

Rola położnej rodzinnej w środowiskowej opiece zdrowotnej nad noworodkiem – dokumentacja procesu pielęgnowania

The family midwife's role in environmental health care over new-born child - the records of the nursing process.

Irena Fiedorczuk, Ludmiła Marcinowicz, Sławomir Chlabicz

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego,
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Irena Fiedorczuk

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

ul. Mieszka I 4a

15-054 Białystok

e-mail: irena.fiedorczuk@wp.pl

STRESZCZENIE

ROLA POŁOŻNEJ RODZINNEJ W ŚRODOWISKOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ NAD NOWORODKIEM – DOKUMENTACJA PROCESU PIELEGNOWANIA

Wstęp: W artykule przedstawiono dokumentację procesu pielęgnowania noworodka w środowiskowej opiece zdrowotnej, pomocną we wczesnym wykrywaniu zagrożeń zdrowia dziecka oraz określono rolę położnej rodzinnej w opiece neonatologicznej.

Celem pracy. Celem artykułu było zapoznanie położnych i rodzin podopiecznych z procesem pielęgnowania noworodka podczas wizyt patronażowych, zrozumienie znaczenia tych wizyt dla rozwoju dziecka na poziomie rodziny oraz ukazanie obszarów szczególnej troski do prowadzenia poradnictwa i edukacji w środowisku.

Słowa kluczowe:

noworodek, proces pielęgnowania, położna rodzinna

ABSTRACT

THE FAMILY MIDWIFE'S ROLE IN ENVIRONMENTAL HEALTH CARE OVER NEW-BORN CHILD - THE RECORDS OF PROCESS OF CARE

Introduction. The article presents records applied in newborn care in the community and helpful in the early detection of risks to child's health. Additionally midwife's role in care over prematurely born children was described.

Aim. The aim of this article is to present the process of care of the newborn during home visits, to enable understanding of their importance to the child's development on the family level as well as presentation of the areas of special concern requiring further consultancy and education in the community.

Key words:

new-born child, process of care, family midwife

WSTĘP

Opiekę nad noworodkiem po wypisie ze szpitala należy zakwalifikować do niezwykle ważnych zagadnień medyczno-organizacyjnych z uwagi na obniżenie wieku noworodków wypisywanych z oddziałów położniczych. Czas pobytu zdrowych, donoszonych noworodków z fizjologicznych porodów w oddziale szpitalnym w Polsce wynosi średnio 2-4 dni, a na życzenie matki może być jeszcze krótszy. Wczesny okres noworodkowy (I tydzień życia) oraz miesięczny okres adaptacji poszczególnych układów do życia pozałonowego (dalsze stadium noworodka) w życiu dziecka wymaga wnikliwej obserwacji, gdyż dobry przebieg tego okresu w dużej mierze zależy od prawidłowego w tym okresie postępowania i właściwego pielęgnowania. Opiekę poporodową nad matką i noworodkiem sprawują równolegle lekarz rodzinny i położna rodzinna. Przebieg opieki uzależniony jest od aktualnych potrzeb zdrowotno – rozwojowych dziecka i potrzeb rodziny, jej adaptacji do ról rodzicielskich. Zdrowie noworodka, zdrowie rodziny na tym etapie rozwoju zależy od współdziałania lekarzy i położnych [1, 2].

Położne rodzinne prowadzą szeroką gamę usług medycznych w domu kobiet po porodzie, w tym także promocję zdrowia i prewencję chorób poprzez wczesną identyfikację problemów zdrowotnych. Zakres zadań pozwala również na całościowe poznanie rodziny, stały kontakt z rodziną, możliwość określenia relacji wewnątrzrodzinnych, problemów, potrzeb, a także pozwala na zindywidualizowanie opieki, co jest szczególnie ważne w przygotowywaniu rodziców do sprawowania opieki nad noworodkiem.

Regularne wizyty patronażowe, podczas których realizowana jest kompleksowa pielęgnacyjna opieka położniczo-neonatologiczna nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem – do ukończenia drugiego miesiąca życia – wymagają coraz większych kompetencji położnych, nie tylko w aspektach ściśle medycznych.

Przebieg wizyt patronażowych

Pielęgniarstwo rodzinne to nowy obszar rozważań teoretycznych i działań pielęgniarstkich, a podstawową metodą całościowej opieki pielęgniarstkiej nad pacjentką i jej rodziną jest proces pielęgnowania. Jest on najczęściej określany jako systematyczny i uporządkowany sposób określania indywidualnych problemów człowieka, ustalanie planów ich rozwiązywania, realizowanie tych planów oraz ocenianie stopnia efektywności osiągniętej w rozwiązywaniu zdefiniowanych problemów [3]. W pielęgniarstwie środowiskowym dość powszechnie przyjmuje się, że proces pielęgnowania jest propozycją opieki pielęgniarstkiej, która – aby mogła być skuteczna i wpisywała się w elementy opieki ukierunkowanej na rodzinę – położnej potrzebne są następujące umiejętności:

- dokonywania pielęgniarstkiej oceny stanu zdrowia noworodka,
- przygotowywania rodziców do opieki, pielęgnacji i wychowywania dziecka,
- oceniania rodziny w systemowym ujęciu (znajomość podstawowych osobowości rodzinnych),

- prowadzenia poradnictwa pielęgniarstkiego,
- oceniania jakości macierzyństwa (więzi matki z dzieckiem),
- diagnozowania zaburzeń wydolności rodzicielskiej (krzywdzenie dzieci poniżej 6 miesiąca życia powoduje wysokie ryzyko uszkodzeń czy śmierci) [4].

Tak ujęte umiejętności wskazują na położną jako na osobę wspomagającą pierwszy etap rozwoju i wychowania dziecka w rodzinie, w okresie najczulszego reagowania na czynniki kształtujące jego osobowość.

Proces pielęgnowania noworodka w środowisku domowym wymaga wielkiej odpowiedzialności, dużego zaangażowania, wnikliwego podejścia do każdego problemu i wątpliwości rodziców, a przy tym jest niezwykle czasochłonny, w szczególności podczas pierwszej wizyty patronażowej. Oczekiwania rodziców uzależnione są od kolejności porodów i doświadczeń związanych z prokreacją – wyraźnie można zaobserwować ich zmienność wraz ze stopniem rozwoju kompetencji rodzicielskich.

Wstępne działania rozpoznawcze należy rozpocząć od zapoznania się z dokumentacją medyczną ze szpitala (epikryza z oddziału noworodkowego) i Książeczką zdrowia dziecka. Istotne informacje obejmują: okres przedkoncepcyjny, prenatalny z wyodrębnieniem problemów zdrowotnych w czasie ciąży oraz przebiegu porodu. Dane z dokumentacji pozwolą również dokonać klasyfikacji noworodka, wraz z oceną przebiegu stanów przystosowawczych do życia pozamacicznego (przebieg okresu noworodkowego podczas pobytu w szpitalu) – co stanowi podstawę planu opieki nad noworodkiem.

Wywiad z mamą/rodzicami i obserwacja środowiska dziecka pod kątem bezpieczeństwa i właściwej higieny noworodka to kolejny etap postępowania położnej. Ogromne znaczenie w tym momencie ma umiejętne nawiązanie kontaktu z mamą i zdobycie jej zaufania. Właściwa realizacja tego etapu powinna zachęcić rodziców do aktywnego uczestnictwa w procesie oceny stanu zdrowia dziecka pod kierunkiem położnej. Pielęgniarstka ocena stanu zdrowia noworodka to zebranie danych na temat funkcjonowania poszczególnych układów i ogólnego stanu zdrowia, jest to tzw. ocena „od głowy do stóp”. Przy tym należy również wychwycić wszystkie problemy pielęgnacyjne i omówić zalecenia.

Sprawdzenie odruchów wrodzonych to również przekazanie rodzicom podstawowych informacji związanych z fizjologią noworodka. Przy omawianiu podstaw rozwoju psychofizycznego dziecka zasadą powinno być ukierunkowanie podawanych wiadomości na stany prawidłowe. W przypadku, gdy zachodzi konieczność omawiania stanów nieprawidłowych należy poinformować o sposobach postępowania, wyjaśnić metody radzenia sobie ze zjawiskami patologicznymi.

Wywiad żywieniowy i ustalenie schematu żywienia stanowią ważną część procesu pielęgnowania. Mleko matki to najbardziej odpowiednie i kompletne źródło pokarmu, jednakże nie każda kobieta potrafi właściwie karmić swoje dziecko, nie każdej matce przychodzi to w sposób naturalny, bez trudności, chociaż to sama natura, tzw. „biologia

macierzyństwa” kieruje wytwarzaniem pokarmu i karmieniem piersią. Wiele matek potrzebuje systematycznej i fachowej pomocy zanim osiągnie tę umiejętność i właściwie odpowie na potrzeby dziecka.

Postrzeganie dzieci w okresie noworodkowym i niemowlęcym wiele mówi o nastawieniu kobiety do opieki nad potomstwem, dlatego też należy zebrać wywiad odnośnie zachowania noworodka poprzez analizowanie trzech aspektów: zachowanie podczas karmienia, podczas snu, podczas aktywności. Wskazane jest mobilizowanie rodziców do notowania swoich obserwacji [5, 6].

Rozwój psychofizyczny kobiety jest ukierunkowany na macierzyństwo i od strony fizjologii kobieta jest przygotowana do bycia matką. Jednak coraz częściej w licznych publikacjach i opracowaniach książkowych pojawiają się stwierdzenia, że rola matki jest wytworem naszej kultury, że instynkt macierzyński nie istnieje i że nie każda kobieta jest stworzona do macierzyństwa [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13]. Doniesienia pozamedycznych przedstawicieli świata nauki odnośnie macierzyństwa w znaczący sposób wzbogacają wiedzę na temat tego złożonego procesu. Wśród pokrewnych medycynie dziedzin najczęściej psychologia i socjologia analizuje ten proces i dowodzi zarazem, że macierzyństwo ma wymiar interdyscyplinarny i w tym wymiarze należy je rozpatrywać i dopasowywać programy przygotowujące kobiety do macierzyństwa, a tym samym do opieki i wychowania dzieci. Przy tym należy zaznaczyć, iż szukająca wskazówek młoda mama nie znajduje w literaturze oparcia, istnieją rozbieżne opinie w kwestiach błahych i zasadniczych odnośnie pielęgnacji i wychowania, a także wspomagania rozwoju małych dzieci. Mając to na uwadze położna rodzinna powinna opracować, dopasowując do potrzeb środowiska, oparte na rzetelnej wiedzy, wskazówki dotyczące pielęgnacji noworodka i niemowlęcia oraz zasady postępowania w przypadku określonych dolegliwości i problemów pielęgnacyjnych.

W pracy położnej rodzinnej działania o charakterze pomocy i edukacji ukierunkowanej na wspomaganie rozwoju dziecka są dominujące. Dlatego też ocena rozwoju noworodka po skończeniu pierwszego miesiąca życia wchodzi w skład procesu pielęgnowania [14]. Osobnym problemem jest opieka domowa nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym lub dzieckiem z zaburzeniami rozwojowymi – nie powinno to przerastać możliwości położnych. Opieka nad nimi jest często ogromnym wyzwaniem, a wiedza o odrębnościach fizjologii, prognozach rozwojowych, a także zaburzeniach rozwoju psychoruchowego jest istotna w procesie pielęgnowania [12].

Aby podnieść na wyższy poziom opiekę medyczną – pielęgnarską nad noworodkiem, wizyty patronażowe, oprócz charakteru medycznego – kontrolnego, powinny zawierać oddziaływania wychowawcze, wspierające właściwe postawy rodzicielskie. Położna rodzinna powinna umieć wykorzystać fakt, że w tym okresie rozwoju rodziny jest największa skuteczność oddziaływań edukacyjnych i największa motywacja rodziców do kształcenia zdrowotnego. Dlatego położne pracujące w środowiskowej opiece zdrowotnej powinny uczyć i oddziaływać wychowawczo.

Przykładowa dokumentacja stosowana w środowiskowej opiece nad noworodkiem – opracowanie autorskie

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku (Dz.U. 91.91.40) w art. 18 nakłada na zakład opieki zdrowotnej obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu (ust.1) [15].

Prezentowana dokumentacja, opracowana na podstawie literatury [12, 14], pozwala dokonać oceny prowadzonych działań, obserwacji, wywiadu, a treści w niej zawarte mogą być wykorzystane do planowania opieki przez innych członków zespołu podstawowej opieki zdrowotnej.

Dokumentacja procesu pielęgnowania noworodka w środowiskowej opiece zdrowotnej
z dnia

I. Działania rozpoznawcze na podstawie:

1. Dokumentacja medyczna ze szpitala (epikryza z oddziału noworodkowego)

Nazwisko i imię.....
Adres.....
Data urodzenia.....
Szpital (nazwa placówki).....
Wypis ze szpitala.....
Telefon kontaktowy z rodziną.....

1.1. Okres prenatalny (problemy zdrowotne w czasie ciąży i ewentualne metody leczenia; istotne informacje dotyczące okresu przedkoncepcyjnego)

.....
.....
.....
.....
.....
Przebieg porodu:
.....
.....
.....
.....

2. Klasyfikacja noworodka :

a. noworodek donoszony Hbd.37-41	
b. noworodek przedwcześnie urodzony Hbd. <37	
c. noworodek urodzony po terminie Hbd. >42	
- makrosomia (masa ciała 4000g i więcej)	
- prawidłowa masa ciała (2500do 3999g)	
- mała masa urodzeniowa ciała < 2500g	
- bardzo mała masa urodzeniowa ciała <1500g	
- skrajnie mała masa urodzeniowa ciała <1000g	

Proporcje ciała noworodka :

długość.....
obwód głowy.....
obwód klatki piersiowej.....

3. Przebieg okresu noworodkowego podczas pobytu w szpitalu:

Ocena wg skali Apgar:

adaptacja układu oddechowego	
adaptacja układu krążenia	
Termoregulacja	
Adaptacja przewodu pokarmowego	
Czynność nerek(barwa moczu, liczba mikcji)	
Fizjologiczny ubytek masy ciała	
Żółtaczka fizjologiczna	

Wady wrodzone i urazy okołoporodowe:

.....

.....

.....

.....

II. Wywiad i obserwacja środowiska domowego dziecka

Matka	
Ojciec	
Ocena struktury rodziny	
Aktualny stan zdrowia rodziców	
(przyjmowane leki)	
Choroby w rodzinie	
Warunki mieszkaniowe i materialne (niski status socjoekonomiczny ma znaczący i negatywny wpływ na stan zdrowia dziecka)	
Obecność zwierząt domowych	
Ocena wpływu czynników środowiskowych związanych z bezpieczeństwem i właściwą higieną dziecka (bierne palenie papierosów jest uznawane za zagrożenie dla zdrowia dzieci)	
Przygotowanie do zadań rodzicielskich (Jak każde z rodziców było traktowane jako dziecko?, posiadanie doświadczeń w wychowywaniu dzieci; Przygotowanie teoretyczne, np. zajęcia w szkole rodzenia)	

III. Pielęgniarska ocena stanu zdrowia noworodka wtygodniu życia

(należy zachęcić rodziców do uczestnictwa w procesie oceny stanu zdrowia dziecka)

1. Ocena „od głowy do stóp”

	Ocena	Problemy pielęgnacyjne	Zalecenia
Badanie fizykalne (zebranie danych na temat funkcjonowania poszczególnych układów i ogólnego stanu zdrowia)	Poszczególne elementy		
	asymetria kości czaszki		
	przedgłowie		
	krwiak podokostnowy		
	wodogłowie		
	badanie ciemienia przedniego		
	• zbyt duże		
	• zbyt małe		
	• wcześnie zarastające		
	• napięte		
głowa obwód głowy..... Oceń wielkość, kształt, symetrię i stan ciemniączek	• tętniące		
	• zapadnięte		
	• wybrzuszenie ciemniączek		
	włosy		
	dysmorfia twarzy		
	asymetria twarzy (nasilająca się przy płaczu, może wskazywać na porażenie nerwu twarzewego)		
	rozszerzenie wargi i podniebienia		
twarz			

oczy	• wylewy krwotoczne do spojówek • wydzielina surowicza • zaczerwienienie spojówek i ropna wydzielina • zmnętnienie rogówek (może wskazywać na wrodzoną zakaźną)				
nos ocenić obecność wydzieliny Uwaga! noworodek z katarą wymaga częstej kontroli stanu ogólnego katar u dzieci karmionych sztucznie może prowadzić do zapalenia płuc. Katar u dzieci karmionych sztucznie może prowadzić do zapalenia płuc	• wydzielina w przewodach nosowych surowicza (zakażenie wirusowe) • wydzielina w przewodach nosowych śluzowo – ropna (zakażenie bakteryjne) • mętna wydzielina w przewodach nosowych (może występować w refluksie żołądkowo – przełykowym) • katar • poruszenie skrzydełkami nosa (występ. w zab. oddychania)				
jama ustna obserwowanie odruchu ssania, ruch gryzienia zamiast ssania nie jest prawidłową reakcją	• powiększony język • wędzidełko (ocena) • perły Epsteina • miękkie przednie zęby				
szyja	kręczy – jednostronne skrócenie mięśnia, stwierdza się zgrubienie, guz wielkości oliwki, uwidacznia się najczęstszą ok. 2 tygodnia życia wole (wymaga pogłębionych badań)				
skóra należy ocenić kolor, strukturę – powinna być gładka, nawilżona, napięta, temperatura Należy ocenić przeświecanie skóry (czy są widoczne żyły i odgałęzienia żyłne)	• prawidłowość – skóra różowa, dobrze ukrwiona • bledność skóry (powtarzanie się napadów bledności – konieczne wykonanie badań) • skóra marmurkowata (oraz tzw. objaw Arlekina) • skóra zasiniona • skóra żywoczerwona • zmiany ropne				
Ocena nasilenia hiperbilirubinemii na podstawie zażółcenia części ciała (schemat Kramera)	paznokcie (stan paznokci) I – głowa i szyja do wysokości obojczyków (5 mg/dL) II – od obojczyków do pępka (6 – 8 mg/dL) III – od pępka do kolan (9 – 12 mg/dL) IV – od kolan do stóp (13 – 15 mg/dL) V – dłonie i stopy (>15 mg/dL)				
rozpoznanie znamion wrodzonych Uwaga! Obecność więcej niż 6 znamion typu „kawa z mlekiem” mających średnicę ponad 1,5 cm może przemawiać za schorzeniem nerwiako-włóknakowatością	• naczyniaki płaskie (zaznaczyć miejsce występowania) • naczyniaki jamiste (truskawkowe znamiona) – pojawiają się dopiero w 2-4tyg. życia • ogniska wzmożonej pigmentacji skóry (plamy mongolskie, plamy „kawa z mlekiem”)				
klatka piersiowa obwód klatki piersiowej..... ocen kształt, obecność wydzielin z sutków zmian na skórze	częstość oddechów na minutę..... (należy obserwować ruchy powłok brzusznych) czynność serca (należy mierzyć na koniuszku serca w ciągu całej pełnej minuty ze względu na możliwość zaburzeń rytmu) temperatura				

brzuszek Uwaga! u noworodka brzeg wątroby jest fizjologicznie wyczuwalny 1-2 cm poniżej łuku żebrowego	• wzdęcia • brzuszek zapadnięty • kształt powłok brzusznych • perystaltyka • obecność przepuklin			
kikut pępowiny	przepuklina pępkowa zakazania kikutu pępowiny (zaczernienie, obrzęk oraz obecność wydzieliny) wygląd pępka u chłopców należy sprawdzić: • ujście cewki moczowej • określić długość prącia • sprawdzić obecność jąder w mosznie lub kanale pachwinowym • wodniaki jąder • przepuklina mosznowa u dziewczynek należy sprawdzić: • wielkość techtaczki • krocze i pośladki • obecność wydzieliny, uszkodzenia			
Zewnętrzne narządy płciowe				
kończyny	ocenić należy budowę kończyn górnych i dolnych, ich ustawienie, napięcie mięśniowe, liczbę palców długość kończyn dolnych (oceny dokonuje się u dziecka leżącego na plecach z nogami zgiętymi w stawach kolanowych, jeśli w tej pozycji jedno z kolan wydaje się być niżej to może to przemawiać za dysplazją) obserwacja fałd udowych i pośladkowych (dziecko leży na brzuszku)			
przejściowe objawy związane z wpływem hormonów matki (u noworodków urodzonych przedwcześnie na ogół nie obserwuje się tych odczynów hormonalnych)	• rumień toksyczny • powiększenie gruczołów piersiowych • krwawienie z pochwy			
ocena tkanki tłuszczowej podskórnej				
układ mięśniowo – szkieletowy	• wzmożone napięcie mięśniowe, • obniżone napięcie mięśniowe, • siła mięśniowa jest zaznaczona wyraźnie • drżenia kloniczne rąk i nóg			

2. Sprawdzenie odruchów wrodzonych

asymetria ułożeniowa	
odruch pełzania	
odruch podporowy	
odruch automatycznego chodzenia	
odruch moro	
odruch chwytny dłoni i stóp	

3. Żywnienie noworodka (wywiad żywieniowy)

Sposób, technika i częstota karmienia (ilość i rodzaj pożywienia)
.....
Problemy z karmieniem
.....
Stosowanie suplementów witaminowych (leki)
.....
Stosowanie specjalnych mieszanek
.....
Tolerancja pokarmu
.....
Karmienie piersią w nocy
.....
Ilość stolców i ich konsystencja (problemy z wypróżnianiem)
.....
Ilość mikcji w ciągu dnia lub doby
.....
ulewanie pokarmu
.....
wymioty
.....
kolka
.....

4. Zachowanie noworodka

Podczas karmienia	Podczas snu (jakościowa ocena snu, wzorce zasypiania)	Podczas aktywności (kąpiel, spacer, czynności pielęgnacyjne)

5. Inne uwagi dotyczące noworodka (dziecko oczami matki/rodziców)

- Dziecko spokojne, grzeczne
- Dziecko irytujące
- Dziecko płaczliwe
- Dziecko niespokojne, humorzaste
- Dziecko trudne
- Dziecko słabe, apatyczne
- Dziecko żywe, bardzo aktywne
- Dziecko wymagające

6. Uwagi dotyczące rodziny (na podstawie obserwacji)

1. Czy dziecko wyzwala u rodziców miłość i opiekuńczość?	☐ tak, ☐ nie
2. Czy rodzice są świadomi swojej roli?	☐ tak, ☐ nie
3. Czy widoczna jest rozsądna współpraca w opiece nad dzieckiem?	☐ tak, ☐ nie
4. Czy posiadają podstawową wiedzę o potrzebach noworodka?	☐ tak, ☐ nie
5. Czy rodzice są w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki rodzicielskie?	☐ tak, ☐ nie

IV. Wstępna diagnoza pielęgnarska i plan opieki; zalecenia dla mamy/rodziców odnośnie pielęgnowania dziecka w domu**Nauczono:**

- Zasad codziennej pielęgnacji
- Zapobiegania błędom pielęgnacyjnym
- Technik prawidłowego przystawiania dziecka do piersi, zasady karmienia piersią
- Postępowania pielęgnacyjnego w stanach adaptacyjnych
- Sposobu przytulania i układania dziecka (stymulacja dotykowa), sposoby pobudzające rozwój mowy,
- Zasad postępowania w przypadku dolegliwości noworodków i niemowląt, różnicowanie objawów takich jak: ulewianie, wymioty, kolka, problemy z wypróżnianiem, infekcje górnych dróg oddechowych i wysypki

Przekonano, iż najbezpieczniejszą pozycją do spania, chroniącą przez zespołem nagłego zgonu niemowląt jest pozycja na plecach.

Omówiono:

- Organizacja dnia (karmienie, sen, aktywność, czas dla mamy) – prowadzenie dziennika
- Podawanie witaminy D3, K
- Wizyty profilaktyczne u lekarza, szczepienia,
- Zasady resuscytacji krążeniowo – oddechowej dziecka.

Kolejne wizyty patronażowe według następującego schematu:

Kolejna wizyta patronażowa z dnia

Potrzeby pielęgnacyjne skóry dziecka	Zabarwienie skóry Wygląd skóry Patologiczne wykwity Tkanka tłuszczowa podskórna Napięcie mięśniowe Brzuszek Kikut pępownicy Gruczoły piersiowe Krocze i pośladki Paznokcie Kąpiel noworodka
Pielęgnacja oczu i noska	Określenie zmian i postępowania
Pielęgnacja jamy ustnej	Określenie zmian i postępowania
Potrzeby żywieniowe noworodka	Sposób, technika i częstota karmienia ilość stolców i ich konsystencja Liczba mikcji w ciągu dnia lub doby ulewanie pokarmu zachowanie noworodka

Uwagi dotyczące dziecka:

.....

Uwagi dotyczące rodziny:

.....

Zalecenia (plan opieki)

.....

Ocena rozwoju noworodka po skończeniu 1 miesiąca życia

Data

1. Główne parametry wzrostu:

- masa ciała
- wzrost
- obwód głowy
- obwód klatki piersiowej
- zmiany ciemniaczek

2. Odżywianie

3. Wydalanie

4. Wzorce zasypiania

5. Rozwój:

a) W pozycji na brzuszku potrafi odwrócić głowę z boku na bok

☐ tak, ☐ nie

b) Ma silnie rozwinięty odruch chwytny

☐ tak, ☐ nie

c) Zaczyna reagować zmianą mimiki na spotkanie znajomej twarzy

☐ tak, ☐ nie

d) Pojawia się pierwszy uśmiech (odpowiada uśmiechem na uśmiech)

☐ tak, ☐ nie

e) Zaczyna gruchać

☐ tak, ☐ nie

6. Określenie postaw rodzicielskich

a) Brak zaburzeń w systemie rodzinnym	rodzice zaangażowani w opiekę i pielęgnację
b) Istnieją nieprawidłowości w systemie rodzinnym (jakie?)	
c) Należy podejrzewać poważną dysfunkcję w systemie rodzinnym	

7. Planowane interwencje pielęgniarstwa położnej rodzinnej

.....

PIŚMIENNICTWO

- Bożkowska K, Sito A. (red.). Opieka zdrowotna nad rodziną. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003.
- Chazan B. red. Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1997.
- Kawczyńska – Butrym Z. red. Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej; 1997.
- Buczkowska E., Szczepański J. Zanim zdarzy się nieszczęście. Family Medicine Care. 2009; 11: 61-65.
- Bałańska A. red. Opieka nad noworodkiem. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009.
- Borkowski M.W. Opieka pielęgniarstwa nad noworodkiem. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2007.
- Badinter E. Historia miłości macierzyńskiej. Warszawa: Liga Republikańska; 1998.
- Budrowska B. Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety. Warszawa: Funna; 2006.
- Kaczmarek T. Czy macierzyństwa trzeba się nauczyć. Być matką od początku. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej; 1998.
- Bieńko M. Spór o instynkt macierzyński. Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze. 2003; 3: 13-16.
- Dudziak U. Postawy wobec macierzyństwa. Problemy Alkoholizmu. 1996; 7:17.
- Kusio U. Współczesna kobieta wobec macierzyństwa. Kultura i Edukacja. 2004; 4: 40-47.
- Kasprzak T. Macierzyństwo – konieczność czy luksus? Niebieska Linia. 2004; 2: 3-6.
- Muscari M. Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne. Lublin: Czelej; 2005.
- Łepek – Klusek C. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Lublin: Czelej; 2003.
- Kornacka K. Noworodek przedwcześnie urodzony – pierwsze lata życia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003.
- Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku (Dz.U. 91.91.40)

Praca przyjęta do druku: 17.02.2011

Praca zaakceptowana do druku: 15.03.2011