové plenky budou mít menší výskyt opruzenin než u dětí používající látkové pleny. (3,4,5,18)

Předpoklad 4: Předpokládám, že děti ošetřované přírodními oleji budou mít méně alergických případů, než děti ošetřované standartní dětskou kosmetikou.

(16,17,23)

Předpoklad 5: Předpokládám, že více než polovina žen používá k ochraně proti opruzeninám mast proti opruzeninám. (11,12)

2.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr vzorku respondentů byl záměrný. Kritériem pro výběr respondenta byla žena, která rodila v posledních pěti letech.

2.4 Metoda sběru dat

K získání potřebných údajů a k naplnění stanovených cílů bylo použito kvantitativní šetření. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování technikou dotazníku. Dotazník byl polostrukturovaný, obsahoval celkem 25 otázek, z nichž dvě byly formulovány jako otevřené, 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 nabídce odpovědi: Jiná.

V úvodu dotazníku byly zařazeny demografické otázky, dále následovaly otázky zaměřené na péči o kůži novorozence a kojence.

2.5 Organizace výzkumu

Šetření probíhalo během 18. února 2018 formou internetového dotazníku na Google. Celkem byly o spolupráci požádány stovky žen na sociální síti Facebook. Během tří hodin jsem získala 250 respondentů a k výzkumnému šetření bylo použito 250 dotazníků (100%).

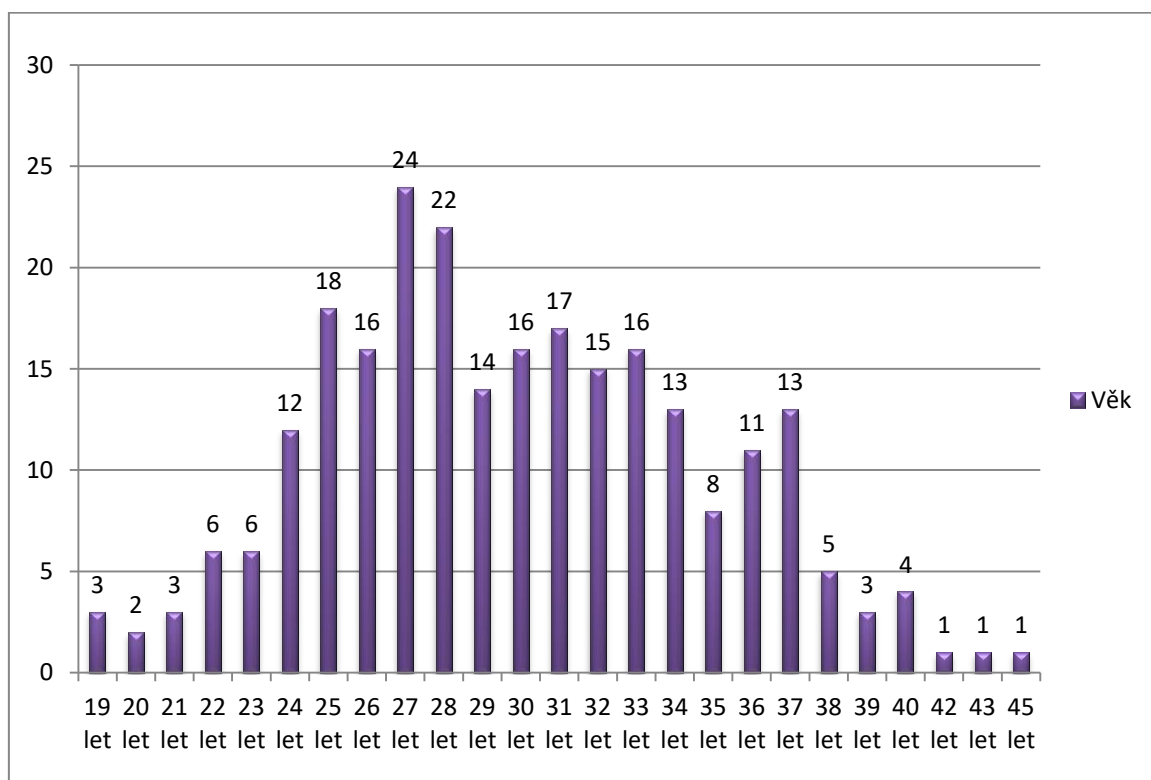
3 Výsledky

3.1 Analýza údajů

Filtrující otázka

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Graf 1 Věk dotazovaných respondentek



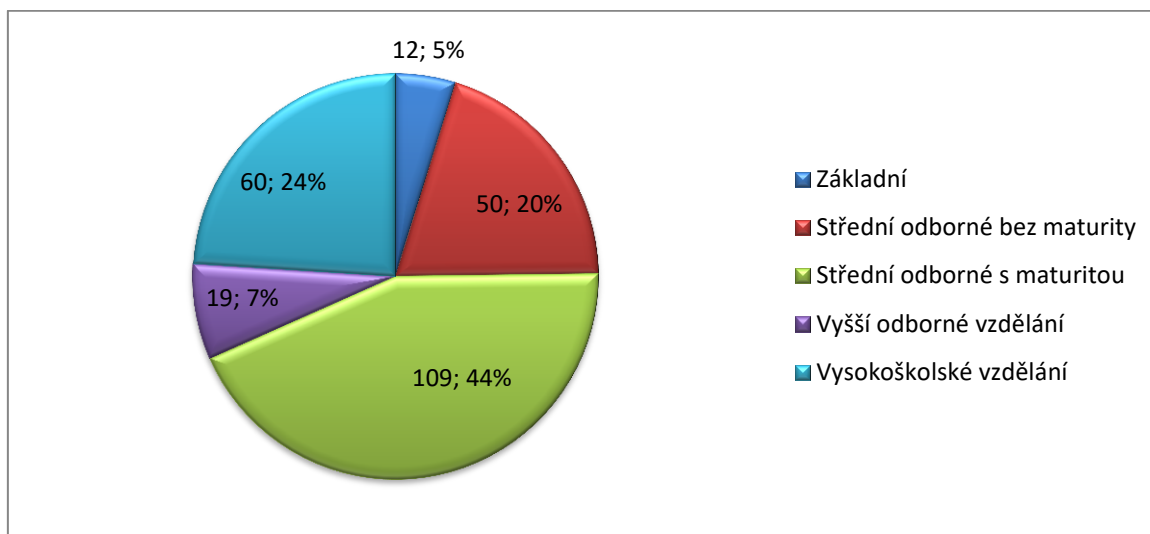
Zdroj: vlastní

Na otázku věku mi odpovědělo 250 respondentů. V grafu je znázorněna věková rozmanitost respondentů. Průměrný věk respondentek je 29,86 let. Nejčastější odpovědí bylo 27 let, která tvořila 10,8% všech odpovědí.

Filtrující otázka

Otázka č. 2: **Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?**

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných respondentů

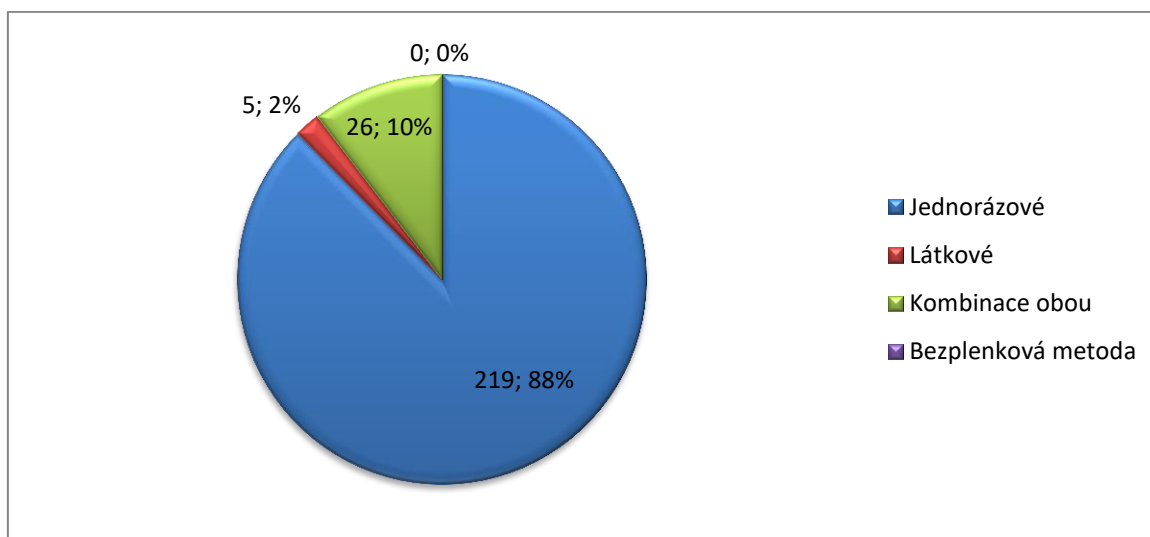


Zdroj: Vlastní

V tomto grafu je znázorněno nejvyšší vzdělání dotazovaných respondentů. Odpovědí od respondentů bylo 250. Největší skupinou bylo vzdělání střední odborné s maturitou a činilo 44% všech odpovědí.

Otázka č. 3: **Jaký druh plen používáte?**

Graf 3 Druhy používaných plen

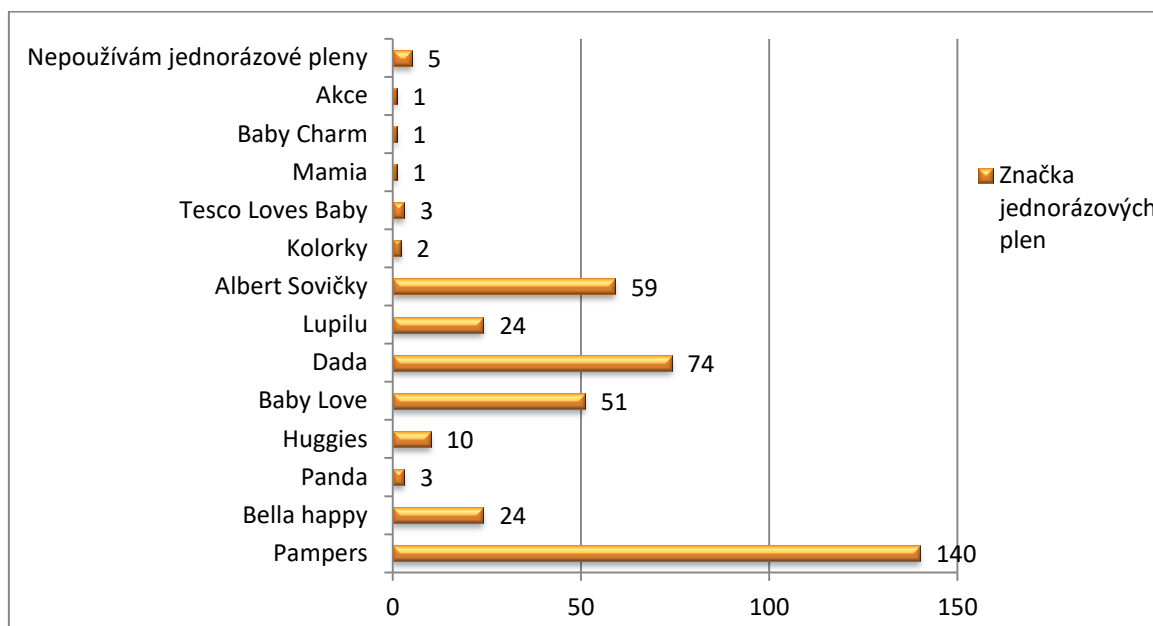


Zdroj: Vlastní

V tomto grafu jsou znázorněny druhy používaných plen. Vzorek tvořilo 250 odpovědí a 88% z nich tvořila odpověď: Jednorázové pleny. Odpověď bezplenková metoda se neobjevila.

Otázka č. 4: Jakou značku jednorázových plen používáte?

Graf 4 Značka jednorázových plen

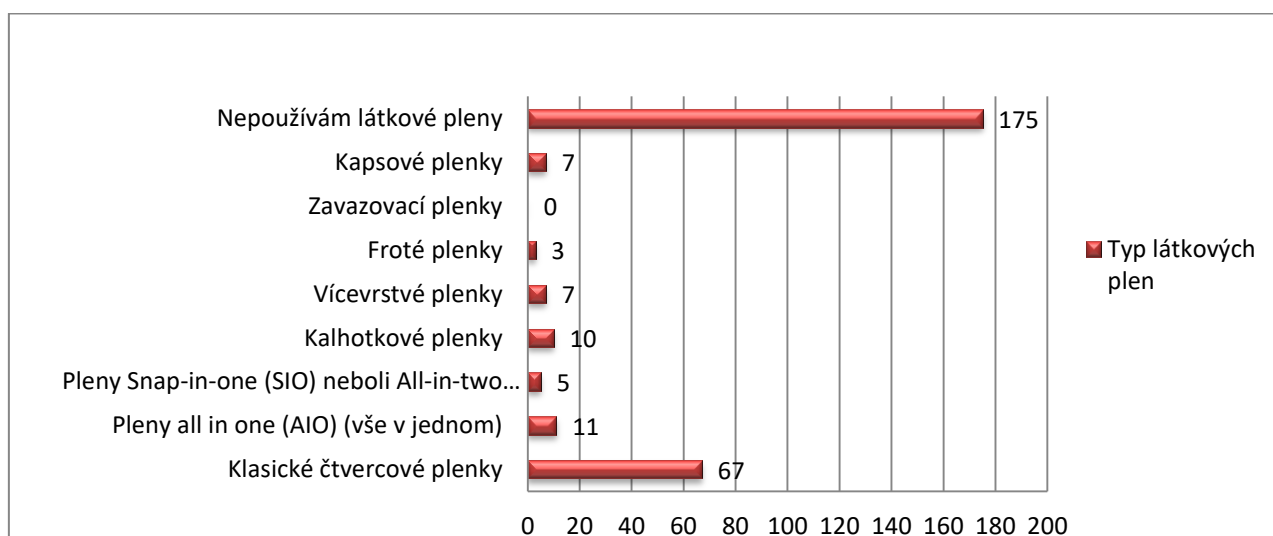


Zdroj: vlastní

V tomto grafu jsou zobrazeny nejpoužívanější značky jednorázových plen. Jako nejpoužívanější vyšla značka Pampers a získala 140 odpovědí z celkových 250, což tvoří 56% všech odpovědí.

Otázka č. 5: Jaký typ látkových plen používáte?

Graf 5 Typy nejpoužívanějších látkových plen

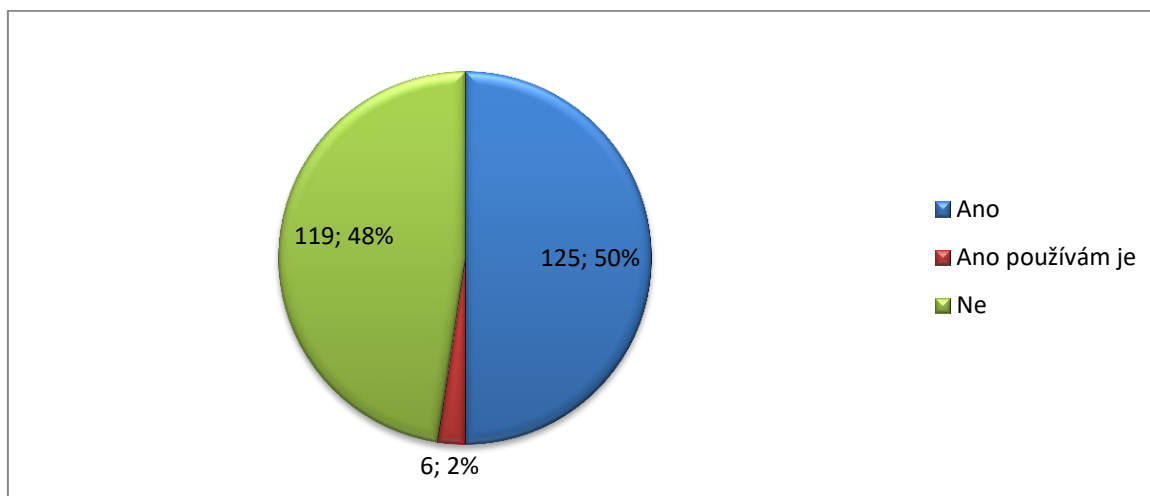


Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje používání látkových plen. Z 250 odpovědí odpovědělo 175 respondentek, že látkové pleny nepoužívají. Klasické čtvercové pleny používá 67 respondentek, což tvoří 26,8% ze všech odpovědí.

Otázka č. 6: **Slyšela jste o jednorázových ekologicky rozložitelných plenkách?**

Graf 6 Povědomí o jednorázových ekologicky rozložitelných plenkách

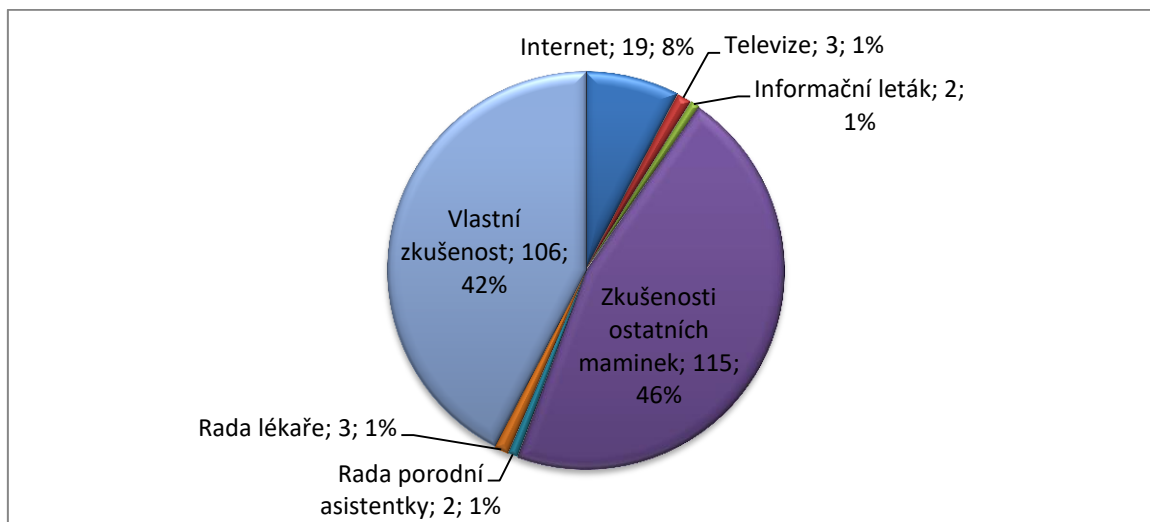


Zdroj: vlastní

V tomto grafu je znázorněno povědomí o ekologicky rozložitelných plenkách. 52% obyvatel má povědomí o jednorázových ekologicky rozložitelných plenkách, ale jen 2% z celkových respondentů je používá.

Otázka č. 7: **Jaký zdroj informací pro Vás byl nejdůležitější, při rozhodování o volbě plenek?**

Graf 7 Zdroj informací při rozhodování o volbě druhu plenek.

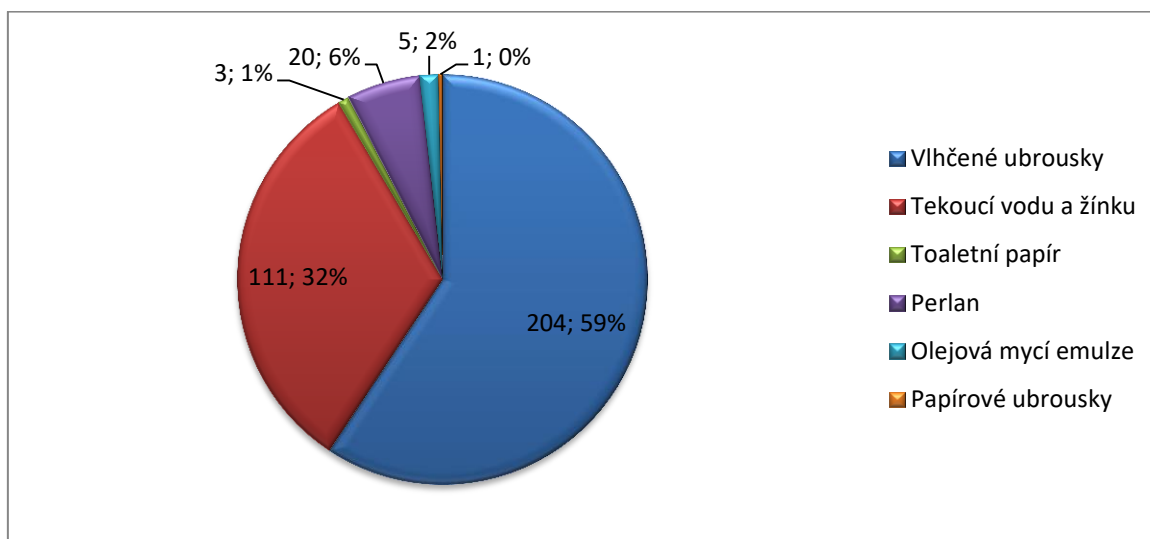


Zdroj: vlastní

V tomto grafu je znázorněn největší tok informací, kterým je předávání zkušeností mezi ostatními maminkami nebo vlastní zkušenost. Dohromady činí 88% všech odpovědí. Oproti tomu rada porodní asistentky tvoří pouze 1% mezi všemi 250 odpověďmi.

Otázka č. 8: **Jaké pomůcky při výměně plenky používáte?**

Graf 8 Pomůcky používané při výměně plenky

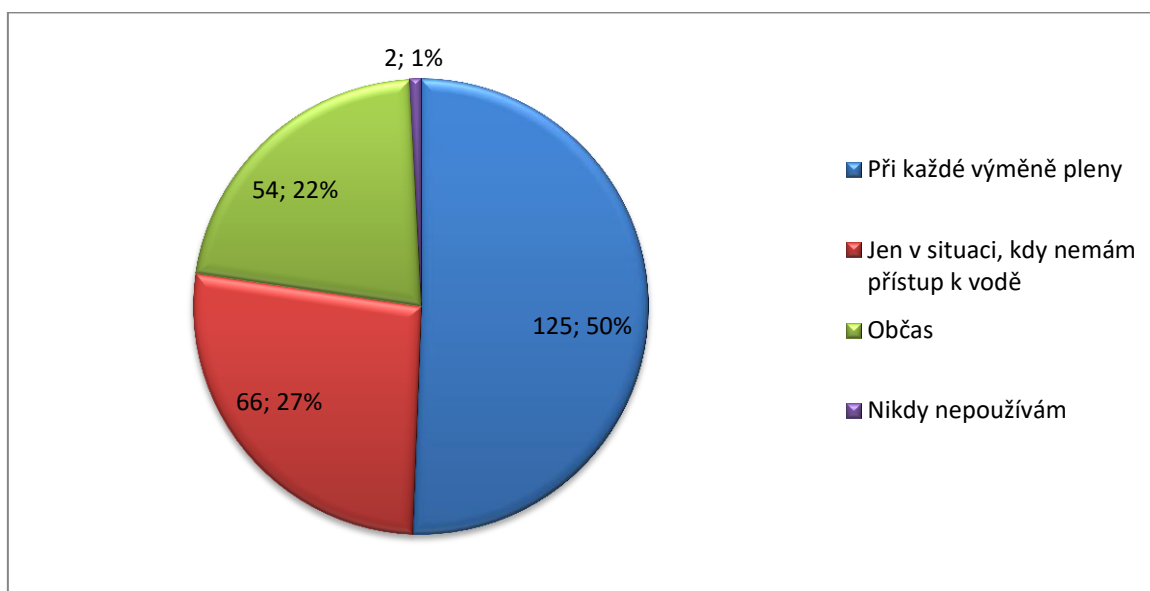


Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje používání pomůcek při výměně plenky. Tato otázka měla možnost více odpovědí. Nejčastěji využívaná pomůcka při výměně plenky jsou vlhčené ubrousky a získaly 59% z 344 odpovědí.

Otázka č. 9: **Jak často používáte vlhčené ubrousky?**

Graf 9 Četnost používání vlhčených ubrousků.

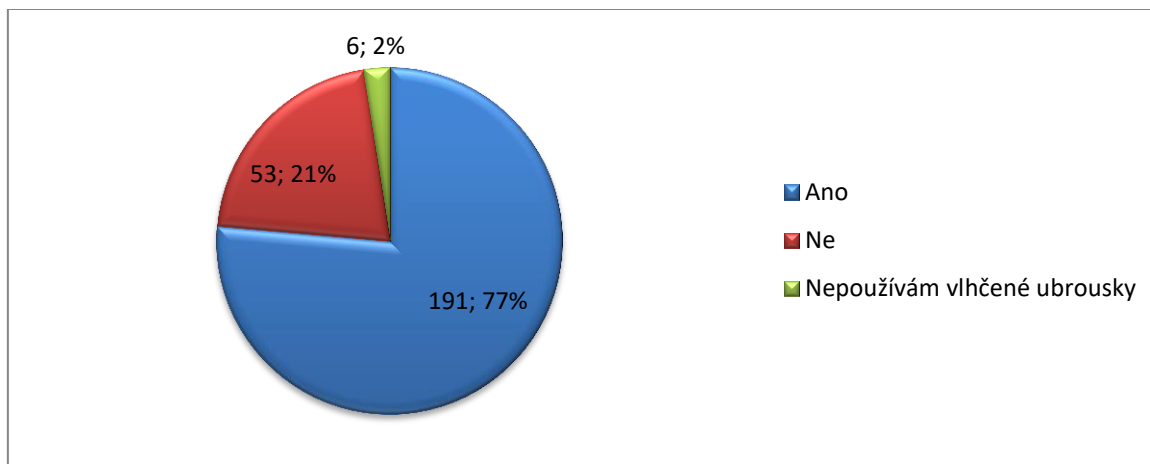


Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje četnost používání vlhčených ubrousků, která je 50 % při každé výměně pleny, ale jen 2% dotázaných žen vlhčené ubrousky nikdy nepoužívá. Tento graf byl vytvořen z 250 odpovědí.

Otázka č. 10: Mělo někdy Vaše dítě po použití vlhčených ubrousků dráždivou či alergickou reakci?

Graf 10 Výskyt alergických či dráždivých reakcí po použití vlhčených ubrousků.

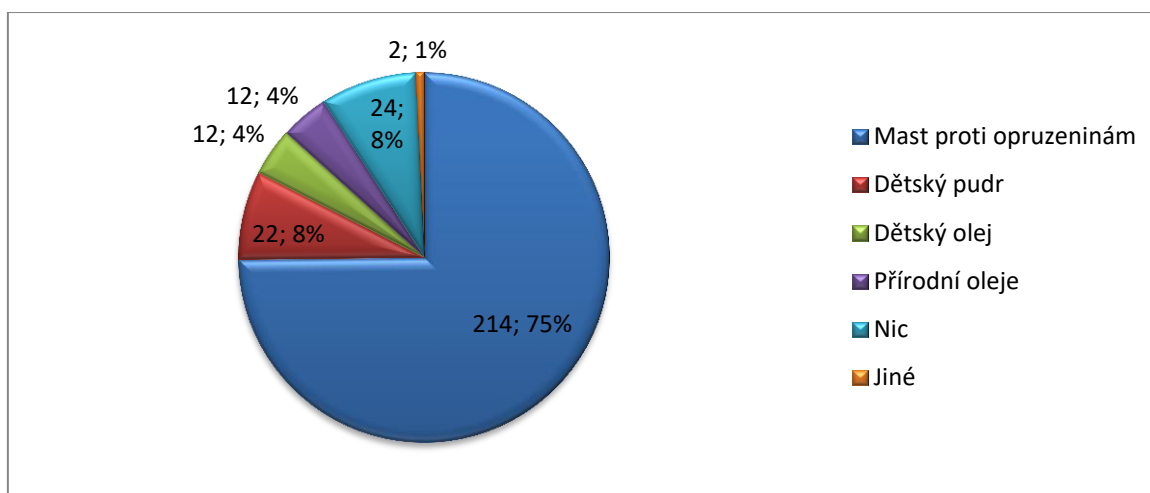


Zdroj: vlastní

Tento graf znázorňuje výskyt alergických či dráždivých reakcí po použití vlhčených ubrousků. Alergická či dráždivá reakce se vyskytla u 191 dětí, což tvoří 77% všech odpovědí.

Otázka č. 11: **Jaké kosmetické produkty používáte na ochranu kůže proti opruzeninám?**

Graf 11 Druhy kosmetických produktů používaných proti vzniku opruzenin

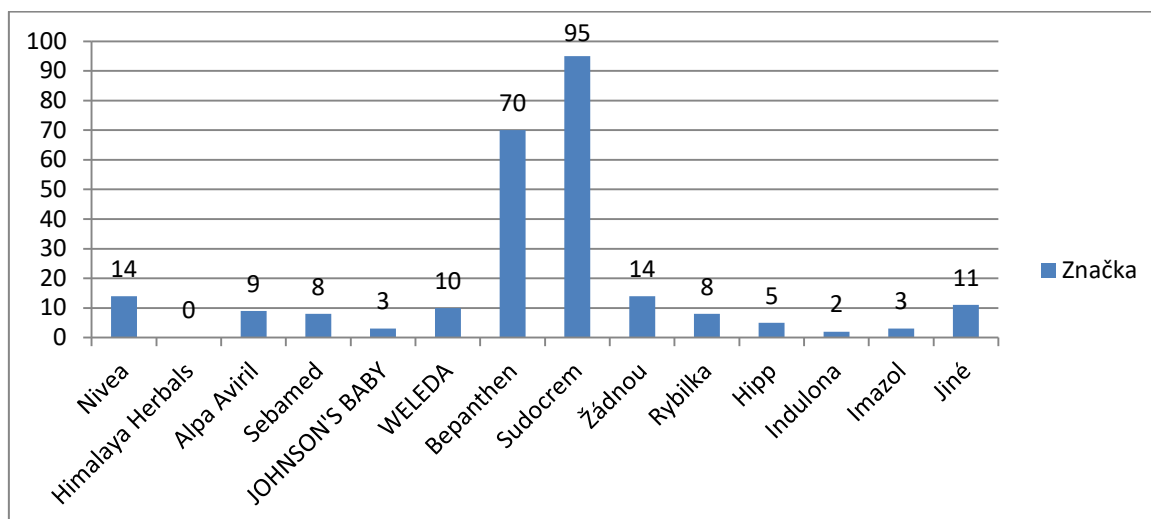


Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje druhy kosmetických produktů používaných proti vzniku opruzenin. Tato otázka měla možnost volby více odpovědí. Mast proti opruzeninám používá 75% žen z celkových 286 odpovědí, což potvrzuje můj 5. předpoklad.

Otázka č. 12: **Jakou značku dětské kosmetiky proti opruzeninám preferujete?**

Graf 12 Značka kosmetiky používané proti vzniku opruzenin



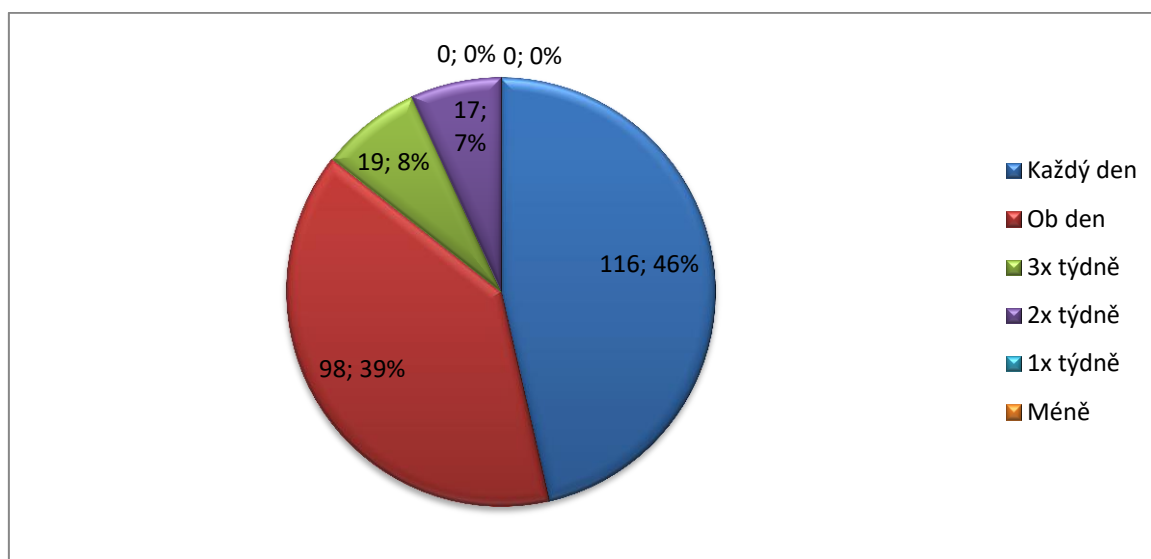
Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje nejpoužívanější značky kosmetických produktů používaných proti vzniku opruzenin. Nejpoužívanější je dle mého průzkumu Sudocrem s 37,7% z celkového počtu 252 odpovědí.

Jiné: rybí masť, Nobilis tilia, tekutý pudr, Ondřejova masť z lékárny, Lidl kosmetika, Baby love, domácí masť.

Otázka č. 13: **Jak často své dítě koupete?**

Graf 13 Frekvence koupání novorozenců a kojenců

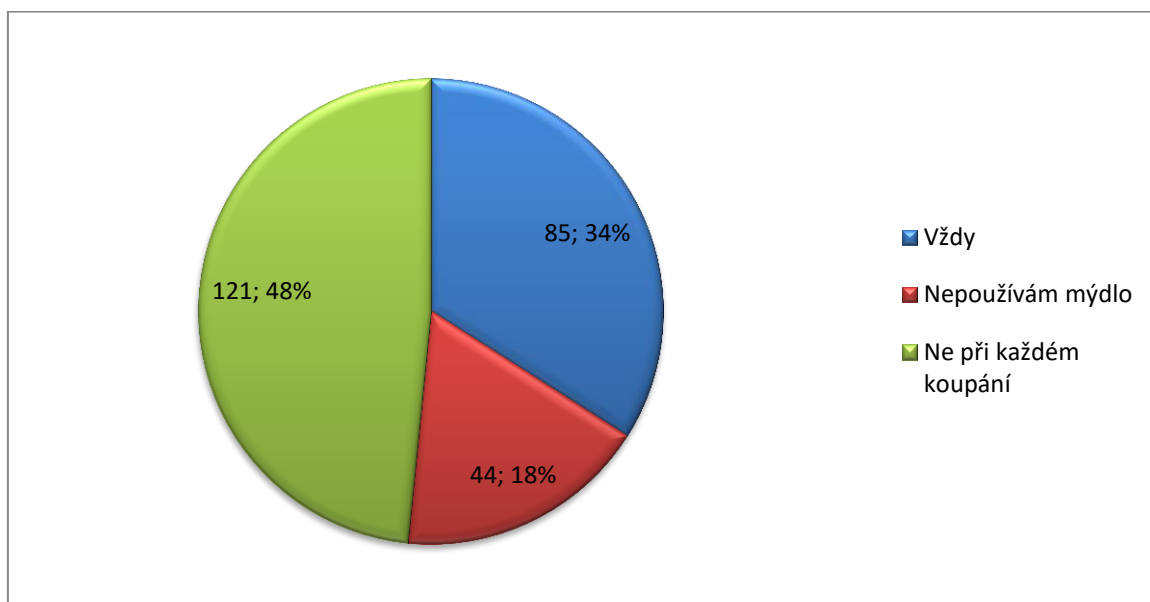


Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje frekvenci koupání novorozenců a kojenců. Novorozenci a kojenci jsou v ČR nejčastěji koupani každý den, a to v 46% z celkových 250 odpovědí.

Otázka č. 14: **Používáte při každém koupání mýdlo?**

Graf 14 Frekvence používání mýdla při koupání u novorozenců a kojenců



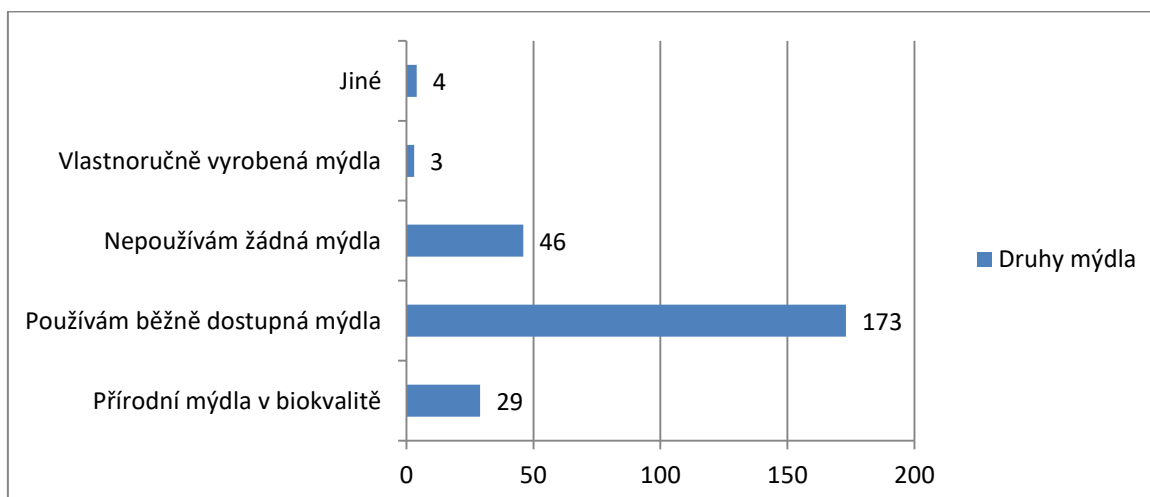
Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje používání mýdla u novorozenců a kojenců při koupání.

Nejčastější odpověď byla: Ne při každém koupání, a to v 48% z celkových 250 odpovědí.

Otázka č. 15: **Jaký druh mýdla používáte při koupání?**

Graf 15 Druhy mýdla používané u novorozenců a kojenců



Zdroj: vlastní

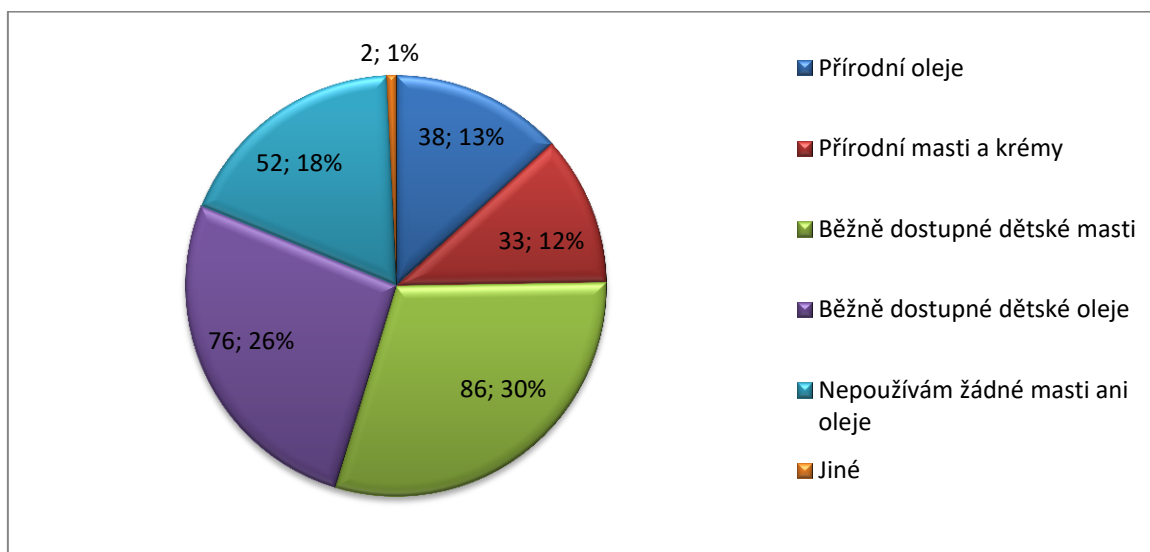
Tento graf zobrazuje druhy mýdla používaných u novorozenců a kojenců.

Nejčastěji používaná mýdla jsou běžně dostupná mýdla, a to v 67,8% z celkových 255 odpovědí.

Jiné: 2x šmírové mýdlo, kosmetika z lékárny, Mycí olej

Otázka č. 16: **Jak pečujete o pokožku svého dítěte po koupání?**

Graf 16 Péče o pokožku po koupání



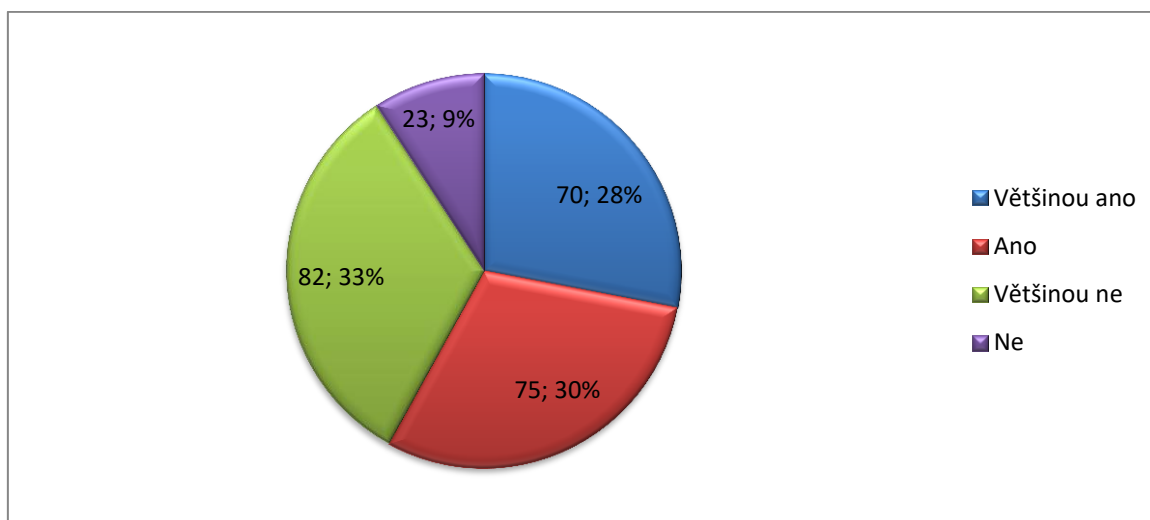
Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje nejčastěji používané druhy péče o pokožku po koupání. Tato otázka měla možnost více odpovědí. Nejčastější odpovědí byla: běžně dostupná dětská mast a běžně dostupné masti a oleje. Dohromady tyto odpovědi činily 57% všech odpovědí z celkových 286 odpovědí.

Jiné: mast z lékárny, mast od dětské lékařky

Otázka č. 17: **Když vybíráte svému dítěti kosmetiku, čtete složení?**

Graf 17 Průzkum čtení složení kosmetických produktů

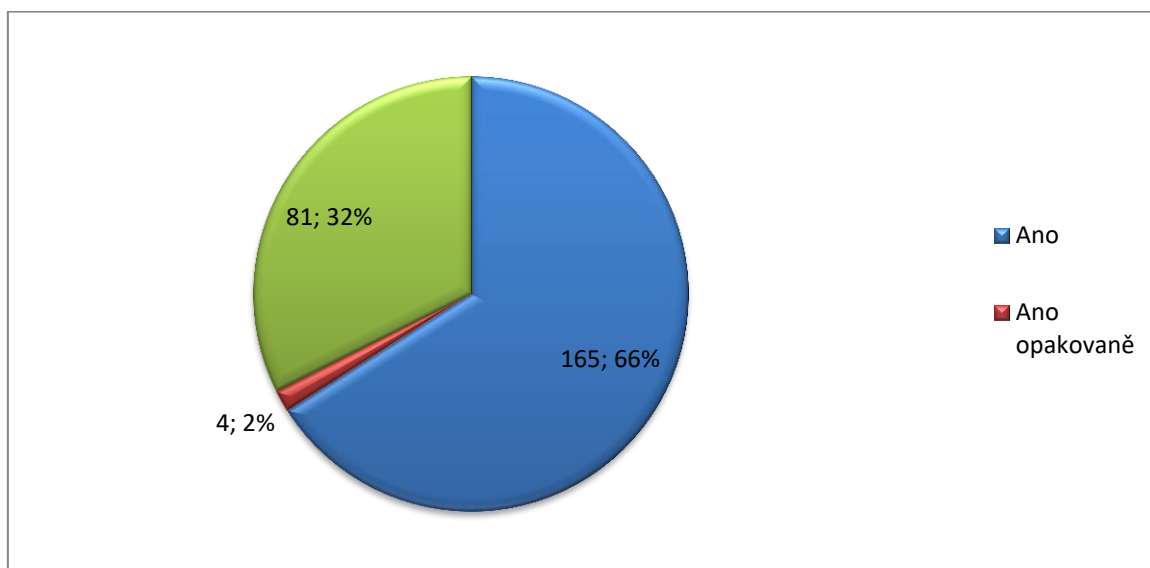


Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje procento čtení složení kosmetických produktů. Nejčastější odpovědí bylo většinou ne v 33%, pokud bychom však sečetli možnosti: většinou ano a ano, dostali bychom výsledek 58 % z celkových 250 odpovědí.

Otázka č. 18: **Setkalo se Vaše dítě někdy s opruzeninami?**

Graf 18 Procento výskytu opruzenin u novorozenců a kojenců.



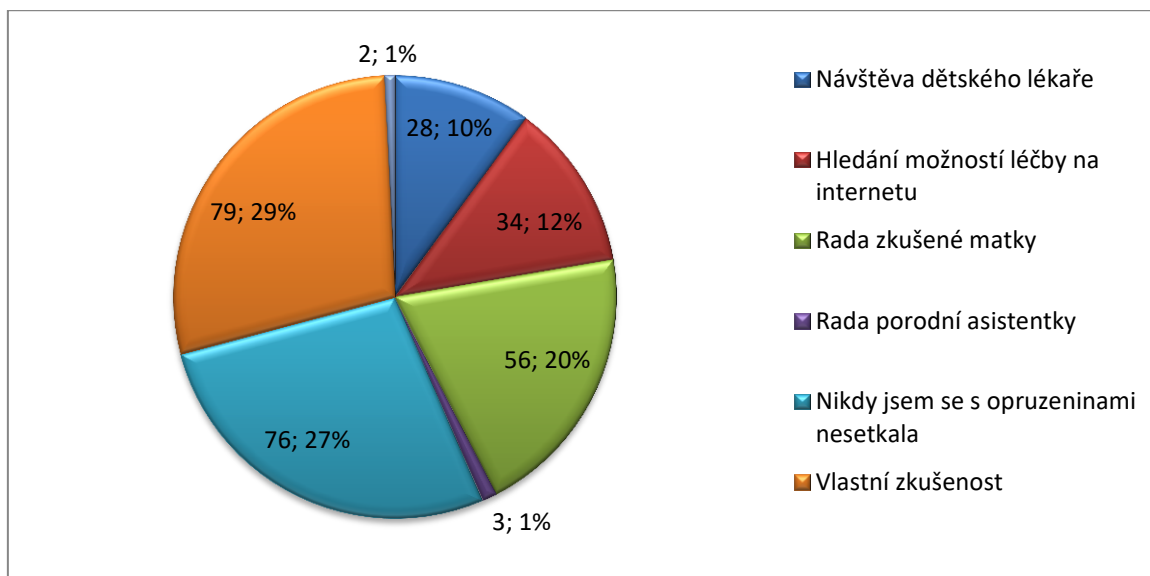
Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje výskyt opruzenin novorozenců a kojenců v ČR.

S opruzeninami se setkala 66% dětí a 2% opakovaně.

Otázka č. 19: **Jak jste řešila problém s opruzeninami?**

Graf 19 Způsob řešení problému s opruzeninami



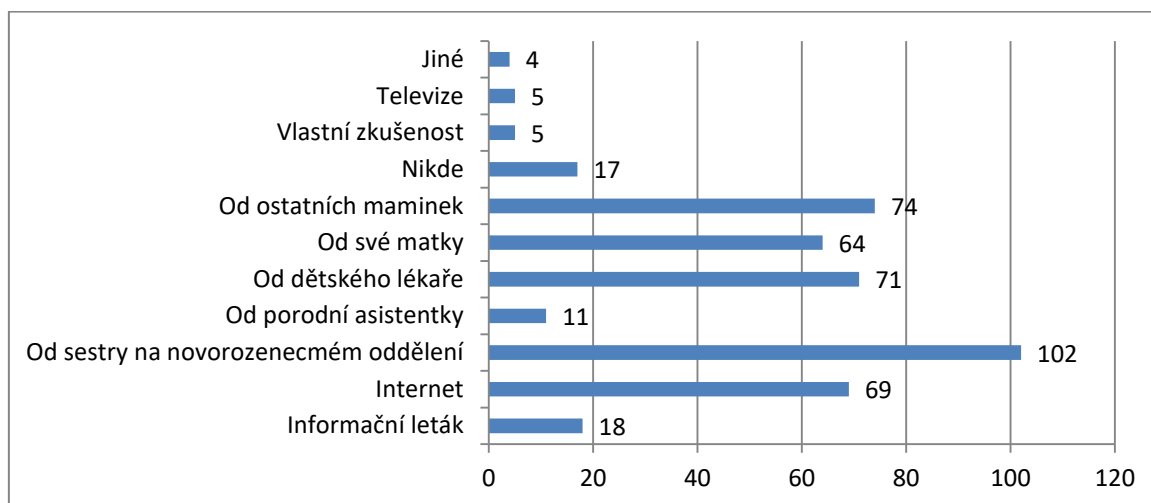
Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje, jak matky řešily problémy s opruzeninami. Nejčastější odpovědí byla: Vlastní zkušenost, a to v 29% z celkových 276 odpovědí, zato radu porodní asistentky uvedlo pouze 1% odpovědí.

Jiné: 2x Rada lékárníka

Otázka č. 20: **Kde jste získali informace o ošetřování pokožky?**

Graf 20 Zdroj informací o péči o pokožku novorozence a kojence



Zdroj: vlastní

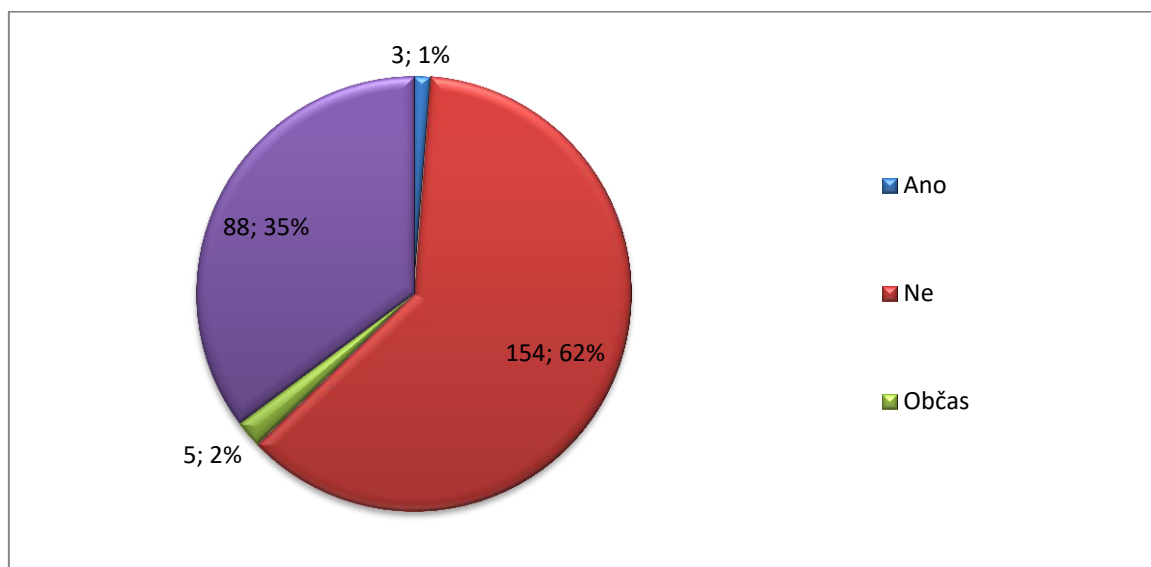
Graf zobrazuje nejčastější zdroje informací o pokožce novorozence a kojence.

Tato otázka měla možnost více odpovědí. Nejčastější odpověď zněla: Od sestry na novorozeneckém oddělení, a to ve 23,1% z celkových 440 odpovědí.

Jiné: Odborná literatura, lékárník, kožní lékař, od své sestry

Otázka č. 21: **Spolupracujete s komunitní porodní asistentkou?**

Graf 21 Četnost spolupráce s komunitní porodní asistentkou

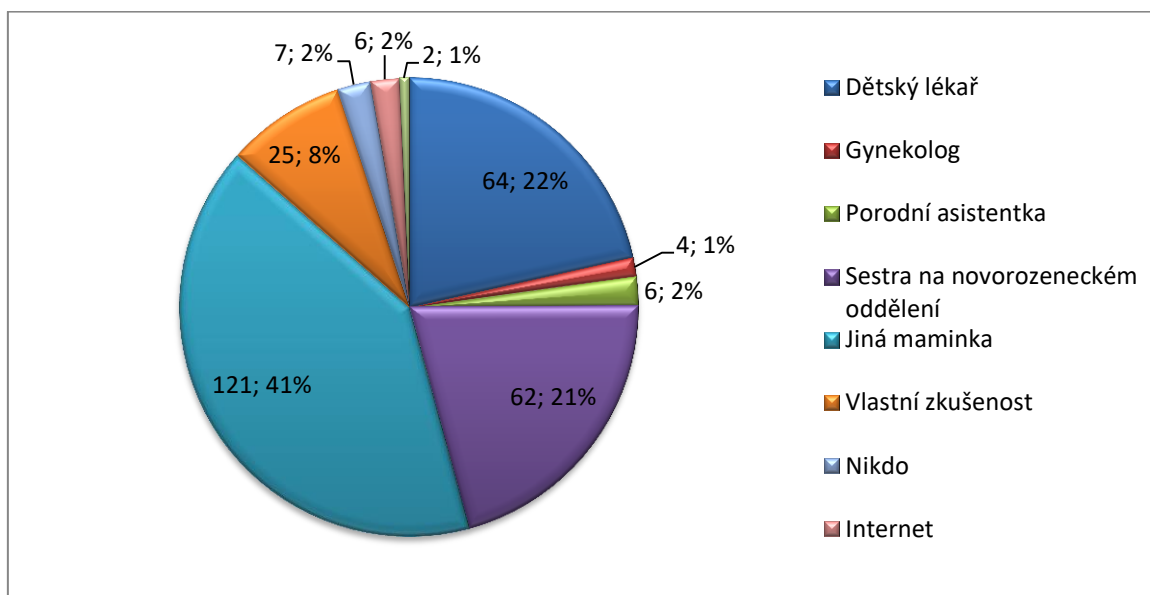


Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje četnost spolupráce s komunitní porodní asistentkou. V grafu je zobrazeno, že 62% respondentek nespolupracuje s porodní asistentkou a 35%, nezná termín komunitní porodní asistentka. Spolupracuje s porodní asistentkou pouze 1% respondentek a 2% pouze občas z celkových 250 odpovědí.

Otázka č. 22: **Kdo Vám doporučil vhodnou kosmetiku?**

Graf 22 Zdroje doporučení vhodné kosmetiky pro novorozence a kojence.



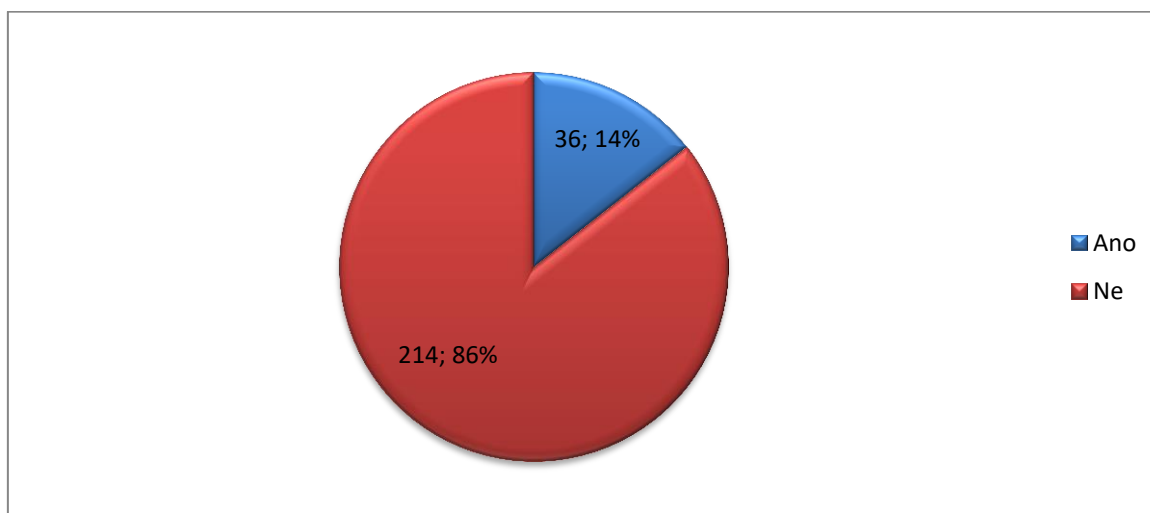
Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje, kdo doporučil vhodnou kosmetiku pro novorozence a kojence. Tato otázka měla možnost více odpovědí. Nejčastější odpověď byla jiná maminka, a to v 41% z celkových 297 odpovědí.

Jiné: 2x Lékárník

Otázka č. 23: **Mělo Vaše dítě někdy alergickou reakci na kosmetiku?**

Graf 23 Výskyt alergických reakcí na dětskou kosmetiku.

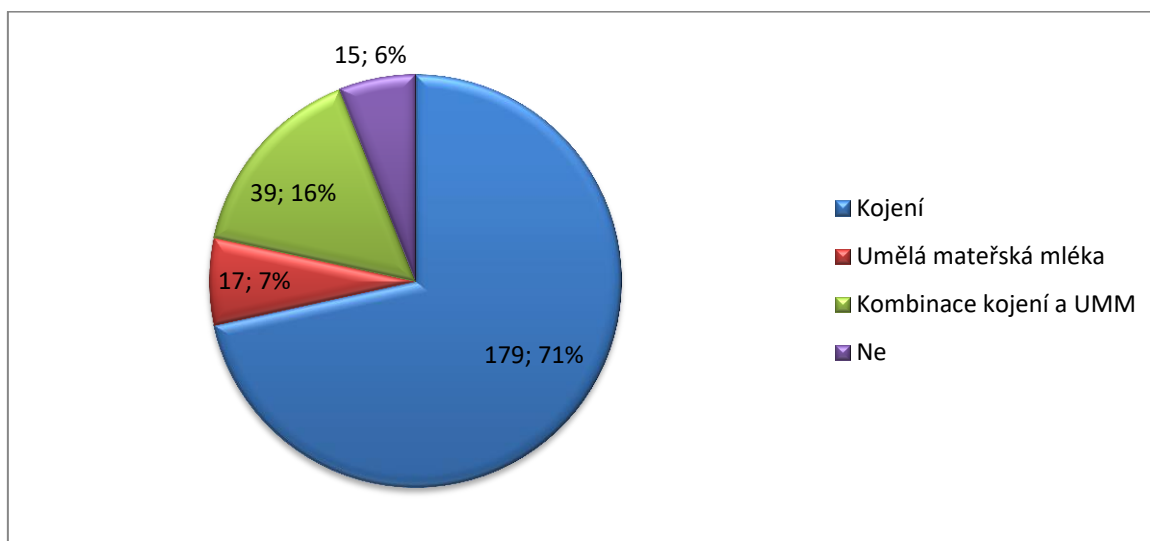


Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje výskyt alergických reakcí na dětskou kosmetiku u novorozenců a kojenců. V 86% se u novorozenců a kojenců nevyskytla žádná alergická reakce.

Otázka č. 24: **Kojíte, či jste kojila své dítě?**

Graf 24 Výživa novorozenců a kojenců

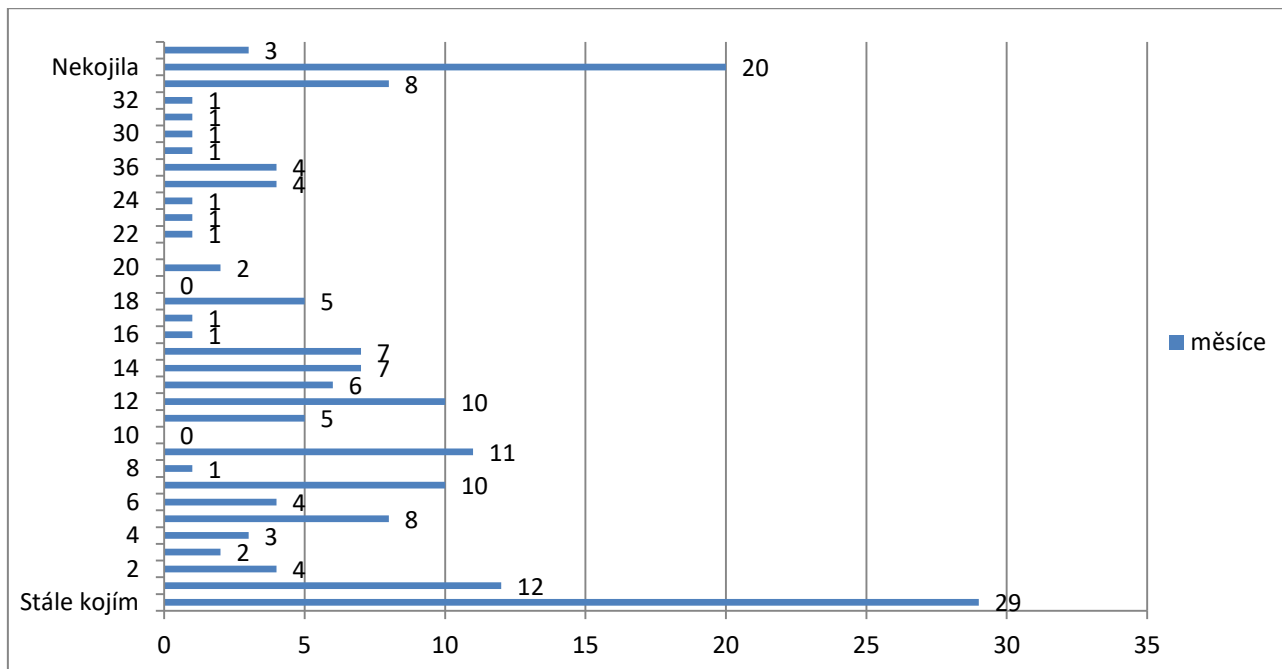


Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje výživu novorozenců a kojenců. V 71 % bylo uvedeno kojení, a v 39 % bylo uvedeno kombinace kojení a umělého mateřského mléka.

Otázka č. 25: **Pokud jste kojila kolik měsíců?**

Graf 25 Délka kojení



Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje délku kojení novorozenců a kojenců. Průměrná délka kojení je 5,5 měsíce u žen, které uvedli, že kojily. 20 žen uvedlo, že nekojilo a 29 žen, že stále kojí.

4 Prezentace a interpretace získaných údajů

Cíl 1: Zjistit, zda děti ošetřované pouze vodou budou méně náchylné ke vzniku opruzenin než ostatní děti.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 8,9,10,11,12,18, ve kterých je uvedeno, jak rodiče pečují o pokožku dítěte při přebalování a jaké produkty či pomůcky k tomu používají.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad 1**: Předpokládám, že děti ošetřované pouze vodou budou méně náchylné ke vzniku opruzenin.

Předpoklad č. 1 jsem si ověřila těmito otázkami (8, 18), otázka č. 8 se zaměřovala na používané pomůcky při výměně plenky. Otázka č. 18 se zaměřovala na výskyt opruzenin. Pouze 30 žen odpovědělo, že používají pouze tekoucí vodu a žínku a z toho se jich nesetkalo s opruzeninami 7 (23%). S opruzeninami se jich setkalo 23 (77%). Oproti tomu žen, které odpověděly, že používají jiné prostředky než jen vodu a žínku, bylo 212 a nesetkalo se jich s opruzeninami 73 (34%). Žen, které se setkaly s opruzeninami bylo 139 (66%). Z toho vyplývá, že ženy, které používaly pouze vodu a žínku měly o 9 % vyšší výskyt opruzenin než ostatní ženy.

Předpoklad 1 se mi nepotvrdil.

Cíl 2: Zjistit rozdíl ve výskytu opruzenin u dětí, které jsou kojené a které ne.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. (18,24)

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 2**: Předpokládám, že u kojených dětí bude menší výskyt opruzenin.

Předpoklad č. 2 jsem si ověřovala otázkami (18, 24). Otázka č. 18 se zaměřovala na výskyt opruzenin. Otázka č. 24 se zaměřovala na kojení. Žen, které odpověděly, že kojily, bylo 179 a z toho se nesetkalo s opruzeninami 79 (39%). Žen, které kojily a setkaly s opruzeninami, bylo 109 (61%). Oproti tomu ženy, které odpověděly, že nekojily nebo dokrmovaly umělým mateřským mlékem, bylo 71. Z toho se nesetkalo s opruzeninami pouze 11 (15%). S opruzeninami se setkalo 60 (85%) žen, které nekojily nebo dokrmovaly umělým mateřským mlékem. Z toho vyplývá, že ženy, které kojily, měly o 24% nižší výskyt opruzenin než ženy, které nekojily, či dokrmovaly umělým mateřským mlékem.

Předpoklad 2 se mi potvrdil

Cíl 3: Zjistit rozdíl ve výskytu opruzenin u dětí, které používají jednorázové plenky a které látkové.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. (3,4,5,18) Tyto otázky se zaměřují na druhy, typy plenek a značku.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 3:** Předpokládám, že děti používající jednorázové plenky budou mít menší výskyt opruzenin než děti používající látkové pleny.

Předpoklad č. 3 jsem ověřovala otázkami (3, 18) Otázka č. 3 se zaměřuje na druh plen (látkové, jednorázové). Otázka č. 18 se zaměřovala na výskyt opruzenin. Žen, které odpověděly, že používaly jednorázové pleny, bylo 217 a z toho se jich nesetkalo s opruzeninami 69 (32%). S opruzeninami se setkalo 148 (68%) žen, které používaly jednorázové plenky. Oproti tomu žen, které odpověděly, že používají pouze látkové pleny, bylo 5. Z toho 1 (20%) se nesetkala s opruzeninami a 4 (80%) se s opruzeninami setkala. Z toho vyplývá, že ženy, které používaly jednorázové pleny, měly o 12% nižší výskyt opruzenin než ženy, které používaly látkové pleny.

Předpoklad 3 se mi potvrdil**Cíl 4: Zjistit rozdíl ve výskytu alergických reakcí u dětí, které jsou ošetřovány pouze přírodními oleji a dětmi, které jsou ošetřovány standartní dětskou kosmetikou.**

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. (16,17, 23) Tyto otázky se týkaly péče o pokožku po koupání.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 4:** Předpokládám, že děti ošetřované přírodními oleji budou mít méně alergických případů, než děti ošetřované standartní dětskou kosmetikou.

Předpoklad č. 4 jsem ověřovala otázkami (16, 23). Otázka č. 16 se zaměřuje na péči o pokožku po koupání. Otázka č. 23 se zaměřuje na výskyt alergických reakcí na kosmetiku. Žen, které odpověděly, že používaly běžně dostupnou dětskou kosmetiku, bylo 128. Z toho se nesetkalo s alergickými reakcemi 107 (84%). Žen, které odpověděly, že se setkaly s alergickými reakcemi, bylo 21 (16%). Oproti tomu žen, které odpověděly, že používají pouze přírodní oleje, bylo 26. Z toho se nesetkalo s alergickými reakcemi 23 žen (88%). Ženy, které odpověděly, že se

setkaly s alergickými reakcemi, byly 3 (12%). Z toho vyplývá, že ženy, které používaly pouze přírodní oleje, měly o 4% nižší výskyt alergických reakcí než ženy používající běžnou dětskou kosmetiku.

Předpoklad 4 se mi potvrdil

Cíl 5: Zjistit, jaké typy kosmetických produktů používají ženy jako prevenci vzniku opruzenin.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. (11,12) Tyto otázky se dotazují, jaké kosmetické produkty v prevenci proti opruzeninám ženy používají.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 5**: Předpokládám, že více než polovina žen používá k ochraně proti opruzeninám mast proti opruzeninám.

Předpoklad č. 5 jsem ověřovala otázkou č. 11, která se zaměřuje na typy preventivně používaných ochranných produktů proti vzniku opruzenin. Žen, které odpověděly, že používají k ochraně proti opruzeninám mast proti opruzeninám, bylo 214 (75%) z celkových 286 odpovědí. Z toho vyplývá, že více než polovina žen používá mast proti opruzeninám jako prevenci vzniku opruzenin.

Předpoklad 5 se mi potvrdil

Jsem si vědoma nerovnoměrného členění vzorku při hodnocení předpokladů. Ideální by bylo mít vždy stejný počet respondentů. Aby výsledky byly validní, je potřeba je statisticky testovat a rozpracovat v dalším výzkumu, aby došlo k jejich potvrzení.

5 Diskuze

V této bakalářské práci se zabývám tématem péče o kůži novorozence a kojence. Mým hlavním cílem v této bakalářské práci, bylo zjistit, jak ženy pečují o kůži novorozenců a kojenců v ČR. Dále jsem v práci měla i dílčí cíle, které mi pomohly posoudit, jakým způsobem ženy v ČR pečují o pokožku svých dětí.

V otázce vztahující se k druhu používaných plenek mi vyšlo, že 88% žen používá jednorázové plenky, 2% látkové pleny a 10% kombinace obou. Gengelová ve své diplomové práci z roku 2012 uvedla, že 74% žen používá jednorázové plenky a 17% žen látkové plenky, nutno však dodat, že místo odpovědi „kombinace obou“ uvedla moderní ekologické plenky (8%). Proč jsme došly ve svých pracích k podobným výsledkům při téměř stejném počtu respondentů? Tento výsledek byl pravděpodobně ovlivněn i tím, že v mém výzkumu vyšlo, že ženy, které používaly jednorázové plenky, měly méně častý výskyt opruzenin než ženy, které používaly pleny látkové. To potvrzuje i svým názorem Soukupová 2007, která uvádí, že rychlé oddělení moči od stolice předchází vytvoření amoniaku, není tedy drážděna kůže novorozence. Oproti tomu Pařízek 2007 uvádí, že díky pocitu nepohodlí při znečištění látkové pleny se dítě hlasitě projevuje, a to vede k častější a rychlejší výměně látkové pleny. Nedochozí tak k rozpadu moči na amoniak, a tím i ke snížení rizika opruzení. Ve své práci mám také otázku na ekologické plenky a 2% žen mi odpověděla, že je používá. Polovina žen ví o její existenci, ale nepoužívá je. Téměř polovina žen odpověděla, že neslyšely o ekologických plenkách. Je možné, že z finančních důvodů si ženy nemohou dovolit ekologicky rozložitelné plenky? Naty Ekoplenky pro novorozence 1 vyjde cena jedné pleny na 8,42 Kč, oproti tomu u nejpoužívanějších Pampers (2-5 kg) stojí jedna plena 4,39 Kč, což je téměř o polovinu méně. Proč tedy ženy nevolí z finančních důvodů nejméně ekonomicky náročnou metodu, a sice používání látkových plen? Je to pohodlí českého obyvatelstva, nebo je to nezájmem o životní prostředí a šetření přírodních zdrojů? Možná je na vině rozšířený mýtus, že látkové pleny jsou více časově náročné, ale při praní látkových plen jednou za tři dny, kdy je ženinou činností pouze naplnit pračku, dodat vhodný prací prostředek a zapnout, poté vyndat prádlo z pračky a během 15 minut pověsit a 15 minut složit, přibližná práce na dvě a půl hodiny týdně. Podle (Soukupová, 2007, s. 396–398) je čas věnovaný látkovým plenám srovnatelný s vyhledáváním slev a neustálým dokupováním plenek. Dle mého názoru je čas věnovaný látkovým plenám přece jen větší, ale představy o látkových plenách jsou zkreslené názory našich maminek a babiček, které musely látkové pleny prát v ruce nebo v primitivní pračce a následně ždímat, vyvařovat a žehlit. Toto byl proces, který trval hodiny a za další dva dny se tento kolotoč opakoval. Nejdůležitějšími zdroji v rozhodování o plenkách byly zkušenosti ostatních maminek, vlastní zkušenosti a internet. Tento výsledek přisuzuji rozšíření internetu a trávení času na sociálních sítích.

Při vyhodnocování otázek týkajících se vlhčených ubrousků mě zarazila tato odpověď: 59% maminek používá vlhčené ubrousky, polovina maminek je používá při každé výměně plenky a 77% maminek se setkala s alergickou či dráždivou reakcí po použití vlhčených ubrousků. Gengelová ve svém výzkumu uvedla, že polovina maminek používá vlhčené ubrousky. Mezi našimi výsledky byl rozdíl 5%, což je při malém počtu respondentů pouze pár odpovědí. Napadá mě otázka, proč ženy používají vlhčené ubrousky v tak hojně míře, když se jejich děti setkaly s problémem po jejich použití? Dle mého názoru je hlavním faktorem jednoduchost používání vlhčených ubrousků. Lze je kdykoliv hodit do tašky a je vystaráno. Nemusíte mít přebalovací pult v koupelně, ale moderně ho mít umístěný v dětském pokoji. Na novorozeneckém oddělení informuji ženy i o jiných možnostech podobných vlhčeným ubrouskům, třeba namočený perlan ve směsi převařené vody a jojobového oleje.

Dalším zajímavým výsledkem bylo, že ženy používají v 75% jako prevenci proti opruzeninám mast proti opruzeninám a nejpoužívanějšími produkty byly Sudocrem a Bepanthen. Nejpoužívanějším produktem ve výzkumu Gengelové byla rybí mast. Výsledky ohledně koupele novorozence a kojence byly tyto: téměř polovina žen koupe své děti každý den a ob den v 39%. Z toho vždy používá mýdlo při koupeli 34% žen, téměř polovina žen ho nepoužívá pokaždé a 18% žen ho nepoužívá vůbec. Nejčastěji používaná mýdla jsou běžně dostupná mýdla, a to v 67,8 %. Petra Sedlářová, 2008, na stránce 65 doporučuje koupání s mýdlem 1x týdně, aby nedocházelo ke zbytečnému smývání ochranného filmu a narušování Ph pokožky. Ve způsobu koupání se literatura rozděluje na dva směry. Dort, 2011 doporučuje nejdříve dítě omýt žínkou namočenou v teplé vodě a postupovat od očíček, obličej, na krček, hrudník, horní končetiny, záda, nožky, genitál a na závěr zadeček, poté dítě přenést do vaničky. Fendrychová, 2011 uvádí, že koupání dítěte bez jakýchkoliv přípravků není ideální, naopak doporučuje koupání dítěte s koupelovými oleji, které novorozence chrání před ztrátami vody přes kůži. Také kritizuje metodu namydlení dítěte na přebalovacím pultu a posléze přenesení do vaničky. Hrozí riziko vyklouznutí dítěte a také dochází ke zbytečným teplotním ztrátám. Mým názorem je, že ženy raději koupou rovnou ve vodě a na nás, jako porodních asistentkách, je ukázat jim správný a bezpečný úchop, všeobecná pravidla o bezpečnosti při koupání a logickou posloupnost koupání (mytí genitálu a zadečku až na konec). V péči o pokožku po koupeli jsou nejčastějšími odpověďmi běžně dostupné dětské masti a běžně dostupné dětské oleje. Tyto odpovědi spolu dohromady tvoří nadpoloviční většinu odpovědí. U donošených fyziologických novorozenců není důvod k používání mastí, protože jejich kůže je pokryta vlastním mazem. (Fendrychová, 2012, s. 111)

S problémem opruzenin se setkala 66% dětí, 2% opakovaně a 32% dětí se s opruzeninami vůbec nesešlo. Matky získaly informace o možnosti léčby

nejčastěji z vlastních zkušeností, poté radou zkušené matky a hledáním možnosti léčby na internetu. Myslím, že bychom měly, jako porodní asistentky, ženy více připravit a poskytnout jim dostatek informací, aby si dokázaly poradit v době, kdy tato situace nastane. Tento výsledek mohl být ovlivněn i místem šíření mého dotazníku na sociální síti Facebook. To samé mohu tvrdit i o dalším výsledku jedné otázky týkající se získání informací o ošetřování pokožky. Nejčastějšími zdroji informací byly: Sestra na novorozeneckém oddělení, ostatní maminky, dětský lékař a internet. Pozitivně mě překvapilo množství maminek, které získali informace od novorozenecké sestry a od dětského lékaře. Gengelová ve svém výzkumu uvedla, že nejdostupnější forma informací byla od sestry na šestinedělí, druhou nejčastější odpovědí byla internetová stránka pro rodiče. Tyto výzkumy potvrzují, že se porodní asistentky opravdu snaží ženy pořádně proškolit a připravit je na péči o dítě doma.

Další otázkou byla spolupráce s komunitní porodní asistentkou. Tento údaj mě překvapil negativně. Pouze 1% žen uvedlo, že spolupracují s komunitní porodní asistentkou, 2% občas spolupracují, zbytek buď nespolečně pracoval, nebo neznal termín komunitní porodní asistentka. Reichlová Markéta, 2014 udává, že 86% žen se nikdy nesešlo se soukromou porodní asistentkou a 14% žen setkání potvrzuje. Tento výsledek mohl být ovlivněn nedostatkem komunitních porodních asistentek v ČR a nedostatkem ochoty pojišťoven, pořídit se soukromými porodními asistentkami smlouvu o proplácení domácích návštěv. Komunitní porodní asistentky také potřebují svou práci zaplatit, a to bohužel zůstává na klientkách, které často z finančních důvodů komunitní porodní asistentku nevyhledávají.

V otázce výskytu alergických reakcí na dětskou kosmetiku mi odpovědělo 86% žen, že jejich děti alergickou reakcí nikdy neměly. Ženy, které používaly pouze přírodní oleje, měly o 4% nižší výskyt alergických reakcí než ženy používající běžnou dětskou kosmetiku. Vzhledem k malému počtu odpovědí, nelze objektivně posoudit, zda by i za jiného počtu měly ženy používající přírodní oleje menší výskyt alergických reakcí než ženy používající běžnou kosmetiku.

Jsem si vědoma nerovnoměrného členění vzorku při hodnocení předpokladů. Ideální by bylo mít vždy stejný počet respondentů. Aby výsledky byly validní, je potřeba je statisticky testovat a rozpracovat v dalším výzkumu, aby došlo k jejich potvrzení.

Všeobecná doporučení pro praxi vytvořené na základě poznatků při zpracování praktické části:

Vytvoření edukačního materiálu formou blogu. <http://luciegrancova.blog.cz>

Rozšířit informace o péči o kůži novorozenců přes sociální sítě.

Rozšířit informace o komunitních porodních asistentkách široké veřejnosti.

Informovat veřejnost o ekologické náročnosti jednorázových plen, informovat o možnosti ekologických plen.

Varování ohledně vlhčených ubrousků a jejich vlivu na pleť.

6 Závěr

Kůže novorozence je velmi odlišná od kůže dospělého člověka. Liší se jak ve své stavbě, tak ve fyziologii. Ve své práci jsem se zabývala těmito odlišnostmi, které mají za následek, že kůže novorozence a kojence je mnohem méně odolná vůči mechanickým, chemickým, fyzikálním a biologickým vlivům. Další velkou kapitolou mé práce jsou onemocnění kůže novorozence, kojence a hodnotící metody kůže. Největší a nejdůležitější kapitolou mé práce je hygienická péče o novorozence a kojence, jejíž podkapitoly jsou zaměřeny na péči o pokožku při koupání, po samotném koupání a také různé možnosti koupání. Ve své práci také uvádím péči o hygienu nedonošeného novorozence. V mé práci jsou obsaženy i podkapitoly o péči o pupeční pahýl, chrup, oči a nehty. Dále se v této kapitole zabývám přebalováním, druhy plenek a rozdíly mezi nimi. Popisuji v této kapitole i bezplenkovou metodu. Na závěr své teoretické části uvádím podkapitolu o plenkové dermatitidě.

Informace zpracované v praktické části jsem získávala kvantitativním výzkumem pomocí dotazníkového šetření. Mým hlavním cílem bylo zjistit, jakým způsobem pečují o kůži novorozence a kojence ženy v ČR. V tomto úkolu mi pomohly mé dílčí cíle a předpoklady, z nichž se mi 1. předpoklad nepotvrdil, ale předpoklady 2-5 se potvrdily. Zajímavé výsledky z mých předpokladů uvedu zde: ženy, které kojily, měly nižší výskyt opruzenin než ženy, které nekojily či dokrmovaly umělým mateřským mlékem. Ženy, které používaly pouze vodu a žínku, měly vyšší výskyt opruzenin, než byl zaznamenán u ostatních dětí. Ženy, které používaly jednorázové pleny, měly nižší výskyt opruzenin než ženy, které používaly látkové pleny. Ženy, které používaly pouze přírodní oleje, měly nižší výskyt alergických reakcí než ženy používající běžnou dětskou kosmetiku a více než polovina žen používá mast proti opruzeninám jako prevenci vzniku opruzenin. Jsem si vědoma nerovnoměrného členění vzorku při hodnocení předpokladů. Ideální by bylo mít vždy stejný počet respondentů. Aby výsledky byly validní, je potřeba je statisticky testovat a rozpracovat v dalším výzkumu, aby došlo k jejich potvrzení. V dalších otázkách mi vyšlo, že jedním z nejvíce navštěvovaných zdrojů informací je internet, proto jsem se rozhodla založit blog, jako výstup své bakalářské práce. Závěrem bakalářské práce bych chtěla sdělit, že zpracovávání dat a tvorba samotné bakalářské práce pro mě byla velmi obohacující a dozvěděla jsem se

spousty zajímavých informací, které využiji v budoucí práci porodní asistentky.

Literatura a prameny

Contact Dermatitis - baby, symptoms, Definition, Description, Demographics, Causes and symptoms, Diagnosis. *Encyclopedia of Children's Health: Infancy through Adolescence* [online]. Copyright © 2018 Advameg, Inc. [cit. 26.03.2018].
Dostupné z: <http://www.healthofchildren.com/C/Contact-Dermatitis.html>

ČAPKOVÁ, Štěpánka. Nejčastější kožní choroby v dětském věku a jejich léčba. *Dermatologie pro praxi*, 2009, roč. 3, č. 3, s. 119-124. ISSN: cnb001713018

ČAPKOVÁ, Štěpánka. Plenková dermatitida. *Dermatologie pro praxi*, 2010, roč. 4, č. 3, s. 126-129. ISSN: cnb001713018

DORT, Jiří. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2011. ISBN 9788070439449.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a kol. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 447 s. ISBN 978-80-7013-547-1

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Adaptovaný klinický doporučený postup: Péče o kůži novorozence. *Pediatric pro praxi*. 2015, **16**(4), 275-278. ISSN 1213-0494.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Hodnotící metodiky v neonatologii. 2. přepr. a rozš. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-560-0.

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

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-489-4.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024739403.

GENGELOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelské postupy v péči o kůži novorozence a kojence v domácím prostředí. Č. Bud., 2012. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. Čekáme děťátko. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3781-2.

Helen T. Shin. Diagnosis and Management of Diaper Dermatitis. *Pediatric Clinics of North America*. Volume 61, Issue 2, 2014, s. 367-382. ISBN 9780323294805

Höfer, Silvia ; Szász, Nora: Hebammen-Gesundheitswissen. München: Gräfe Und Unzer, 2006. 304 s. ISBN 978-3-774-27463-1.

HUBER. *Hans Document Moved* [online]. Copyright © [cit. 24.03.2018]. Dostupné z: <http://www.neonatalogie.usz.ch/forschung/Documents/Literaturartikel%2009%2009%20Koerner%20et%20al.pdf>

Joanne McManus Kuller, Update on Newborn Bathing - ScienceDirect.

ScienceDirect.com | Science, health and medical journals, full text articles and books. [online]. Copyright © 2014 Elsevier Inc. All rights reserved. [cit.

24.03.2018]. Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336914000920?via%3DiHub>

Julia Petty, *Basic care of the neonate. 2013 dostupné z Home | University of Hertfordshire* [online]. Copyright © [cit. 12.03.2018]. Dostupné

z: https://www.herts.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0006/62961/15care-of-the-newborn-baby.pdf

KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2016. 328 s. ISBN: 978-80-247-5014-9.

MUNTAU, Ania. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4588-6.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-653-3.

POLÁŠKOVÁ, Stanislava. *Celoroční péče o dětskou pokožku. Pediatric pro praxi*. 2012, **6**(2), ISSN 1802-2960.

Reasons to Delay Baby's First Bath. *Verywell Family - Know More. Grow Together*. [online]. Dostupné z: <https://www.verywellfamily.com/reasons-to-delay-babys-first-bath-4111053>

REICHLOVÁ, Markéta. Povědomí veřejnosti o práci porodní asistentky. Č. Bud., 2014. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

SARKAR, Rashmi. Skin care for the newborn. *Indian Pediatrics*. 2010, 7(1), s. 593. ISSN 0019-6061

SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 9788024716138.

SLÁMOVÁ, Vendula. Co vědí matky o kojení - význam kojení pro matku [online]. Brno, 2015 [cit. 2018-03-24]. Dostupné z: <<https://is.muni.cz/th/o5nhl/>>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Jitka Pokorná

SOUKUPOVÁ, Věra, Jiřina SOUKUPOVÁ a Adéla CHADIMOVÁ. Dětské pleny: Výhody a nevýhody jednotlivých typů a druhů. Příslušenství k plenám. *Pediatric pro praxi*. 2007, 8(6), 396-398. ISSN 1213-0494.

SuperMamička – web komunity [online]. Dostupné z: <http://www.supermamicka.sk/zdravotna-starostlivost-o-novorodenca-pupok-nechty-koliky>.

ŠTORK, Jiří. *Dermatovenerologie*. 2. vyd. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-898-8.

Vernix Caseosa: Formation and Functions - ScienceDirect. *ScienceDirect.com | Science, health and medical journals, full text articles and books*. [online].

Copyright © 2014 Elsevier Inc. All rights reserved. [cit. 26.03.2018]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336914000919>

VISSCHER, Marty & Adam, R & Brink, Susanna & Odio, Mauricio. (2014). Newborn Infant Skin: Physiology, Development, and Care. *Clinics in Dermatology*. 33. 10.1016/j.clindermatol.2014.12.003.

Seznam zkratk

UMM Umělé mateřské mléko

ATB Antibiotika

Seznam grafů

GRAF 1 VĚK DOTAZOVANÝCH RESPONDENTEK	35
GRAF 2 NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ DOTAZOVANÝCH RESPONDENTŮ	36
GRAF 3 DRUHY POUŽÍVANÝCH PLEN	36
GRAF 4 ZNAČKA JEDNORÁZOVÝCH PLEN	37
GRAF 5 TYPY NEJPOUŽÍVANĚJŠÍCH LÁTKOVÝCH PLEN.....	37
GRAF 6 POVĚDOMÍ O JEDNORÁZOVÝCH EKOLOGICKY ROZLOŽITELNÝCH PLENKÁCH.....	38
GRAF 7 ZDROJ INFORMACÍ PŘI ROZHODOVÁNÍ O VOLBĚ DRUHU PLENEK.	38
GRAF 8 POMŮCKY POUŽÍVANÉ PŘI VÝMĚNĚ PLENKY	39
GRAF 9 ČETNOST POUŽÍVÁNÍ VLNĚNÝCH UBROUSKŮ.	39
GRAF 10 VÝSKYT ALERGICKÝCH ČI DRÁŽDIVÝCH REAKCÍ PO POUŽITÍ VLNĚNÝCH UBROUSKŮ.	40
GRAF 11 DRUHY KOSMETICKÝCH PRODUKTŮ POUŽÍVANÝCH PROTI VZNIKU OPRUZENIN .	40
GRAF 12 ZNAČKA KOSMETIKY POUŽÍVANÉ PROTI VZNIKU OPRUZENIN	41
GRAF 13 FREKVENCE KOUPÁNÍ NOVOROZENCŮ A KOJENCŮ	41
GRAF 14 FREKVENCE POUŽÍVÁNÍ MÝDLA PŘI KOUPÁNÍ U NOVOROZENCŮ A KOJENCŮ	42
GRAF 15 DRUHY MÝDLA POUŽÍVANÉ U NOVOROZENCŮ A KOJENCŮ	42
GRAF 16 PÉČE O POKOŽKU PO KOUPÁNÍ	43
GRAF 17 PRŮZKUM ČTENÍ SLOŽENÍ KOSMETICKÝCH PRODUKTŮ.....	43
GRAF 18 PROCENTO VÝSKYTU OPRUZENIN U NOVOROZENCŮ A KOJENCŮ.	44
GRAF 19 ZPŮSOB ŘEŠENÍ PROBLÉMU S OPRUZENINAMI	44
GRAF 20 ZDROJ INFORMACÍ O PÉČI O POKOŽKU NOVOROZENCE A KOJENCE	45
GRAF 21 ČETNOST SPOLUPRÁCE S KOMUNITNÍ PORODNÍ ASISTENTKOU	45
GRAF 22 ZDROJE DOPORUČENÍ VHODNÉ KOSMETIKY PRO NOVOROZENCE A KOJENCE...	46
GRAF 23 VÝSKYT ALERGICKÝCH REAKCÍ NA DĚTSKOU KOSMETIKU.....	46
GRAF 24 VÝŽIVA NOVOROZENCŮ A KOJENCŮ.....	47
GRAF 25 DÉLKA KOJENÍ	47

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník v písemné podobě

Příloha č. 2 Verze dotazníku na stránce Google

Příloha č. 3 Titulní strana blogu

Příloha č. 4 Hodnotící metodiky kůže

Příloha č. 1 Dotazník v písemné podobě

Péče o kůži novorozence a kojence

- 1) Uveďte Váš věk:.....
- 2) Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?
 - a. Základní
 - b. Střední odborné bez maturity
 - c. Střední odborné s maturitou
 - d. Vyšší odborné vzdělání (VOŠ)
 - e. Vysokoškolské vzdělání
- 3) Jaký druh plen používáte?
 - a. Jednorázové
 - b. Látkové
 - c. Kombinace obou
 - d. Bezplenková metoda
- 4) Jakou značku jednorázových plen používáte. (možno více odpovědí)
 - a. Pampers
 - b. Bella happy
 - c. Magics
 - d. Panda
 - e. Huggies
 - f. Baming Baby
 - g. Naty Nature Babycare
 - h. Baby Love
 - i. Nepoužívám jednorázové pleny
 - j. Jiné.....
- 5) Jaký typ látkových plen používáte? (možno více odpovědí)
 - a. Klasické čtvercové plenky
 - b. Pleny all in one (AIO) (vše v jednom)
 - c. Pleny Snap-in-one (SIO) neboli All-in-two (AI2) (všechno ve dvou)
 - d. Kalhotkové plenky
 - e. Vícevrstvé plenky
 - f. Froté plenky
 - g. Zavazovací plenky
 - h. Kapsové plenky
 - i. Jiné.....
- 6) Slyšela jste o jednorázových ekologicky rozložitelných plenkách?
 - a. Ano
 - b. Používám je
 - c. Ne
- 7) Jaký zdroj Informací pro Vás byl nejdůležitější, při rozhodování o volbě plenek?
 - a. Internet
 - b. Televize
 - c. Informační leták
 - d. Zkušenosti ostatních maminek
 - e. Rada porodní asistentky
 - f. Rada lékaře
 - g. Jiné.....

- 8) Jaké pomůcky při výměně plenky používáte? (možno více odpovědí)
- Vlhčené ubrousky
 - Tekoucí vodu a žínku
 - Mýdlo
 - Toaletní papír
 - Jiné.....
- 9) Jak často používáte vlhčené ubrousky?
- Při každé výměně pleny.
 - Jen v situaci, kdy nemám přístup k vodě.
 - Občas
 - Nikdy nepoužívám
- 10) Mělo někdy Vaše dítě po použití vlhčených ubrousků dráždivou či alergickou reakci?
- Ano
 - Ne
 - Nepoužívám vlhčené ubrousky
- 11) Jaké kosmetické produkty používáte na ochranu kůže proti opruzeninám? (možno více odpovědí)
- Mast proti opruzeninám
 - Dětský pudr
 - Dětský olej
 - Přírodní oleje
 - Nic
 - Jiné
- 12) Jakou značku dětské kosmetiky proti opruzeninám preferujete?
- Nivea
 - Himalaya Herbals
 - Alpa Aviril
 - Sebamed
 - JOHNSON'S BABY
 - WELEDA
 - Bepanthen
 - Žádnou
 - Jiné:
- 13) Jak často své dítě koupete?
- Každý den
 - Ob den
 - 3x týdně
 - 2x týdně
 - 1x týdně
 - Méně
- 14) Používáte při každém koupání mýdlo?
- Vždy
 - Ne při každém koupání
 - Nepoužívám mýdlo

- 15) Jaký druh mýdla používáte při koupání? (možno více odpovědí)
- Přírodní mýdla v BIO kvalitě
 - Vyrábím si vlastní mýdla
 - Používám běžně dostupná dětská mýdla
 - Nepoužívám žádná mýdla
 - Jiné.....
- 16) Jak pečujete o pokožku svého dítěte po koupání? (možno více odpovědí)
- Přírodní oleje
 - Přírodní masti a krémy
 - Běžně dostupné dětské masti
 - Běžně dostupné dětské oleje
 - Nepoužívám žádné krémy ani oleje
 - Jiné.....
- 17) Když vybíráte svému dítěti kosmetiku, čtete složení?
- Ano
 - Většinou ano
 - Většinou ne
 - Ne
- 18) Setkalo se Vaše dítě někdy s opruzeninami?
- Ano
 - Ano opakovaně
 - Ne
- 19) Jak jste řešili problém s opruzeninami?
- Návštěva dětského lékaře
 - Hledání možností léčby na internetu
 - Rada zkušené matky
 - Rada porodní
 - Jiné
- 20) Kde jste získali informace o ošetřování pokožky? (možno více odpovědí)
- Informační leták
 - Internet
 - Televize
 - Od sestry na novorozeneckém oddělení
 - Od porodní asistentky
 - Od dětského lékaře
 - Od své matky
 - Od ostatních maminek
 - jiné
- 21) Spolupracujete s komunitní porodní asistentkou?
- Ano
 - Občas
 - Ne
 - Neznám termín komunitní porodní asistentka

- 22) Kdo Vám doporučil vhodnou kosmetiku?
- a. Dětský lékař
 - b. Gynekolog
 - c. Porodní asistentka
 - d. Sestra na novorozeneckém oddělení
 - e. Jiná maminka
 - f. Jiné
- 23) Mělo Vaše dítě někdy alergickou reakci na kosmetiku?
- a. Ano
 - b. Ne
- 24) Kojíte, či jste kojila své dítě?
- a. Ano stále kojím
 - b. Umělá mateřská mléka
 - c. Kombinace umělého mateřského mléka a kojení
 - d. Ne
- 25) Pokud jste kojila kolik měsíců?.....

Příloha č. 2 Verze dotazníku na stránce Google

Péče o kůži novorozenců a kojenců

*Povinné pole

Kolik je Vám let? *

Vaše odpověď

Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla? *

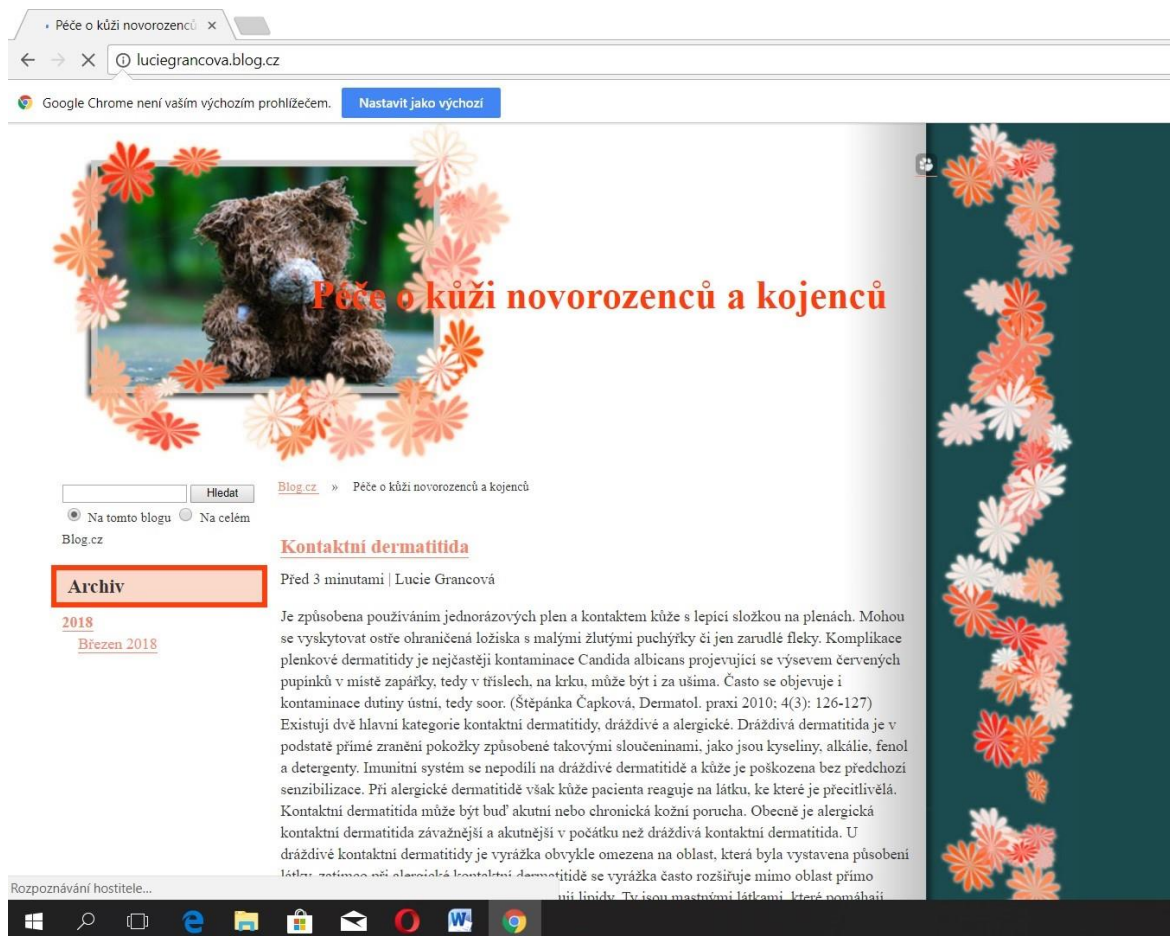
- Základní
- Střední odborné bez maturity
- Střední odborné s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání
- eVysokoškolské vzdělání

Jaký druh plen používáte? *

- Jednorázové
- Látkové
- Kombinace obou
- Bezplenková metoda

Zdroj: vlastní

Příloha č. 3 Titulní strana blogu



The screenshot shows a web browser window displaying the homepage of a blog. The browser's address bar shows the URL 'luciegrancova.blog.cz'. The page features a large header image with a teddy bear and the title 'Péče o kůži novorozenců a kojenců' in red text. Below the header, there is a search bar with the text 'Hledat' and a dropdown menu showing 'Blog.cz' and 'Péče o kůži novorozenců a kojenců'. There are also radio buttons for 'Na tomto blogu' and 'Na celém Blog.cz'. A sidebar on the left contains an 'Archiv' section with a red border, listing '2018' and 'Březen 2018'. The main content area displays the article title 'Kontaktní dermatitida' and the author 'Lucie Grancová'. The article text discusses contact dermatitis, mentioning symptoms like redness and itching, and the role of the immune system. The text is partially obscured by a vertical decorative border on the right side of the page, which features a pattern of orange and white flowers.

Zdroj: vlastní

Příloha č. 4. Hodnotící metodiky kůže

Tab. č. 9.3 Bedi Scale (Bedi et al., 1993)

Hmotnost	body	Typ kůže	body	Věk	body	Zvláštní rizika	body
Průměrná vzhledem k věku	0	Tmavá	0	Novorozenecký	3	Malnutrice tkání, terminální kachexie	8
Nižší než porodní hmotnost	2	Světlá	1	Kojenecký	1	Cirkulačně/cévní onemocnění	5
Nižší vzhledem k věku	3	Citlivá	2	Batoleci	1	Diabetes	4
Nadváha	3	Poškozená/ skvrnitá	3	Předškolní	1	Hypoxémie	5
				12 let a více	1	Inotropní podpora Infekce	3 2
Kontinence	body	Mobilita	body	Celkové vyšetření	body	Neurologické problémy	body
Kontinentní	0	Plná	0	Generalizovaná cyanóza	5	Bezvědomí	5
Katetrizované	1	Neklid/vrtění	1	Mírná cyanóza	3	Opožděný vývoj	2
Inkontinentní (u děti nad 4 roky)	2	Sedace/bránění pohybu	2	Akrocyanóza	1	Normální vývoj	2
Nosí pleny	2	Znehybnění	4	Bez příznaků	0		
Je opružené	3						
Enuretické	3						
Medikace	body	Chut' k jídlu	body			Chirurgické zákroky/trauma	body
ATB působící průjem/ opružení/plíseň	3	Dobrá	0			Délka operace >2 hodiny	5
		Slabá	1			Délka operace >5 hodin	7
		*NG sonda, pouze tekutiny	2				
		Malabsorpce	3				
		Neprospívání	3				
		Nic per os, dehydratace	3				

* NG = nasogastrická sonda

Hodnocení: > 10 = riziko

> 15 = vysoké riziko

> 20 = velmi vysoké riziko

Zdroj: Fendrychová, 2013, s. 91

Tab. č. 9.5 **Braden Q Scale** (Quigley, Curley, 1996; publikováno v Curley et al., 2003)

Intenzita a trvání tlaku					skóre
Pohyblivost	1. úplně imobilní	2. velmi omezená	3. lehce omezená	4. bez omezení	
Aktivita	1. trvale na lůžku	2. trvale na vozíku	3. občasná chůze	4. častá chůze	
Smyslové vnímání	1. úplně omezené	2. velmi omezené	3. lehce omezené	4. neporušené	
Tolerance kůže a podpůrných systémů					
Vlhkost pokožky	1. stále vlhká	2. často vlhká	3. občas vlhká	4. málokdy vlhká	
Tření a střížné síly (smýkání)	1. významný problém	2. problém	3. možný problém	4. bez problému	
Stav výživy	1. velmi špatný (*TPV >5 dnů, albumin <2,5mg/dl)	2. nedostatečný (sonda/TPV, albumin <3mg/dl)	3. přiměřený	4. dobrý	
Tkáňová perfúze a oxygenace	1. velmi špatná (hypotenze, *MAP <40 mmHg u novorozenců)	2. špatná (saturace <95%, Hb <100, pH <7,4)	3. přiměřená (normální tlak, pH i Hb)	4. dobrá (saturace >95%, Hb v normě, kapilární návrat <3 s)	
Celkem skóre					

* TPV = totální parenterální výživa

MAP = střední arteriální tlak

Hodnocení: skóre <23 = riziko

Zdroj: Fendrychová, 2013, s. 92

Tab. č. 9.6 Neonatal/Infant Braden Q Scale
(publikováno na <http://www.med.cmu.ac.th>)

Intenzita a trvání tlaku					skóre
Celkový fyzický stav	1. gestační věk ≤28. týden	2. gestační věk mezi 28.-33. týdnem	3. gestační věk mezi 33.-38. týdnem	4. gestační věk >38. týden	
Pohyblivost	1. úplně omezená (žádný pohyb, ani změny polohy končetin)	2. velmi omezená (občasný jemný pohyb)	3. lehce omezená (otáčí hlavičku, mění polohu končetin)	4. bez omezení	
Aktivita	1. úplně omezená (nelze zvedat, polohovat)	2. velmi omezená (toleruje změny polohy)	3. lehce omezená (možné zvedat, chovat)	4. bez omezení	
Smyslové vnímání	1. úplně omezené (nereaguje na žádné stimuly)	2. velmi omezené (netoleruje hluk, světlo, dotek)	3. lehce omezené (snadno lze vyrušit)	4. neporušené	
Tolerance kůže a podpůrných systémů					
Vlhkost pokožky	1. stále vlhká	2. velmi vlhká	3. občas vlhká	4. zřídka vlhká	
Tření a střížné síly (smýkání)	1. významný problém (agitace vedoucí k téměř konstantnímu tření pokožky hlavy, kolenou, končetin)	2. problém (časté sjíždění ze zvýšené polohy)	3. možný problém (příležitostně smýkání)	4. bez problému (možné zvedat, nosit, měnit polohu)	
Stav výživy	1. velmi špatný (*TPV >5 dnů, albumin <2,5mg/dl)	2. nedostatečný (sonda/TPV, albumin <3mg/dl)	3. přiměřený (sonda/TPV nebo p.o. příjem, přibývá 20g/kg/den)	4. dobrý (normální p.o. příjem, trvale přibývá 20g/kg/den)	
Tkáňová perfúze a oxygenace	1. velmi špatná (hypotenze, *MAP <40 mmHg u novorozenců, generalizované edémy, potřeby HFV)	2. špatná (saturace <95%, Hb <100, pH <7,4, kapilární návrat >2 s, nestabilní TT)	3. přiměřená (saturace <95%, Hb <100, normální tlak, TT, pH i Hb)	4. dobrá (saturace >95%, Hb v normě, kapilární návrat <2 s, stabilní TT)	
Celkem skóre					

* TPV = totální parenterální výživa

MAP = střední arteriální tlak

Hodnocení: skóre <20 = riziko

Zdroj: Fendrychová, 2013, s 94

Tab. č. 9.7 Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS)
(Huffiness, Lodgson, 1997)

					skóre
Celkový fyzický stav	4. gestační věk ≤28. týden	3. gestační věk mezi 28.-33. týdnem	2. gestační věk mezi 33.-38. týdnem	1. gestační věk >38. týden	
Duševní stav (stav vědomí)	4. zcela omezen (nereaguje ani na bolestivé stimuly pro bezvědomí nebo sedaci)	3. velmi omezen (reaguje pouze na bolestivé stimuly zvýšeným TK nebo HR, sténáním, úchopem)	2. lehce omezen (letargický)	1. bez poškození (bdělý a aktivní)	
Pohyblivost	4. úplně imobilní (žádný pohyb ani změna polohy těla nebo končetin)	3. velmi omezená (občasný jemný pohyb)	2. lehce omezená (nezávisle mění polohu těla a končetin)	1. bez omezení (pohyby těla bez asistence)	
Aktivita	4. úplně omezená (na vyhřivaném lůžku krytý plastovým stanem)	3. velmi omezená (na vyhřivaném lůžku nekrytý stanem)	2. lehce omezená (v inkubátoru se zdvojenými stěnami)	1. bez omezení (v postýlce)	
Stav výživy	4. velmi špatný (*TPV)	3. nedostatečný (sonda + TPV)	2. přiměřený (sonda)	1. výborný (láhev/kojení)	
Vlhkost	4. neustále vlhká kůže	3. vlhká kůže (prádlo je třeba měnit každou směnu)	2. občas vlhká kůže (prádlo je třeba měnit 1x denně)	1. zřídka vlhká kůže	
Celkem skóre					

* TPV = totální parenterální výživa

Hodnocení: skóre ≥13 = riziko

Zdroj: Fendrychová, 2013, s. 95

Tab. č. 9.10 Porovnání jednotlivých hodnotících systémů pro děti
(publikováno v Willock, Maylor, 2004)

Rizikové faktory	Bedi (1993)	Garvin (1997)	Pickersgill (1997)	Cockett (1998)	Olding and Patterson (1998) Pattold Scale	Waterlow (1998)	Curley et al. (2003) Loman (2000) Braden Q Scale
Hmotnost	x		x	x	x		
Kontinence	x		x	x	x		
Typ kůže	x						
Stav kůže			x	x	x	x	
Vlhkost kůže		x					x
Střížné síly							x
Mobilita/aktivita	x	x	x	x	x	x	x
Stav výživy/apetit	x	x	x	x	x	x	x
Malnutrice tkání	x					x	
Věk	x						
Cirkulačně/cévní onemocnění	x			x	x		
Inotropní podpora	x						
Prokrvení tkání							x
Samostatné dýchání				x	x	x	
Hypoxie/oxygenace	x						x
Neurologické potíže	x						
GCS*				x			
Sedace				x			
Smyslové vnímání		x					x
Operace	x			x		x	
Trauma	x						
Diabetes	x						
Infekce	x						
Medikace	x		x				
Hypotermie				x	x		
Sádra/dlaha				x		x	
Infuze/drenáž/NGS*						x	
Mnohočetné fyzické potíže						x	
Poranění hlavy						x	
Polymorbidita						x	
Malignita						x	
Hodnocení	10+ = riziko 15+ = vysoké riziko 20+ = velmi vysoké riziko	4-5 = žádné riziko 6-7 = úroveň I 8-12 = úroveň II 13-16 = úroveň III	0-5 = nízké riziko 6-10 = střední riziko > 11 = vysoké riziko	nízké skóre = nízké riziko vysoké skóre = vysoké riziko	8-14 = nízké riziko 15-20 = střední riziko 20+ = vysoké riziko	>10= riziko >15= vysoké riziko >20= velmi vysoké riziko	25 = nízké riziko 21 = střední riziko 16 = vysoké riziko

*GCS = Glasgow Coma Scale

*NGS = nasogastrická sonda

Zdroj: Fendrychová, 2013, s. 98