

Bazální stimulace v praxi porodní asistentky

Bazální stimulace v péči o nedonošeného novorozence

Veronika Kolínková

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav porodní asistence
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika KOLÍNKOVÁ**
Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Bazální stimulace v praxi porodní asistentky**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část práce:

Sběr informací a odborné literatury k tématu bazální stimulace a její následné prostudování.

Písemné zpracování tématu bakalářské práce.

Praktická část práce:

Stanovení cílů bakalářské práce a jejich hypotéz.

Stanovení metody výzkumu.

Určení zkoumaného vzorce.

Uskutečnění výzkumu zvolenou metodou

Zpracování a vyhodnocení získaných dat.

Doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

FRIEDLOVÁ K., Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Grada Publishing, 2007, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ K., Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I, 2. vydání. Frýdek Místek: Institut Bazální stimulace, 2006, 50 s. ISBN 80-239-6132-2.

JOBÁNKOVÁ M., Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: Idvpz, 2000, 203 s. ISBN 80-7013-288-4.

MASTILIAKOVÁ D., Holistické přístupy v péči o zdraví. Brno: Idvpz, 1999, 164 s. ISBN 80-7013-277-9.

MUSIL J., Vývojová psychologie I. UTB ve Zlíně, 2006, 70 s. ISBN 80-7318-361-7.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Magda Gálíková

Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

15. ledna 2010

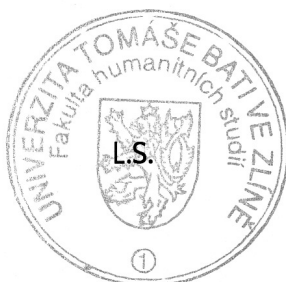
Termín odevzdání bakalářské práce:

4. června 2010

Ve Zlíně dne 15. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Helena Fremlová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně17.2.2010.....

.....Klára Venomířová.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou bazální stimulace v ošetrovatelské péči o nedonošeného novorozence.

Teoretická část popisuje historii a současnost konceptu, jednotlivé prvky bazální stimulace a charakteristiku nedonošeného novorozence. Stručně seznamuje s jednotlivými technikami konceptu bazální stimulace využívaných u nedonošených novorozenců.

Praktická část zjišťuje, na oddělení jednotky intenzivní péče (dále jen JIP) a intermediární péče (dále jen IMP) novorozenců, informovanost porodních asistentek o konceptu bazální stimulace, četnost používání jednotlivých technik a spokojenost s užíváním těchto technik. Cílem práce je zjistit využívání konceptu bazální stimulace v ošetrovatelské péči o nedonošené novorozence.

Klíčová slova: koncept, bazální stimulace, vnímání, pohyb, komunikace, nedonošený novorozenec, smyslové orgány

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

This bachelor thesis deals with basal stimulation in nursing care of premature newborn. The theoretical part describes the history and present concept, individual elements of the basal stimulation and characteristics premature newborn. Briefly introduces the various concepts of basal stimulation techniques used in premature newborns. The practical part of the department determines the intensive care unit (hereinafter referred to as the ICU) and intermediate care (hereinafter referred to as the IMP) neonates awareness of midwives about the concept of basal stimulation, frequency of use of individual techniques and satisfaction with the use of these techniques.

The aim of this work is to determine the use of the concept of basal stimulation in nursing care of premature newborns.

Keywords: concept, basal stimulation, perception, movement, communication, premature newborn, sensory organs

„ Když se člověk opravdu rozhodne něco udělat, čas se vždycky najde.“

Arthur Halley

Poděkování

Děkuji Mgr. Magdě Gálíkové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

Mé poděkování patří i novorozeneckému oddělení KNTB ve Zlíně, FN v Olomouci a FN v Brně za umožnění dotazníkového šetření a všem porodním asistentkám, dětským i všeobecným sestřám, které vyplnily můj dotazník.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu jsem uvedla v seznamu literatury.

Veronika Kolínková

Ve Zlíně dne 17. 5. 2010

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 BAZÁLNÍ STIMULACE	13
1.1 ÚVOD DO BAZÁLNÍ STIMULACE	13
1.2 HISTORICKÝ VÝVOJ KONCEPTU.....	13
1.2.1 Původ konceptu	13
1.2.2 Současnost.....	14
1.2.3 Koncept bazální stimulace v ČR.....	14
1.3 ZÁKLADNÍ PRVKY KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	15
1.3.1 Vnímání.....	15
1.3.2 Pohyb.....	16
1.3.2.1 Bobath koncept	17
1.3.3 Komunikace	17
1.4 CÍLE BAZÁLNĚ STIMULUJÍCÍ PÉČE	18
1.5 TEORETICKÁ VÝCHODISKA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	18
1.5.1 Neurofyziologický model vývoje	18
1.5.2 Genetický prvek vývojové psychologie.....	19
1.5.2.1 Vývoj nervové soustavy a nervové činnosti.....	19
1.5.3 Poznatky z fyzioterapie	19
1.5.4 Poznatky z psychologie	20
2 NOVOROZENEK	21
2.1 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ	21
2.2 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEK	22
2.2.1 Problémy spojené s nezralostí.....	22
2.3 PROČ BAZÁLNÍ STIMULACE NA IMPN A JIPN	23
2.4 SMYSLY PLODU A NOVOROZENCE.....	25
2.4.1 Hmat.....	25
2.4.2 Pohyb.....	25
2.4.3 Chuť a čich.....	25
2.4.4 Sluch.....	26
2.4.5 Zrak	26
3 TECHNIKY KONCEPTU V PÉČI O NEDONOŠENÉ NOVOROZENEC	27
3.1 SOMATICKÁ STIMULACE	27
3.1.1 Iniciální dotek.....	28
3.1.2 Poloha hnízdo.....	28
3.1.3 Poloha mumie.....	29
3.1.4 Masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání	29
3.2 VESTIBULÁRNÍ STIMULACE.....	30
3.2.1 Kinestetika.....	30
3.2.1.1 Kinestetika v ošetřování novorozenců.....	31

3.3	VIBRAČNÍ STIMULACE	31
3.4	OPTICKÁ STIMULACE	32
3.5	AUDITIVNÍ STIMULACE	33
3.6	ORÁLNÍ STIMULACE.....	34
3.7	OLFAKTORICKÁ STIMULACE	35
3.8	TAKTILNĚ-HAPTICKÁ STIMULACE	36
3.8.1	Klokánkování	36
3.9	NEJČASTĚJŠÍ CHYBY	36
4	BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA.....	38
	PRAKTICKÁ ČÁST	39
5	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	40
5.1	CÍLE A HYPOTÉZY	40
5.2	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	41
5.2.1	Výsledky výzkumu	42
5.2.2	Zpracování výzkumu pro ověření hypotéz	79
6	VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ.....	84
	ZÁVĚR	88
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	90
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	93
	SEZNAM TABULEK.....	94
	SEZNAM GRAFŮ	96
	SEZNAM PŘÍLOH.....	98

ÚVOD

Narození dítěte je radostnou a dlouho očekávanou událostí, ale také přináší nové povinnosti, starosti a životní změny. Novorozenec vyžaduje náročnou a nepřetržitou péči, ale taky něhu a lásku. U nedonošeného novorozence to platí dvojnásob.

V poslední době přibývá počet nedonošených novorozenců. Díky neustále se vyvíjející technice, kvalitnějším přístrojům a pokrokové medicíně lze tyto novorozence udržet při životě a zachránit je. Ale aby byl život takového jedince kvalitní, nesmíme kromě diagnostiky a terapie zapomínat i na specifika ošetrovatelské péče u nedonošeného novorozence. Taková péče zajišťuje novorozenci nezbytný komfort, jaký by měl ještě v děloze matky, přičemž respektuje vývojová stádia novorozence a přiměřeně stimuluje jeho mentální a motorický vývoj.

Téma „Bazální stimulace v praxi porodní asistentky“ jsem si zvolila, protože jsem se chtěla dozvědět více o dané problematice. Zajímalo mě, jak lze, pomocí bazální stimulace, usnadnit těm nejmenším tento předčasný a náročný vstup do života, který jim osud přidelil. Důvodem bylo i to, že jsem se chtěla dozvědět, jak pomoci rodičům předčasně narozených dětí vyrovnat se s těžkou situací a zapojit je co nejvíce do péče o jejich děti, a tím zmírnit jejich bezmocnost.

Cílem bakalářské práce je představit koncept bazální stimulace a popsat jednotlivé metody bazální stimulace, které lze využít v péči o nedonošené novorozence. V praktické části se zaměřím na informovanost porodních asistentek o bazální stimulaci a na používání jednotlivých technik bazální stimulace v jejich praxi. Žádané informace získám pomocí výzkumu, který uskutečním prostřednictvím dotazníkového šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 BAZÁLNÍ STIMULACE

1.1 Úvod do bazální stimulace

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Je to metoda, která redukuje závislost klienta na ošetrovatelské péči a podporuje zachovalé schopnosti klienta. Podmínkou konceptu je práce s individualitou klienta na základě jeho autobiografické anamnézy (historie klienta, jeho návyky, zvyky a zkušenosti) a vnímání jedince holisticky (celostně) jako bio-psycho-sociální jednotku. Koncept má vytvořené techniky pro stimulaci somatickou (vnímání tělesného schématu), vestibulární, vibrační, taktilně-haptickou (hmat a úchop), orální (chuťovou), optickou, auditivní (zvuky) a olfaktorickou stimulaci (vůně a pachy). Bazální stimulace v ošetrovatelské péči umožňuje klientovi neustálý a přiměřený přísun podnětů z vlastního organismu a z jeho okolního světa. Základem péče jsou zkušenosti se svým tělem z období prenatálního vývoje (Friedlová, Co je bazální stimulace, www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php, 20. 1. 10).

1.2 Historický vývoj konceptu

1.2.1 Původ konceptu

Autorem konceptu je německý odborník na speciální pedagogiku profesor dr. Andreas Fröhlich. Pracoval od roku 1970 v rehabilitačním centru ve Spolkové republice Německo s těžce postiženými dětmi, které trpěly vrozenými somatickými a intelektovými změnami. S těmito dětmi, z důvodu jejich těžké mentální retardace, nebylo možné navázat verbální komunikaci. Pro tyto děti A. Fröhlich vypracoval koncept bazální stimulace během svého pětiletého vědeckého projektu v rámci doktorandského studia. Vycházel z poznatků v oblasti prenatální vývojové psychologie a zabýval se podporou senzomotorické komunikace. Díky základním vrozeným schopnostem každého lidského organismu vnímat, reagovat a přijímat signály, navázal úspěšně komunikaci s těmito dětmi na bázi somatické, vestibulární a vibrační komunikace. Rozvoj schopností u těchto dětí byl podnětem pro rozsáhlý vědecký výzkum. Tím se stal koncept uznávaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem. Od roku 1994 je prof. dr. A. Fröhlich profesorem na Katedře speciální pedagogiky na Univerzitě v Landau (Friedlová, 2007 a Friedlová, 2006).

Koncept pro ošetrovatelskou péči přizpůsobila zdravotní sestra profesorka Christel Beinstein v 80. letech 20. století. Dokázala, aplikací konceptu ve své ošetrovatelské praxi v oblasti intenzivní medicíny, úspěšnost konceptu i v ošetrovatelské péči. Od poloviny 80.let se věnuje společně s prof. dr. A. Fröhlichem problematice ošetrovatelské péče o lidi se změněným vnímáním. Od roku 1994 vede prof. Ch. Beinstein Institut výzkumu ošetrovatelství na lékařské fakultě univerzity ve Witten/Herdecke v Německu (Friedlová, 2007 a Friedlová, 2006).

Díky dlouhodobému společnému úsilí mnoha odborníků je nyní koncept bazální stimulace dobře použitelný v mnoha oborech každodenní ošetrovatelské péče.

Aby se zachovala kvalita konceptu a zajistil se jeho přenos do ošetrovatelské praxe, vypracovali profesori Fröhlich a Beinsteinová systém vzdělávání lektorů. Vzdělání je obsaženo ve 4 semestrech, na konci studia každý lektor obdrží od Mezinárodní asociace bazální stimulace licenci pro výuku konceptu. Tito lektoři provozují certifikované kurzy bazální stimulace, absolvováním tohoto kurzu je ošetřující oprávněn používat koncept v ošetrovatelské péči (Friedlová, 2005).

1.2.2 Současnost

Bazální stimulace se řadí mezi uznávané koncepty aplikované v zemích Evropské unie. Fáze konceptu se nachází v jeho zavádění do praxe a v realizování konceptu do ošetrovatelské péče. V zahraničí je koncept zařazen do osnov výuky předmětu ošetrovatelství na zdravotnických školách. Počet zdravotnického personálu pracujícího s konceptem se zvyšuje a tím se rozšiřují i jejich zkušenosti s aplikací konceptu. Koncept bazální stimulace rozšiřuje kompetence terapeutů v rámci ošetrovatelského procesu. Terapeut po zhodnocení stavu klienta aplikuje vhodné techniky bazální stimulace do jeho péče. Během péče o klienta pak mění techniky dle jeho aktuálního stavu a reakcí na jednotlivé techniky. Samostatnost a nezbytná kreativita, která z tohoto konceptu vyplývá, přispívá k ochraně zdravotníků před syndromem vyhoření (Friedlová, 2007).

1.2.3 Koncept bazální stimulace v ČR

Friedlová uvádí: „V České republice jsem poprvé informovala o konceptu zdravotnickou veřejnost v roce 2000 prostřednictvím publikací v časopise *Sestra* a na multioborové ošetrovatelské konferenci v Olomouci. První základní kurz bazální stimulace v České republice

jsem lektorovala v lednu roku 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.“ (2007, s. 16)

Od roku 2004 je koncept začleněn do tematických plánů pro obor zdravotnický asistent na středních zdravotních školách a je uveden ve Vyhlášce MZ ČR o stanovení činnosti všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č. 424/2004, § 4, odstavec h. V říjnu roku 2005 byl založen INSTITUT Bazální stimulace ve Frýdku-Místku, kde byla téhož roku uskutečněna 1. mezinárodní konference bazální stimulace (Friedlová, 2007). Institut je i garantem kvality pořádaných seminářů a poskytuje dohled na pracovištích, která s konceptem pracují. Absolventi certifikovaných seminářů obdrží certifikát, který je platný v celé Evropské unii (Friedlová, 2006).¹

1.3 Základní prvky konceptu bazální stimulace

Základními prvky konceptu jsou pohyb, komunikace a vnímání. Tyto schopnosti se vzájemně ovlivňují - vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. Bazální stimulace pomáhá cílenou stimulací smyslových orgánů podporovat tyto schopnosti. Lidský mozek si uchovává v různých regionech životní návyky a stimulací těchto vzpomínek je možné znovu aktivovat mozkovou činnost a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost (Friedlová, 2007).

1.3.1 Vnímání

Bazální stimulace se orientuje dle vývoje vnímání v prenatálním období. Nejprve se vyvíjí somatické vnímání neboli vnímání vlastního těla, dále pak vibrační vnímání, které nás informuje o intenzitě chvění a vestibulární vnímání (vnímání rovnováhy) (Friedlová, 2006).

Tyto tři druhy vnímání dávají člověku pocit jistoty a bezpečí. Dále se pak následovně po sobě v prenatálním období vyvíjí orální vnímání, auditivní vnímání a taktilně-haptické (hmat a úchop) vnímání. Po narození se přidává ještě olfaktorické vnímání (schopnost cítit vůně a pachy) a dozrává optické vnímání. Prostřednictvím těchto smyslů člověk poznává

¹ Více informací o seminářích: www.bazalni-stimulace.cz/skoleni.php

sebe sama a okolní svět. Základní myšlenkou konceptu je úzké propojení mezi tělem a duševnem (Friedlová, 2007).

Friedlová uvádí: „*Bazální stimulace vychází z toho, že každý člověk, s těžkou formou změny vnímání, je schopen v úplně každé situaci alespoň něco některými ze svých smyslů vnímat*“ (2006, s. 18). Lidé, kteří mohou jen omezeně vnímat své okolí, mají oblast vnímání zmenšenou na bezprostřední okolí vlastního těla. Tento stav prožili všichni lidé v prenatálním období. Aktivace zážitků z tohoto období, které jsou uloženy v paměťových stopách, pomůže stimulovat vnímání sebe sama a následně navázat komunikaci s okolním světem. Základem kvalitní a efektivní stimulace je získání autobiografické anamnézy klienta, nepřetržité sledování reakcí klienta na poskytovanou stimulaci a zapojení příbuzných klienta do péče (Friedlová, 2007).

1.3.2 Pohyb

Schopnost pohybu provází člověka celý život a umožňuje mu komunikaci s okolím a vnímat své tělo a své okolí. Vnímání a pohyb jsou spolu úzce propojeny, protože pohybu musí předcházet myšlenka na pohyb (Friedlová, 2007).

Jak uvádí Trojan (In Friedlová, 2007), motorika se rozvíjí v časném prenatálním období. Vývoj motoriky se postupně váže na vývoj jednotlivých oddílů CNS. První spontánní pohyby byly vypořádány již koncem 6. týdne embryonálního vývoje. Po narození se motorika vyvíjí ve čtyřech stádiích. První je stadium holokinetické, které trvá od narození a jde o nekoordinovaný pohyb končetin a reflexy. Od konce druhého měsíce nastupuje stadium monokinetické, kdy kojeneček pohybuje samostatně jen jednou končetinou. Na konci pátého měsíce nastává dromokinetické stadium, které se vyznačuje tím, že pohyby dítěte mají správný směr. Poslední stadium je kratikinetické, začíná dokončeným prvním rokem života a trvá po celý život. V tomhle stadiu se rozvíjí cílené úmyslné pohyby.

Jak uvádí Fröhlich (In Friedlová, 2007), je vědecky dokázáno, že chování člověka obsahuje prvky vrozené, geneticky programované a získané během života. Z těchto vědeckých poznatků vychází i koncept bazální stimulace. První forma inteligence u člověka je senzomotorická inteligence, trvá první rok života jedince. Senzomotorická inteligence znamená schopnost řešit praktické problémy, před zvládnutím verbální komunikace, pomocí aktivit, které se týkají vnímání, držení těla a pohybu. Lidé, kteří se následkem úrazu nebo onemocnění vrátili do nižších vývojových stadií a nemohou verbálně komunikovat, musí také řešit

problémy senzomotorickou inteligencí. V této oblasti koncept vychází z Bobathova konceptu.

1.3.2.1 Bobath koncept

Autory konceptu jsou manželé Karel (pediatr-neurolog) a Berta (fyzioterapeutka) Bobathovi. Rozvíjeli svůj koncept na základě svých praktických zkušeností. Specifickým rysem Bobath konceptu je individuální vyšetření klienta, kdy se terapeut zaměřuje na to, co dítě dovede bez dopomoci, s dopomocí a co nedovede, dále individuální plánování a aplikace terapie. Terapie se provádí kombinací specifických terapeutických technik, které jsou inhibice (snížení abnormálně vysokého svalového napětí a odstranění patologických pohybových vzorů), facilitace (usnadnění výkonu) a stimulace. V terapii se nejedná o pasivní pohyby klienta, ale terapeut se snaží dosáhnout převzetí aktivity klienta a tím získat co nejsprávnější senzomotorickou zkušenost. Jsou rozvíjeny zachovalé schopnosti klienta. Základním znakem Bobath konceptu je práce v týmu. Ve středu týmu vždy stojí dítě a jeho rodina (Červenková, 2006a).

1.3.3 Komunikace

Komunikace je vědomá činnost a napomáhá vytvářet a udržovat mezilidské vztahy. Schopnost komunikace výrazně ovlivňuje kvalitu života. Ideální je, když komunikátoři používají stejný komunikační prostředek (Friedlová, 2007).

Jen klient, který vnímá své tělo, může vnímat své okolí a jen ten klient, který vnímá své okolí, může s ním navázat kontakt (Friedlová, 2006). Dle stavu a zachovalých schopností klienta se terapeut přizpůsobuje jeho komunikační úrovni a využívá různé komunikační kanály. Komunikačními kanály mohou být všechny smyslové orgány. Nejranější formy komunikace jsou somatická, vestibulární a vibrační komunikace, která již probíhá mezi matkou a nenarozeným dítětem. Další formy komunikace jsou auditivní, optická, olfaktorická a taktilně-haptická. Terapeut by měl umět využít všech těchto forem komunikace, použít je dle aktuálního stavu klienta, sledovat reakce klienta na zvolený typ komunikace a na jejich základě vhodně reagovat. Reakce klienta mohou být i velmi nepatrné, jelikož možnost aktivity klienta je někdy velmi omezená. Důležité je dát i těmto nepatrným reakcím patřičný význam (Friedlová, 2007).

1.4 Cíle bazálně stimulující péče

Jak uvádí Bienstein a Fröhlich (In Friedlová, 2006, s. 9):

1. *„Zachovat život a zajistit vývoj.*
2. *Umožnit klientovi vnímat vlastní život.*
3. *Poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry.*
4. *Rozvíjet vlastní rytmus klienta.*
5. *Umožnit klientovi poznat okolní svět.*
6. *Pomoci klientovi navázat vztah.*
7. *Umožnit klientovi zažít smysl a význam věcí či konaných činností.*
8. *Pomoci klientovi uspořádat jeho život.*
9. *Poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život.“*

1.5 Teoretická východiska konceptu bazální stimulace

Koncept bazální stimulace je založen na předpokladech neurofyziologického modelu vývoje, genetických prvcích vývojové psychologie, poznatků z fyzioterapie, psychologie a pedagogiky (Friedlová, Teoretická základna konceptu Bazální stimulace, www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php, 22.2.10).

1.5.1 Neurofyziologický model vývoje

Jak uvádí Trojan (In Friedlová, 2007), základní funkční a anatomickou jednotkou nervové soustavy je neuron. Neuron přijímá, vede, zpracovává a odpovídá na speciální signály. Nervová soustava se dělí na centrální (mozek a mícha) a periferní (nervy, které spojují centrální nervovou soustavu s orgány). Podněty, které jsou přenášeny z vnitřního a vnějšího prostředí, jsou přijímány receptory uložených ve smyslových orgánech, vnitřních orgánech a tkáních a jsou měněny na vzruch. Neurony zajišťují zpracování a přenos tohoto vzruchu do výkonného orgánu.

Centrální nervová soustava (dále jen CNS) je nejvýše postavený řídicí systém v organismu. CNS velmi rychle a přesně zpracovává informace z vnějšího i vnitřního prostředí organismu. Činnost CNS je zcela individuální, na čemž se hlavně podílí plasticita nervového sys-

tému. Plasticita znamená přizpůsobení se změnám prostředí, kdy se změní genotyp¹ na fenotyp². Díky plasticitě může jedna oblast mozku převzít funkci jiné oblasti, která je poškozená.

Trojan uvádí (In Friedlová, 2006), že nervová soustava se vyvíjí již v raných stádiích prenatálního období. Plod je již v průběhu intrauterinního života aktivní a účastní se komunikace s matkou. Machová uvádí (In Friedlová, 2006), že přechod dítěte po porodu do nového prostředí je pro nezralý organismus velkou zátěží, ale různé podněty a stimulační prostředí podporuje vývoj nervové soustavy. Takže na vývoj mozku nepůsobí jen biologické a genetické vlivy, ale i okolní prostředí organismu se svými stimuly.

1.5.2 Genetický prvek vývojové psychologie

1.5.2.1 Vývoj nervové soustavy a nervové činnosti

Nervová soustava vzniká v době vývoje zárodku a vyvíjí se trubcovitě. Prenatální období je pro nervovou soustavu období vývoje a vytváření, ale pro všechny ostatní orgány je to období pouze růstu. Z čehož vyplývá, že mozek plodu je již schopen se učit a pamatovat si. Studie uvádí, že plod má tyto schopnosti od 6. měsíce prenatálního vývoje. Výsledky tohoto učení ovlivňují chování po narození (Friedlová, 2006).

Významnou dobou pro vývoj celé nervové soustavy je porod. Podmínkou zvládnutí přechodu do nového prostředí je zralost nervové soustavy. Další její vývoj závisí hlavně na genetické výbavě a dostatečně podnětném okolí. Bez nedostatečně podnětného okolí dochází k různým poruchám v oblasti intelektu (Friedlová, 2006).

1.5.3 Poznatky z fyzioterapie

Výchozím myšlenkovým konceptem je v této oblasti Bobath koncept. Viz. kapitola 1.3.2.1 *Bobath koncept*.

¹ soubor všech dědičných informací organismu

² soubor všech pozorovatelných vlastností a znaků organismu

genotyp + prostředí = fenotyp

Opětovným opakováním určité činnosti se tvoří nové dráhy v mozku. Tento koncept platil dlouhou dobu jen pro pohybovou oblast, ale Prof. Fröhlich po podrobném prostudování tohoto konceptu zjistil, že myšlenka tvorby motorických drah lze použít, pomocí kontinuální stimulací smyslových orgánů, i v oblasti vnímání (Friedlová, 2006).

1.5.4 Poznatky z psychologie

Zde je východiskem konceptu vývoj uvědomění si vlastního já – jáství. Již v prenatálním vývoji si plod může uvědomovat sám sebe díky vibračním, vestibulárním a somatickým vnímáním. Vnímání poskytuje informace o hranicích těla, o poloze v prostoru, o pohybu a umožňuje vnímat celým tělem zvuky a chvění (Friedlová, 2006).

2 NOVOROZENEC

2.1 Klasifikace novorozenců

Novorozence je možné bezprostředně po porodu zařadit do skupin, které napomáhají posoudit prenatální vývoj a prognózu (odhad dalšího vývoje) novorozence. Uplatňuje se klasifikace podle délky těhotenství a podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku (týdne těhotenství).

Rozdělení novorozence z hlediska gestačního stáří:

- předčasně narozené, tj. nedonošené (gestační věk pod 38. týdnů)
- narozené v termínu (gestační věk mezi 38. - 42. týdnem)
- přenášené (gestační věk nad 42. týdnů)

Rozdělení novorozence podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku¹:

- hypotrofické (porodní hmotnost pod 5. percentilem pro daný gestační věk)
- eutrofické (porodní hmotnost mezi 5. - 95. percentilem pro daný gestační věk)
- hypertrofické (porodní hmotnost nad 95. percentilem pro daný gestační věk)

Předčasně narozené novorozence dělíme dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku:

- extrémně nezralí (do 28. týdne gestačního věku, s hmotností 500 - 999 gramů) = extrémně nízká porodní hmotnost
- velmi nezralí (do 32. týdne gestačního věku, s hmotností 1000 - 1499 gramů) = velmi nízká porodní hmotnost
- středně nezralí (do 34. týdne gestačního věku, s hmotností 1500 - 1999 gramů) = nízká porodní hmotnost

¹ viz. Příloha P VI: Tabulka porodní hmotnosti chlapců a dívek

- lehce nezralí (do 38. týdne gestačního věku, s hmotností 2000 - 2499 gramů) = nízká porodní hmotnost

2.2 Nedonošený novorozenec

Nedonošený novorozenec je narozen pod 38. týden gestačního věku a má porodní hmotnost pod 2500 gramů. Stupeň zralosti vystihuje vyvinutí novorozence po narození a úroveň schopnosti jednotlivých orgánů fungovat mimo dělohu. Příčiny nedonošenosti jsou různé a často se ani nezjistí. Příčinou může být multipara (vícerodička), nemoci matky (např. srdeční onemocnění, diabetes mellitus, infekce), placenta praevia (vcestná), předčasné odloučení placenty. Studie nacházejí souvislosti mezi nezralostí a kouřením, konzumací alkoholu a drog (Fendrychová, Borek, 2007).

Charakteristické znaky nedonošeného novorozence: jasně červená tenká prosáknutá kůže pokrytá lanugem, chybí mázek, tvoří se edémy, hlavně na končetinách, chrupavky ušních boltců jsou měkké, u těžce nedonošených i neúplně vyvinuté, prsní bradavky zcela chybí nebo jsou jen naznačeny, stěna břišní je chabá s diastázou břišních svalů, genitál je nezralý, u chlapců jsou nesestouplá varlata a u dívek labia majora (velké stydké pysky) nepřekrývají labia minora (malé stydké pysky), rýhování na ploskách chybí nebo jsou jen naznačeny hlavní rýhy.

2.2.1 Problémy spojené s nezralostí

Nedostatečná funkce plic, která je zapříčiněna nedostatkem surfaktantu (látka, která udržuje po výdechu rozepjaté alveoly), nezralou plicní tkání a neúplně vyvinutými svaly hrudníku. Tento stav může vést k nízkému okysličování tkání a k poškození mozku.

Komplikace výživy je způsobena malou kapacitou žaludku, nezralostí svěrače na obou koncích žaludku, sacích a polykacích reflexů. Je omezena schopnost absorbovat tuky a vitamíny rozpustné v tucích. Dokud není novorozenec schopný pít z láhve, je nutné podávat výživu parenterálně nebo žaludeční sondou.

Hypoglykémie a hypokalcémie je způsobena pro nedostatečné zásoby glukózy a kalcia, které se přenáší placentou především ve třetím trimestru. Může dojít až k poškození mozku.

Nezralé ledviny a kožní systém způsobují neúplné vylučování odpadních látek z těla, lehce vzniká elektrolytová a acidobazická nerovnováha a dochází k dehydrataci organismu novorozence.

Anémie z důvodu urychleného rozpadu červených krvinek v kombinaci se sníženou krve tvorbou.

Hyperbilirubinemie vzniká pro nezralost jaterních funkcí. Játra nejsou schopná vyloučit přebytek bilirubinu, který vzniká fyziologickým rozpadem červených krvinek po narození. Projevuje se žloutenkou, která trvá mnohem déle než u donošených novorozenců.

Termolabilita je způsobena nedostatkem tělesného tuku, nezralostí termoregulačního centra v mozku, nedostatečnou funkcí potních žláz a nepoměrem povrchu těla a tělesné hmotnosti. Podchlazený novorozenec má zvýšené nároky na spotřebu kyslíku a glukózy, objevuje se vyšší dechová frekvence s apnoickými pauzami, bradykardie a hypoglykémie.

Neschopnost jater produkovat dostatečné množství protilátek a snížená imunita získaná od matky **snižuje odolnost novorozence vůči infekci.**

Zvýšená náchylnost ke krvácení z důvodu nedostatku protrombinu, krevního srážecího faktoru, může zapříčinit až intrakraniální krvácení způsobené poraněním křehkých kapilár hlavy při porodu.

2.3 Proč bazální stimulace na IMPn a JIPn

Oddělení IMPn je oddělení pro středně nezralé děti narozené většinou po 32. týdnu těhotenství. Tito novorozenci mohou individuálně vyžadovat mírnou podporu v adaptačním procesu a potřebují specializovanou ošetrovatelskou péči (Dokoupilová a kol., 2009).

Oddělení JIPn je vysoce specializované oddělení zahajující péči o děti narozené v 24. týdnu těhotenství. Od roku 1994 se považuje hranice viability (životaschopnosti) od 24. týdne těhotenství nebo od porodní hmotnosti 500 gramů. JIPn zajišťuje péči o novorozence hypotrofičké, nezralé, s poruchou poporodní adaptace, s novorozeneckou infekcí, vrozenou vývojovou vadou, s protrahovanou hyperbilirubinemií, novorozeneckým abstinenčním syndromem... (Dokoupilová a kol., 2009).

V posledních letech narůstá počet nezralých novorozenců a zvyšuje se i počet extrémně nezralých novorozenců. Předčasné narození novorozence přináší četné zdravotní kompli-

kace a zasahuje i do života rodiny a příbuzných. Současná moderní medicína a kvalitní přístrojové vybavení umožňuje tyto novorozence držet při životě a zachránit je. Studie však ukázaly, že pro prognózu dítěte není rozhodující jen kvalitní technika, nejnovější diagnostické a léčebné postupy, ale i specifická ošetrovatelská péče, která respektuje vývojová stádia novorozence, zajišťuje mu nezbytný komfort a přiměřeně stimuluje jeho mentální a motorický vývoj (Chovancová, 2009).

Porodem se dramaticky mění prostředí. V děloze mělo dítě stálou teplotu prostředí, zajištěnou výživu, pohodlí, bylo chráněné před světlem a hlukem. Nedonošený novorozenec není zatím připraven na mimoděložní život a ještě se musí navíc vyrovnávat s prostředím JIP, kde je vystavován chladu, hluku, světlu, bolestivým stimulům a ztrátě komfortu (Fendrychová, Borek, 2007). Novorozenec byl již v děloze s matkou v těsném kontaktu a po narození je tento kontakt stejně důležitý. Má významnou roli při budování vazby mezi matkou a dítětem, i když je novorozenec první dny nebo týdny umístěný v inkubátoru. Každý novorozenec je po narození bezbranný, neotočí se, neudrží hlavu a ani si nedokáže najít potravu a udržet si stabilní tělesnou teplotu. Nedonošený novorozenec je pro svoji nezralost ještě více odkázaný na okolní péči. Jeho nezralý nervový systém potřebuje pro optimální vývoj klid, pohodlí a přiměřenou stimulaci (Chovancová, 2009).

Bazální stimulace respektuje různé vývojové stupně schopnosti vnímat. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi. Již v děloze plod pocítuje ohraničený prostor dělohy, vnímá zvuky zvenčí a změny polohy matky. Díky smyslům tedy můžeme vnímat sebe sama a okolní svět. A proto, aby se po narození novorozenec zdárně vyvíjel, je potřeba mu poskytovat co nejvíce kvalitních podnětů. Ať se dítě narodí s jakýmkoli tělesným či duševním postižením, musí se mu dostávat minimálně takových stimulů, jakých se mu dostávalo v intrauterinním období (Friedlová, 2007).

Bazální stimulace pomáhá i rodičům vyrovnat se s těžkou životní situací a zapojit je do péče o nedonošeného novorozence. Prožívají pocit bezmocnosti a chtějí by svému dítětku nějak pomoci, ale neví jak. Odděluje je od něj plastová stěna inkubátoru a nemohou si dítě pochovat ani pohládit. Navíc může mít různé hadičky a kolem sebe přístroje. Ale koncept bazální stimulace dokáže rodiče učinit opět mocnými tím, že jim umožňuje aktivně se zapojit do péče. Nabízí jim spoluúčast na péči s týmem zdravotníků, a tak jim umožňuje provést své dítě touto těžkou situací (Friedlová, Co můžete udělat

pro to, aby náročná psychická situace během hospitalizace Vašeho miminka byla pro Vás snesitelnější, a abyste mohli být svému dítěti oporou?, www.nedoklubko.cz/documents_pdf/rodicum.pdf, 14.3.10).

2.4 Smysly plodu a novorozence

Plod a následně novorozenec není necitelný uzlíček hmoty. Co cítí, vidí, slyší a jak se pohybuje v děloze? David Chamberlain uvádí (In Marek, 2002) přehled poznatků o smyslech plodu.

2.4.1 Hmat

Děloha je pro člověka optimálním, stimulujícím a interaktivním prostředím. Plod je neustále stimulován, děloha funguje bez přestání. Hmat je prvním a základním smyslem, první projevy lze vypořádat již v 8. týdnu. Jedná se o sérii ochranných pohybů, které je možno vyprovokovat pouhým dotekem vlasu na tváříčce. Kůže těla je komplexní systém různých buněk s odlišnou citlivostí na teplo, chlad, tlak a bolest.

2.4.2 Pohyb

Prvním pohybem, symbolizující život je tlukot srdce, který lze zaznamenat asi 3. týden po početí, i když ostatní části srdce se teprve vyvíjejí. Plod se začíná pohybovat kolem 6. až 10. týdne, natahuje se, krouží hlavou, pažemi a nohama a otevírá a zavírá ústa. Okolo 14. týdne se pohyby projevují v cyklech aktivity a odpočinku. Objevují se již dechové pohyby a pohyby čelistní. Už od těchto raných stádií je pohyb plodu buď spontánní, nebo vyprovokovaný zevními stimuly. Spontánní pohyb se objevuje dříve a vyjadřuje zájmy a potřeby plodu. Vyprovokovaný pohyb odráží citlivost k prostředí.

Vestibulární systém je vyvinut k registraci pohybů hlavy a těla kolem 8. týdne.

2.4.3 Chut' a čich

Tělesná soustava pro rozeznávání chutě se začíná vyvíjet již okolo 14. týdne. Studie dokazují, že polykání plodu se mění na základě chuti. Zintenzivňuje se se sladkou chutí a zeslabuje s hořkou nebo kyselou chutí. Stěnami placenty procházejí různé chemické látky poskytující plodu nejrůznější chutě a vůně. Plodová voda omývá nosní, ušní a krční dutinu, plod ji vdechuje a polyká a tím umožňuje přímý přístup k receptorům několika smyslových

systemů. Novorozence láká vůně mateřského těla, i když s ním ještě nikdy nepřišli do styku.

2.4.4 Sluch

I když plod dělí od vnějšího světa několik bariér jako je plodová voda, děloha a břišní stěna matky, je neustále stimulován různými zvuky a vibracemi. Důvodem je to, že voda vede zvuk třikrát rychleji než vzduch. Plod reaguje na zvukové podněty okolo 16. týdne. Vývoj sluchu začíná zároveň s vývojem kůže a kostry. Kůže obsahuje receptory tepla a bolesti a zaznamenává vlivy vibrace. Zvuk, který ovládá svět plodu, je rytmický tlukot matčina srdce. S ním usíná, s ním se probouzí, podle něj se pohybuje a při něm odpočívá. Jeho pravidelný rytmus plod uklidňuje, dává mu pocit jistoty, bezpečí a lásky. Důkazem je např. to, že se dítě po narození cítí příjemně, když si ho k sobě přivineme nebo že klidně usíná při podobně pravidelnému zvuku tikajících hodin. Studie dokazují, že plod slyší velmi zřetelně i matčin hlas, protože se hlas matky do dělohy přenáší přímo na rozdíl od jiných zvuků.

2.4.5 Zrak

V děloze má plod oční víčka zavřená až do 26. týdne. Plod, ale i přesto reaguje na světelné změny změnou srdečního tepu. Bylo zjištěno, pomocí rychlého pohybu očí tzv. fáze REM, že již od 23. týdne těhotenství plod velmi často sní. Čas snění doprovází výrazná pohybová aktivita, která nám pomáhá rozlišit, jestli je sen příjemný nebo nepříjemný. Zrak po narození se vyvíjí velmi pomalu, ale i přesto je novorozenec narozený v termínu schopen zaostřit na vzdálenost odpovídající vzdálenosti matčina obličeje při kojení, rozeznat intenzitu světla, má schopnost prostorového vidění a citlivosti k pohybu.

3 TECHNIKY KONCEPTU V PÉČI O NEDONOŠENÉ NOVOROZENCE

Pro účinnou a kvalitní stimulaci je nezbytné získat kvalitní autobiografickou anamnézu, formulovat reálné cíle, sestavit přiměřený ošetrovatelský plán, průběžně hodnotit reakce novorozence na poskytovanou stimulaci a zapojit příbuzné do péče (Friedlová, 2007).

Techniky konceptu se člení na **základní** a **nástavbovou stimulaci** (Friedlová, 2007):

Základní stimulace:

- somatická
- vestibulární
- vibrační

Nástavbová stimulace:

- optická
- auditivní
- taktilně-haptická
- olfaktorická
- orální

3.1 Somatická stimulace

Somatická stimulace pomáhá zprostředkovat novorozenci vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa. Tělesné schéma znázorňuje schematicky naše tělo a tím nám umožňuje identifikovat sebe sama jako člověka. Výchozím bodem stimulace jsou zkušenosti se svým vlastním tělem. Vnímání tělesného schématu se vyvíjí již v prenatálním období a je zprostředkováno kůží. Plod si cucá palec, pohybuje se a reaguje na podráždění. Somatická stimulace se zaměřuje na vnímání svého těla a jeho hranic (Friedlová, 2007).

Kvalita a účinnost somatické stimulace závisí na kvalitě, lokalitě a intenzitě doteků. Ruce ošetřujícího umožňují získat novorozenci informace o sobě samém i okolním světě. Doteky musí být zřetelné a promyšlené. Nečekané, necílené a chaotické doteky mohou vyvolávat

u novorozence pocit nejistoty a neschopnosti se orientovat v dané situaci, mohou vést i ke zvýšení svalového tonu a k nežádoucí reakci organismu (Friedlová, 2007). Ošetřující by si měli všimnout reakcí novorozence na doteky a rozeznat, zda jsou doteky vnímány příjemně či nepříjemně (Friedlová, 2006).

3.1.1 Iniciální dotek

Všechny nečekané informace, které novorozenec vnímá svými smyslovými orgány, mohou novorozence lekat a vyvolávat v něm pocit nejistoty a strachu. Proto bychom měli dát novorozenci vždy najevo, kdy u něho začíná a končí naše činnost a přítomnost. Tuto informaci mu můžeme poskytnout prostřednictvím cíleného doteku tzv. iniciálního doteku. Iniciální dotek zvolíme na nejvhodnějším místě těla novorozence dle biografické anamnézy a používáme ho vždy před počátkem a na konci naší přítomnosti či činnosti s jeho tělem. Dotek musí být zřetelný, přiměřeného tlaku a musí být doprovázen verbálně. Je nutné, aby všichni ti, kteří s novorozencem pracují, iniciální dotek používali. Nezbytné je zaznamenání iniciálního doteku do dokumentace a umístění cedule se zvoleným místem iniciálního doteku do bezprostřední blízkosti novorozence (Friedlová, 2007). Chovancová uvádí, že na novorozenecké klinice M. Rusnáka v Bratislavě udržují kontakt s dítětem i během výkonu pomocí např. plyšové hračky, kterou přiloží na místo iniciálního doteku (2009).

3.1.2 Poloha hnízdo

Poloha hnízdo ohraničuje tělo novorozence a pomáhá mu cítit pocit jistoty a bezpečí, podobně jako měl v děloze. Než se dítě narodí, je v ohraničeném prostoru matčiny dělohy, která ho chrání svým vodním prostředím a tmou. Nedonošený novorozenec se ocitne o několik týdnů dříve v novém prostředí a je ochuzený o několikátýdenní období dozrávání a chybí mu pohybový vzorec, který je nutný k vnímání vlastního těla. Nové prostředí mimo dělohu už neumožňuje novorozenci odrážet se od stěny dělohy, nezajistí mu oporu hlavičky, trupu a končetin. Proto musíme nedonošenému novorozenci vytvořit takové prostředí, které mu umožní normální psychomotorický a senzomotorický vývoj (Chovancová, 2009). Novorozence uložíme do zvolené polohy a jeho tělo obložíme např. perličkovým polštářem nebo vakem (Friedlová, 2007). Zajistíme mu tak oporu pro hlavu, trup a končetiny a záro-

veň podpoříme symetrické držení těla, které je důležité pro správné držení celého těla a udržení těžiště těla (Chovancová, 2009).

3.1.3 Poloha mumie

Cílem polohy mumie je umožnit novorozenci vnímat své vlastní tělo a hranice svého těla (Friedlová, 2006). Zmírňuje pocit neklidu, který je způsobený vnímáním velkého prostoru a navozuje pozitivní pocity. Novorozence obložíme z obou stran vedle horních a dolních končetin a hlavy. K polohování můžeme použít stočenou bavlněnou plenu nebo podložku (Kučová, Havránková, 2004). Tato poloha vychází ze stejného principu jako poloha hnízdo.

3.1.4 Masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání

Dýchání je základní lidská potřeba. Změna dýchání signalizuje somatické a psychické aktivity nebo omezení. Nedostatek vzduchu novorozence vyčerpává a stojí ho mnoho sil. Následkem nedostatku energie novorozence se snižuje i jeho schopnost vnímat své okolí a sebe sama. Cílem techniky je pravidelné, hluboké a klidné dýchání. Prohloubené dýchání uvolňuje psychosomatické napětí a umožňuje novorozenci tělesně i duševně se uvolnit. Masáž stimulující dýchání umožňuje zřetelně vnímat své tělo a zvyšuje koncentraci novorozence, aby mohl lépe reagovat na podněty z okolí. Tato technika omezuje i stavy neklidu a zmatenosti a podporuje i uvolnění hlenů, pokud je novorozenec zahleněný (Friedlová, 2007).

Nejvhodnější místo pro masáž jsou záda a poloha na boku nebo břicho. Během masáže nesmí ruce terapeuta ztratit kontakt s tělem novorozence. Musí být vyvíjen přiměřený tlak, abychom manuálně zvedali hrudník při nádechu a pomáhali mu klesnout při výdechu (Friedlová, 2006).

Při kontaktním dýchání má terapeut položeny ruce na hrudníku novorozence a doprovází ho v nádechu a při výdechu. Při výdechu lze přidat stlačení hrudníku a vibrace. Kontaktní dýchání může být provedeno i položením novorozence na hrudník rodiče (Friedlová, 2007). Novorozenec slyší tlukot srdce rodiče a přebírá rytmus jeho dýchání (Chovancová, 2009). Tento způsob kontaktního dýchání stimuluje vnímání i pomocí hlasu a vůní rodiče (Friedlová, 2007).

3.2 Vestibulární stimulace

Vestibulární stimulace poskytuje novorozencům podporu jejich rovnovážnému ústrojí, zlepšuje prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Vestibulární vnímání nás informuje o naší poloze a pohybu v prostoru. Vestibulární aparát má schopnost koordinovat pohyb a jeho průběh, zodpovídá za orientaci v prostoru, rovnováhu a stabilizaci oběhového systému. Vestibulární stimulaci můžeme provádět prostřednictvím nepatrných pohybů hlavou novorozence, hlava je v neustálém kontaktu s podložkou a terapeut ji pevně fixuje po stranách svými rukama. Vhodné je také umožnit novorozenci uvědomit si trojrozměrnost svého těla v prostoru a zpracovat vykonávaný pohyb dle konceptu kinestetiky (Friedlová, 2007).

3.2.1 Kinestetika

Pojem kinestetika se objevil v 70. letech 20. století, začal se používat pro popis lidského pohybu a funkce. Zakladateli konceptu jsou Dr. Frank Hatch a Dr. Lenny Maietta. Pojem konceptu kinestetika je vytvořen z pojmů „kinesis“ (pohyb) a „aesthetics“ (vnímání).

Kinestetika je pohybový a komunikační koncept, který se zabývá porozuměním a podporou přirozeného průběhu pohybu. Zejména se zaměřuje na preventivní a rehabilitační podporu pohybu. Kinestetika podporuje fyziologický pohyb a mobilizuje klouby a svaly. Kinestetika pomáhá i ošetřujícímu personálu vykonávat pohyb společně s pacientem za co nejmenší užití síly (Kinestetika, www.kinestetika.cz, 11. 4. 10).

Kinestetika je rozdělena na šest kinestetických principů, které umožňují analyzovat určitou pohybovou situaci a přiměřeně na tuto situaci reagovat.

1. **Interakce** – obsahuje kvalitu výměny mezi dvěma lidmi. Úmysl a aktivita klienta musí být do pohybové činnosti zahrnuta. Základním předpokladem pro interakci jsou naše smysly.
2. **Funkční anatomie** – principem jsou anatomické základy pro pohyb a průběh pohybu tak, aby se člověk mohl v průběhu pohybu orientovat ve svých anatomických strukturách.
3. **Lidský pohyb** – k podpoře fyziologického pohybu slouží nosné a transportní roviny.

4. **Lidské funkce** – pohybové vzorce tvoří základ pro provedení běžných denních funkcí a pro plynulý průběh vnitřních funkcí.
5. **Námaha** – principem je efektivní vytváření tahu nebo tlaku při pohybu bez vynaložení velké námahy.
6. **Okolí** – kvalita a povaha okolí (zemská přitažlivost, lidé, materiály) přímo ovlivňuje svalový tonus a pohyb (Šest kinestetických principů, www.kinestetika.cz/index.php?menu=1&odkaz=5, 11. 4. 10).

3.2.1.1 Kinestetika v ošetřování novorozenců

Pohyb je nejranější projev lidského života. Již plod se neustále pohybuje, protože jeho matka je také v neustálém pohybu. Plod tak cítí přes stěnu dělohy tlak a protitlak, prostřednictvím společných pohybů se rozvíjí jeho vztah s matkou. Přizpůsobuje se jejímu rytmu, cítí hranice svého těla, svoji polohu i velikost. Pociťuje teplo matky, ochutnává plodovou vodu, cucá si palec, dotýká se vlastního těla a dělohy, ta se pohybům plodu přizpůsobuje. Dítě žije ve vlastním světě s vlastní komunikací, kterou si reguluje. Po narození se toto prostředí rapidně změní, novorozenec musí čelit působení gravitace, příliš mnoho zátěže spočívá na hlavě a trupu. Pro novorozence nastává ztráta možnosti komunikovat prostřednictvím pohybu. Musí vynaložit velké úsilí a námahu ke zvládnutí změn. Rychlé a trhavé zvedání dospělou osobou, někdy i zadečkem napřed, je pro ně nesmyslnou aktivitou, ztrácí při něm orientaci. Reakcí je zvýšené tělesné napětí, úzkost a strach. Důležité také je, jak novorozence uchopíme. Při správném držení a manipulaci mu umožníme zapamatovat si přirozený vzorec pohybu. Novorozence při zvedání nejdříve otočíme na bok a potom pomalu přes sed zvedáme. Při pokládání ho nejdříve položíme nožičkami, zadečkem nebo přes bok a potom na záda. Při přebalování musí hmotnost novorozence zůstat na podložce. Nesmí se zvedat do výšky nožičky, váha nožiček a zadečku se přenáší a zvyšuje tlak v břišku, hrudníku a hlavičce. U nedonošených novorozenců bývají často problémy s dýcháním. Pro ně je vhodné uložení se zvýšeným hrudníkem a s volnými pažemi, protože jejich pohyb podporuje dýchání (Fendrychová, 2007).

3.3 Vibrační stimulace

Vibrační stimulací se stimulují kožní receptory pro vnímání vibrací a receptory hluboké citlivosti uložené ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Vibrace vní-

máme ve směru od periferie dovnitř těla. Vibrační stimulace zprostředkovává novorozenci intenzivní vjemy z jeho těla (Friedlová, 2007).

Ke stimulaci můžeme použít např. vlastní ruce (při kontaktním vibračním dýchání) nebo hlas. Když člověk mluví nebo zpívá, jeho hrudník se jemně chvěje. Toho lze využít a přiložit celý hrudník novorozence na hrudník rodiče nebo terapeuta a novorozenec může celým hrudníkem vnímat tlak hrudníku a vibrace. Pokud se rodič nebo terapeut bude pohybovat do stran, dochází k pohybům endolymfy ve vestibulárním aparátu a lze tuto situaci nazývat jako trilogii. Jedná se současně o vibrační, vestibulární i somatickou stimulaci. Somatická stimulace je zajištěna tlakem těla terapeuta nebo rodiče na tělo novorozence, dochází ke stimulaci somatických kožních receptorů a ke stimulaci vnímání tělesného schématu. Aplikuje-li tuto trilogii matka novorozence, přidává se k ní i stimulace prostřednictvím jejího hlasu a vůně (Friedlová, 2007).

3.4 Optická stimulace

Jak uvádí Bienstein a Fröhlich (In Friedlová, 2007), zrak je spolu se sluchem nejčastějším smyslem, který je využíván k poznávání okolního světa a k navázání komunikace.

Zrakové vnímání umožňuje člověku:

- poznávat okolní svět
- orientovat se
- poznávat lidi a předměty
- prožívat pozitivní vjemy
- schopnost učit se

Prostředí v nemocničních zařízeních bývá většinou jednoduché a prosté na optické podněty. Mnohdy lze o něm říct, že je až destimulující.

Jak uvádí Bienstein a Fröhlich (In Friedlová, 2007), zrakové vnímání novorozenců se orientuje na principech:

- vnímání světla a tmy
- vnímání obrysů na krátkou vzdálenost (asi 10-15 cm)
- vnímání vlastních částí těla

- vnímání okolí ve větší vzdálenosti (asi 1-2 m)
- vnímání zřetelných, ostrých kontur předmětů, ne detailů
- vývoj vnímání barev, nejdříve jsou vnímány základní barvy a postupně se vyvíjí schopnost rozlišovat odstíny barev

Polohování je důležité pro optickou stimulaci a pro orientaci v prostoru. Při jakékoli změně tělesné polohy se mění zorné pole novorozence (Friedlová, 2007). Vždy po změně polohy novorozence dáváme do jeho zorného pole barevné hračky. K optické stimulaci nám pomáhají i pestré barvy, které se používají v inkubátorech a postýlkách (Chovancová, 2009).

3.5 Auditivní stimulace

Jak uvádí Machová (In Friedlová, 2007), sluchový orgán člověka je důležitý pro komunikaci, při navazování a udržování vztahů a pro rozvoj myšlení. Na základě sluchu se vyvíjí řeč, dítě, které neslyší od narození, se nenaučí mluvit.

Při auditivní stimulaci sledujeme různé cíle, které se mohou kombinovat (Friedlová, 2007):

- navázat kontakt s klientem
- zprostředkovat klientovi informace o jeho osobě a jeho těle
- stimulovat vnímání klienta aktivizací vzpomínek uložených v paměťových stopách
- oživit vzpomínky klienta
- budovat u klienta pocit jistoty
- umožnit klientovi orientaci
- zvýšit rozlišovací schopnost sluchového aparátu

Auditivní stimulaci lze provádět pomocí různých prostředků a je nezbytné zohlednit biografickou anamnézu klienta (Friedlová, 2007). U novorozenců se zohledňují např. písničky, které si matka zpívala v těhotenství nebo její oblíbené CD, které si pouštěla v těhotenství (Chovancová, 2009).

Prostředky pro auditivní stimulaci (Friedlová, 2007):

Řeč

- vyprávění

- předčítání
- reprodukce řeči ze záznamu (např. hlasy příbuzných)

Nejvhodnější je, pokud na klienta hovoří jemu citově blízká osoba.

Hudba

- reprodukováná (z přehrávače, rádia)
- hra na hudební nástroj

Zpěv

S hudebními nástroji a se zpěvem pracují muzikoterapeuti. Zpívat může i příbuzný klienta jeho oblíbené písničky.

Auditivní stimulaci lze rozvíjet i pomocí jednoduchých slov používaných při jednotlivých ošetrovatelských výkonech, pozitivním stimulem je i tlukot srdce matky. Různé hlasy, zvuky a alarmy přístrojů je nutné tlumit, aby u novorozence nevyvolávaly stres (Chovancová, 2009).

3.6 Orální stimulace

Ústa jsou nejcitlivější a na vnímání nejaktivnější tělesnou zónou. Již v prenatálním období zárodek získává zkušenost se svými ústy cucáním svého palce. V celém prenatálním období a i v období po narození jsou ústa aktivní (Friedlová, 2007).

Ústa plní spoustu funkcí, slouží (Friedlová, 2007):

- k příjmu potravy
- ke komunikaci
- k vnímání chutí a vůní
- k vnímání konzistence
- k vyjádření emocí
- k dýchání
- k prožitkům (např. chuťovým)

Nedonošený novorozenec má většinou nezralý sací a polykací reflex, což ovlivňuje jeho výživu a způsobuje mnohokrát dyskomfort a napětí matky i novorozence. Většina nedonošených novorozenců je vyživována parenterálně nebo oro či nazogastrickou sondou. Schopnosti novorozence závisí na zralosti nervového systému. Je nemožné, aby se nějaká funkce objevila dříve, než k ní dozraje nervový systém (Chovancová, 2009). V této situaci je pro novorozence důležité, aby nedošlo k vymizení sacího reflexu. Je vhodné mu v pravidelných intervalech, např. před každou aplikací výživy do sondy, vkápnout alespoň pár kapek mléka (mateřského nebo umělého) či glukózy do úst (Friedlová, Co můžete pro svoje miminko udělat během pobytu na JIP?, www.nedoklubko.cz/documents_pdf/rodicum.pdf, 8.3.10). Kojení je možné až za předpokladu správné techniky a koordinace sání, polykání a dýchání. Je to pro novorozence jedna z prvních radostných zkušeností. Někdy je nutné použít i alternativní způsoby kojení. Prostřednictvím kojení se novorozenci dostává multisenzorický podnět, který působí na centrální nervovou soustavu. Pro novorozence a matku znamená kojení pocit jistoty, intenzivní tělesný a uspokojující kontakt, který působí pozitivně na emoce obou. Orální stimulace se může využívat jako příprava na perorální přísun potravy a pro stimulaci tvorby a uvolňování důležitých trávicích enzymů (Chovancová, 2009).

3.7 Olfaktorická stimulace

Pro lidský organismus jsou vůně a pachy důležitým stimulem pro vyvolání vzpomínek. Každý člověk má oblíbené různé vůně, záleží to na jeho autobiografii. Orální a olfaktorická stimulace spolu úzce souvisí (Friedlová, 2007). Jak uvádí Trojan (In Friedlová, 2007), oba smysly, chuť a čich, mohou sloužit ke stejnému cíli, např. k výběru potravy, a rozlišovat různé chemické látky.

U novorozenců lze při olfaktorické stimulaci využít vůni matky, kterou novorozenec zná ještě z intrauterinního života. Jeho čichové buňky si pamatují vůni matky prostřednictvím plodové vody. Matka přinese kousek nějaké příjemné látky, kterou po nějaký čas nosila na sobě. Může to být např. hedvábný šátek, který několik hodin nosila na krku nebo hrudníku. Tímto šátkem se novorozenec přikryje. Stimulujeme tak prostřednictvím vůně přítomnost matky. Poskytuje to novorozenci pocit jistoty a bezpečí v cizím prostředí (Chovancová, 2009). Olfaktorická stimulace se neprovádí kontinuálně, protože by si mohl novorozenec na tento stimul zvyknout a již ho nevnímat (Friedlová, 2007).

3.8 Taktilně-haptická stimulace

Kožní systém umožňuje vnímání doteku, tlaku, napětí, natažení, chladu, tepla, lechtání a vibrací. Hmatová tělíska mají na těle různou hustotu. Největší hustota je na bříškách prstů a na rtech a nejmenší na zádech (Friedlová, 2007).

3.8.1 Klokánkování

Při klokánkování se využívá přímého dotyku kůže dítěte a rodiče. Dítě má pouze plenkové kalhotky a čepičku a spočívá na matčině nebo otcově nahé hrudi. Zvenku je překryté dečkou (Fendrychová, Borek, 2007).

Tato taktilně-haptická stimulace spojuje i stimulaci somatickou, vestibulární, vibrační, olfaktorickou a auditivní. K vibrační stimulaci dochází působením hlasu, tlukotu srdce a dýchání, které se přenáší v podobě drobných vibrací z těla rodiče na tělo novorozence (Kučová, Havránková, 2004). Novorozenec cítí vůni své matky, slyší tlukot jejího srdce a hmatem ji opět poznává (Fendrychová, Borek, 2007).

Výhody klokánkování pro novorozence (Marek, 2002):

- pravidelný srdeční puls
- pravidelný dech
- teplotní stabilita
- delší spánek
- rychlejší vývoj mozku
- snadnější krmení

Dalšími výhodami jsou prohloubení vztahu mezi rodiči a dítětem, pocit sebedůvěry rodičů, že se o své dítě dokážou postarat, a levnější péče.

3.9 Nejčastější chyby

Pro nedonošené novorozence je velmi stresující vliv negativních stimulů. Negativními stimuly jsou např. nešetrná manipulace, hluk, náhlé vyrušení ze spánku, rychlé změny polohy, nešetrné odstraňování náplastí, sahání na dítě studenými rukama nebo studenými pomůckami. Snad nejčastější chybou personálu je opírání se o inkubátor nebo odkládání

různých pomůcek na něj. Všechny zvuky a vibrace se přes stěnu inkubátoru ještě násobí a novorozenec je vnímá velmi intenzivně (Kučová, Havránková, 2004). Přitom k redukci těchto negativních stimulů stačí velmi málo. Kučová a Havránková uvádí, že u nich v Městské nemocnici v Ostravě na oddělení JIP pro nezralé a rizikové novorozence, např. dávají fonendoskop do inkubátorů, tak předchází nozokomiálním nákazám a mají vždy připravený zahřátý fonendoskop k použití. Nebo k zajištění klidu novorozence používají cedulky, které jsou umístěné na jednotlivých inkubátorech, s nápisem: „Jsem napapané a přebalené miminko. Nerušit, spinkám“ (2004).

4 BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA

Vnímat člověka jako individuální bytost je nezbytnou součástí ošetrovatelství. Každý člověk je jedinečná, neopakovatelná bytost se svými návyky a rituály. Tyto informace by měly být výchozím bodem pro individuální a osobní ošetrovatelskou péči. Získáme je z autobiografické anamnézy. Dále zjišťujeme prožitky, zvyky a věci, které jsou klientovi příjemné či nepříjemné. Biografie klienta umožňuje terapeutům najít si cestu ke klientovi, porozumět mu a pochopit jeho potřeby (Friedlová, 2006). Individuální ošetrovatelská péče zohledňuje období, v němž se klient nachází. Ošetrovatelé volí ošetrovatelské nabídky dle individuality a biografie klienta. Není možné zachovat zažitý rytmus a strukturu klientova dne, ale s použitím biografie lze člověku pomoci lépe se orientovat v situaci a zvyšovat jeho výkonnost, dávat mu naději a pocit jistoty (Friedlová, 2007).

Jak uvádí Kostrewa a Kutzner (In Friedlová, 2007), příbuzní jsou významným prvkem v léčebném a ošetrovatelském procesu. Většinou jsou ale zaskočení a nevědí, co mají dělat. Je důležité jim nejprve pomoci v počátečním ostychu jasnými a pochopitelnými instrukcemi. Pocit, že mohou nějak pomoci, je posiluje.

Získávání informací je dlouhodobý proces, protože ani klient a ani příbuzní nemusí poskytnout všechny údaje při prvním setkání. Pro kvalitní rozhovor je nutná důvěra vůči terapeutům. Při získávání dat musí nejdříve ošetroující vysvětlit, proč tyto údaje potřebuje a čemu mohou pomoci (Friedlová, 2007).

Pro získávání biografie by měli mít terapeuti tyto schopnosti (Friedlová, 2007):

- komunikace
- empatie
- aktivně naslouchat
- trpělivost
- spolupracovat s jinými týmy
- intelektuální
- organizační
- rozpoznat nonverbální komunikaci

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce se zabývám výzkumem, který má za hlavní cíl odhalit informovanost respondentek o bazální stimulaci (dále jen BS) a zjistit využívání jednotlivých technik BS na oddělení JIPn a IMPn. K získání požadovaných informací jsem zvolila metodu dotazníkového šetření, které probíhalo v období listopad 2009 - leden 2010 v KNTB ve Zlíně, ve FN v Brně a ve FN v Olomouci. Dotazník byl určen pro porodní asistentky, dětské sestry a všeobecné sestry, které pracují na JIPn a IMPn. Dotazníky byly rozdány v tištěné formě a byly anonymní. Celkový počet dotázaných respondentek byl 118, rozdaných dotazníků bylo 150. Návratnost dotazníků byla 78,7 %.

5.1 Cíle a hypotézy

Cíl 1: Zjistit míru informovanosti o bazální stimulaci u respondentek.

Hypotéza 1.1: Domnívám se, že více než 80% respondentek bude umět vysvětlit pojem BS.

Hypotéza 1.2: Domnívám se, že méně než 40% respondentek bude proškoleny v základním kurzu BS.

Hypotéza 1.3: Domnívám se, že více než 70% neproškolených respondentek jako důvod neabsolvování kurzu BS uvede – *neinformovanost o možnosti kurzu*.

Cíl 2: Zjistit četnost používání metod BS v péči o nedonošené novorozence.

Hypotéza 2.1: Domnívám se, že každou metodu BS uvedenou v dotazníku bude používat více než 40% respondentek.

Hypotéza 2.2: Domnívám se, že každá metoda BS uvedená v dotazníku bude používána u více než 50% respondentek *téměř denně*.

Hypotéza 2.3: Domnívám se, že více než 50% neproškolených respondentek bude používat 2 a více metod BS.

Cíl 3: Zjistit spokojenost respondentek s používáním metod BS.

Hypotéza 3.1: Domnívám se, že u více než 3 metod BS bude uvedeno, že se více než 80% respondentkám metoda *osvědčila*.

Hypotéza 3.2: Domnívám se, že více než 60% respondentek bude *spíše spokojeno* s kvantitou používání metod BS.

Cíl 4: Srovnat míru používání metod BS mezi jednotlivými odděleními.

Hypotéza 4.1: Domnívám se, že více metod BS bude používáno na oddělení JIPn, a to více než 20% oproti IMPn.

5.2 Dotazníkové šetření

Dotazník se skládá z 24 otázek, které jsem vytvořila na základě stanovených cílů a hypotéz. U všech otázek je možná pouze jedna odpověď. Dotazník obsahuje 12 otázek uzavřených, 11 polouzavřených a 1 otevřenou. Úvodní otázky 1 - 4 jsou identifikační, zjišťují oddělení, kde respondentka pracuje, dobu, kterou pracuje na tomto pracovišti, nejvyšší dosažené vzdělání a obor. Otázky 5 - 8 se zaměřují na informovanost o BS, zjišťují znalost pojmu BS, kde se respondentka o BS dozvěděla, zda je proškolená v kurzu BS a popřípadě v jakém. Otázky 9 - 24 se zabývají používáním jednotlivých metod BS a spokojeností s těmito metodami. Dotazník vyplnilo 118 respondentek. Návratnost dotazníků byla 78,7%. Dotazník je uveden v Příloze I.

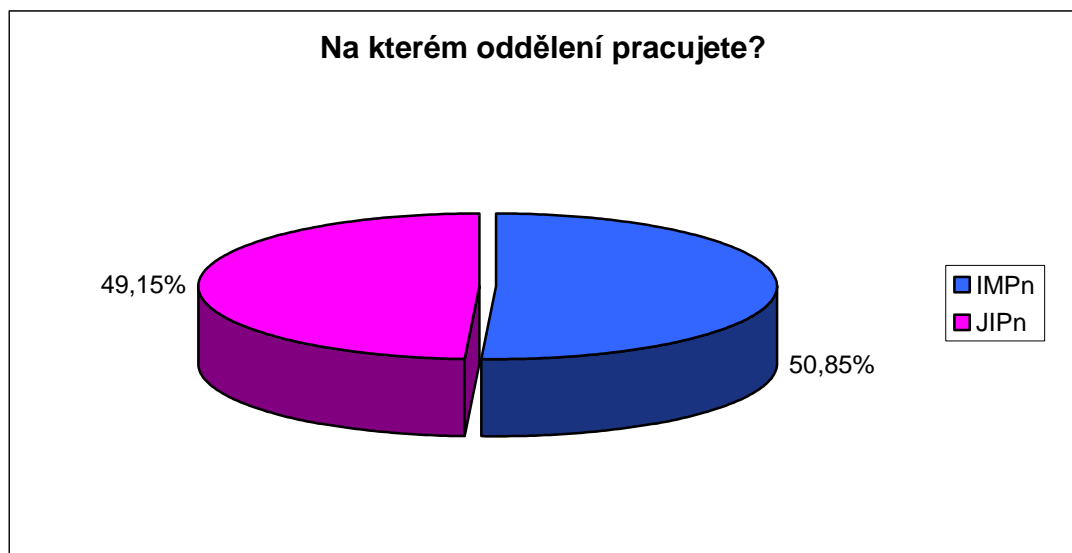
5.2.1 Výsledky výzkumu

Otázka č. 1: Na kterém oddělení pracujete?

Tabulka č. 1 Pracovní zařazení respondentek

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
IMPn	60	50,85%
JIPn	58	49,15%
Celkem	118	100%

Graf č. 1 Pracovní zařazení respondentek



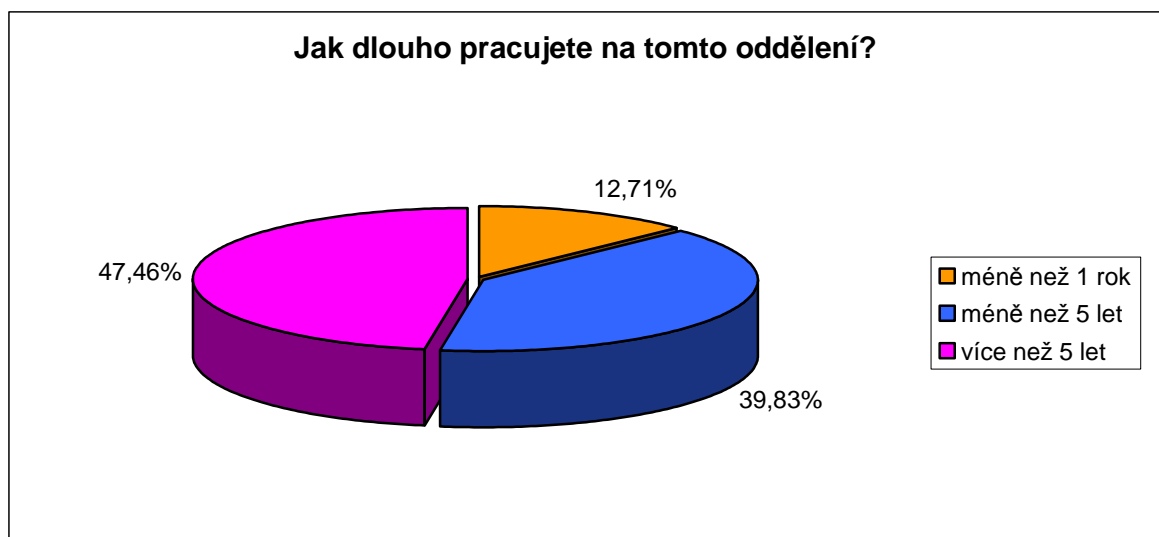
Tato informativní otázka, která slouží ke zjištění oddělení, na kterém respondentka pracuje, ukázala, že ze 118 dotazovaných pracuje 60 respondentek (50,85%) na *IMPn* a 58 respondentek (49,15%) na *JIPn*.

Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

Tabulka č. 2 Doba, kterou respondentky na oddělení pracují

Odpoověď	Poččet respondentek	Procenta
méně než 1 rok	15	12,71%
méně než 5 let	47	39,83%
více než 5 let	56	47,46%
Celkem	118	100%

Graf č. 2 Doba, kterou respondentky na oddělení pracují



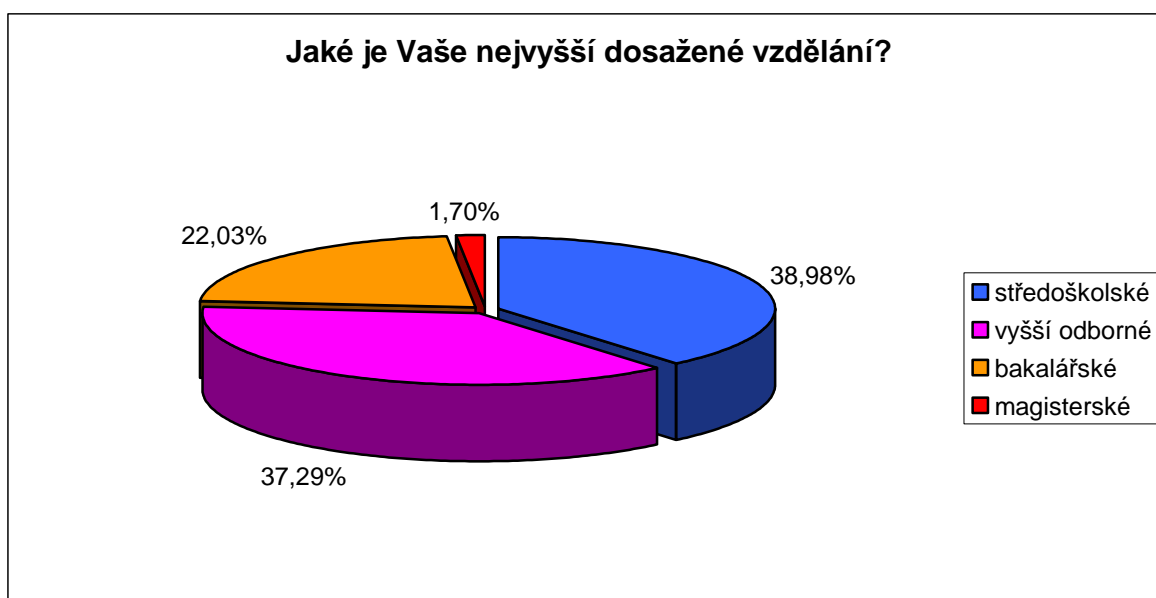
Z této otázky vyplývá, že 15 respondentek (12,71%) pracuje na oddělení *méně než 1 rok*, 47 respondentek (39,83%) pracuje na oddělení *méně než 5 let* a 56 respondentek (47,46%) pracuje na oddělení *více než 5 let*.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
středoškolské	46	38,98%
vyšší odborné	44	37,29%
bakalářské	26	22,03%
magisterské	2	1,70%
Celkem	118	100%

Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



Tato otázka směřovaná na nejvyšší dosažené vzdělání respondentek ukázala, že nejčastěji má *středoškolské vzdělání* 46 respondentek (38,98%), dále 44 respondentek (37,29%) má *vyšší odborné vzdělání*, 26 respondentek (22,03%) vystudovalo *bakalářský obor* a pouze 2 respondentky (1,70%) mají *magisterské studium*.

Otázka č. 4: V jakém oboru je Vaše vzdělání?

Tabulka č. 4 Obor vzdělání

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
porodní asistentka	26	22,03%
všeobecná sestra	8	6,78%
dětská sestra	84	71,19%
Celkem	118	100%

Graf č. 4 Obor vzdělání



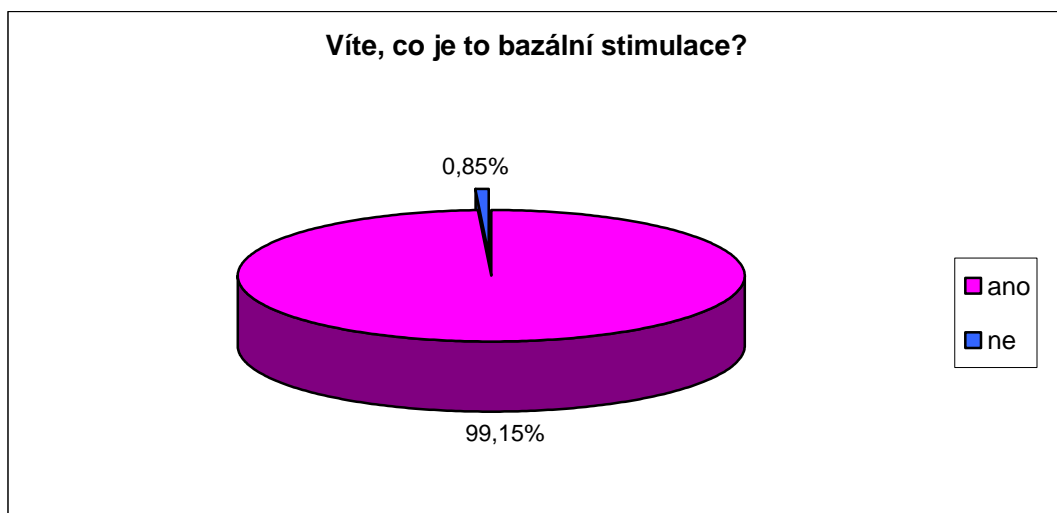
Z této otázky vyplývá, že na oddělení JIPn a IMPn pracuje nejvíce *dětských sester*, v zastoupení 84 (71,19%) z celkového počtu 118 dotazovaných. Dále 26 *porodních asistentek* (22,03%) a 8 *všeobecných sester* (6,78%). Bohužel, i když se má bakalářská práce jmenuje Bazální stimulace v praxi porodní asistentky, až po vyhodnocení dotazníků jsem zjistila, že největší zastoupení na těchto odděleních mají dětské sestry.

Otázka č. 5: Víte, co je to bazální stimulace?

Tabulka č. 5 Znalost pojmu bazální stimulace

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	117	99,15%
ne	1	0,85%
Celkem	118	100%

Graf č. 5 Znalost pojmu bazální stimulace

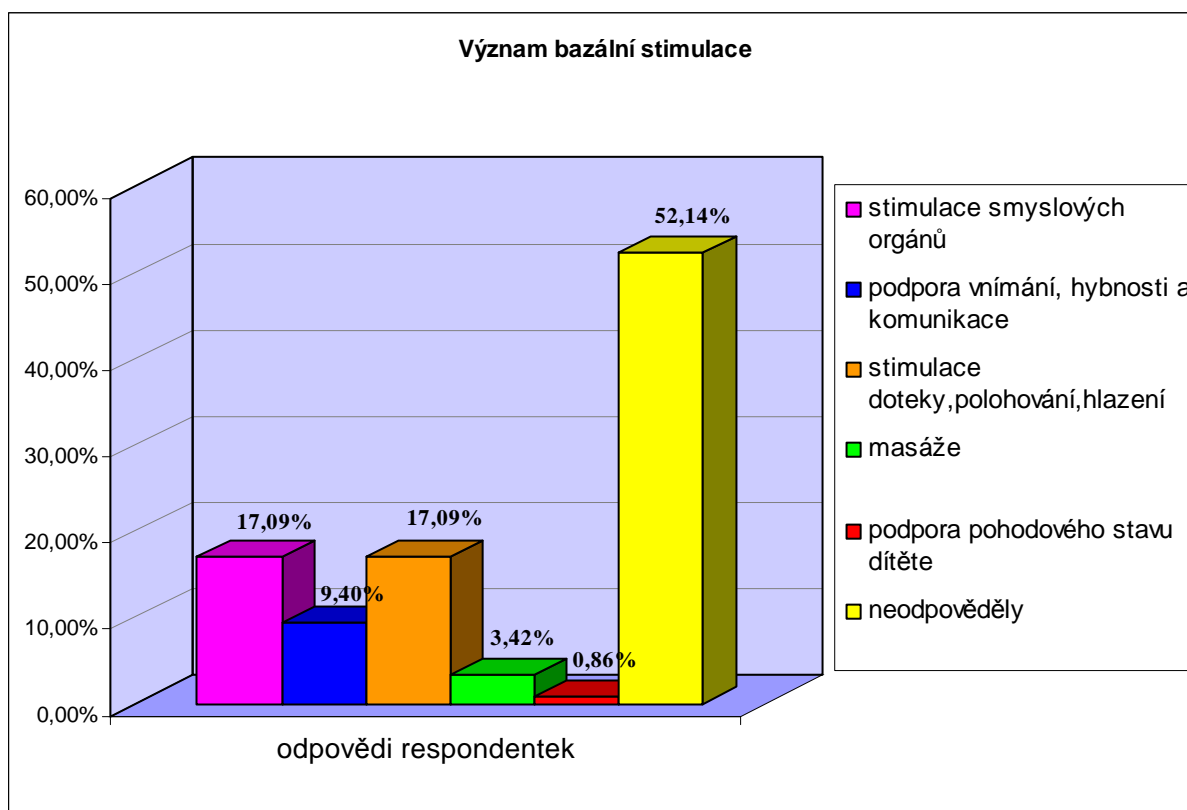


Tato otázka zjišťovala, zda respondentky znají pojem bazální stimulace. Všechny (99,15%), kromě 1 respondentky (0,85%), odpověděly *ano*, že znají pojem bazální stimulace.

Tabulka č. 5a Znalost významu bazální stimulace

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
stimulace smyslových orgánů	20	17,09%
stimulace doteky, polohování, hlazení	20	17,09%
podpora vnímání, hybnosti a komunikace	11	9,40%
masáže	4	3,42%
podpora pohodového stavu dítěte	1	0,86%
neodpověděly	61	52,14%
Celkem	117	100%

Graf č. 5a Znalost významu bazální stimulace



K ověření znalosti pojmu bazální stimulace jsem použila otevřenou podotázku, kde respondentky měly vyjádřit vlastními slovy význam BS. Bohužel 61 respondentek na tuto otevřenou otázku neodpovědělo, ostatní odpovědi jsem rozdělila do 5 nejčastějších skupin. Ze 117 respondentek, které v této otázce uvedlo, že znají význam bazální stimulace, odpovědělo 20 respondentek (17,09%), že BS je *stimulace smyslových orgánů*. Dále 20 respondentek (17,09%) definovalo BS jako *stimulaci pomocí doteků, polohování*

a hlazení. Další skupina, což bylo 11 respondentek (9,40%), označila BS jako *podporu vnímání, hybnosti a komunikace*. Jako *masáže* označily BS 4 respondentky (3,42%). 1 respondentka (0,86%) definovala BS jako *podporu pohodového stavu dítěte*. Na otázku neodpovědělo 61 respondentek (52,14%). Z odpovědí vyplývá, že všechny respondentky, které odpověděly na tuto otázku, mají představu o tom, co znamená pojem bazální stimulace.

Otázka č. 6: Kde jste se o bazální stimulaci dozvěděla?

Tabulka č. 6 První setkání s pojmem bazální stimulace

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ve škole	59	50,43%
v práci	35	29,92%
samostudium(internet, knihy, média..)	20	17,09%
jiné	3	2,56%
Celkem	117	100%

Graf č. 6 První setkání s pojmem bazální stimulace



Tuto otázku vyplňovaly pouze ty respondentky, které v předešlé otázce odpověděly, že znají význam BS. Z počtu 117 respondentek odpovědělo 59 (50,43%), že se o BS poprvé dozvěděly *ve škole*, 34 respondentek (29,92%) uvedlo *zaměstnání* jako místo, kde se poprvé setkaly s BS. *Samostudiem* se o BS dozvědělo 20 respondentek (17,09%) a 3 respondentky (2,56%) zvolily možnost *jiné*. Z toho byl 1x uveden seminář, 1x kurz BS a 1x rodina.

Otázka č. 7: Jste proškolená nebo se školíte v metodách BS?

Tabulka č. 7 Proškolení respondentek

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	13	11,02%
ne	105	88,98%
Celkem	118	100%

Graf č. 7 Proškolení respondentek

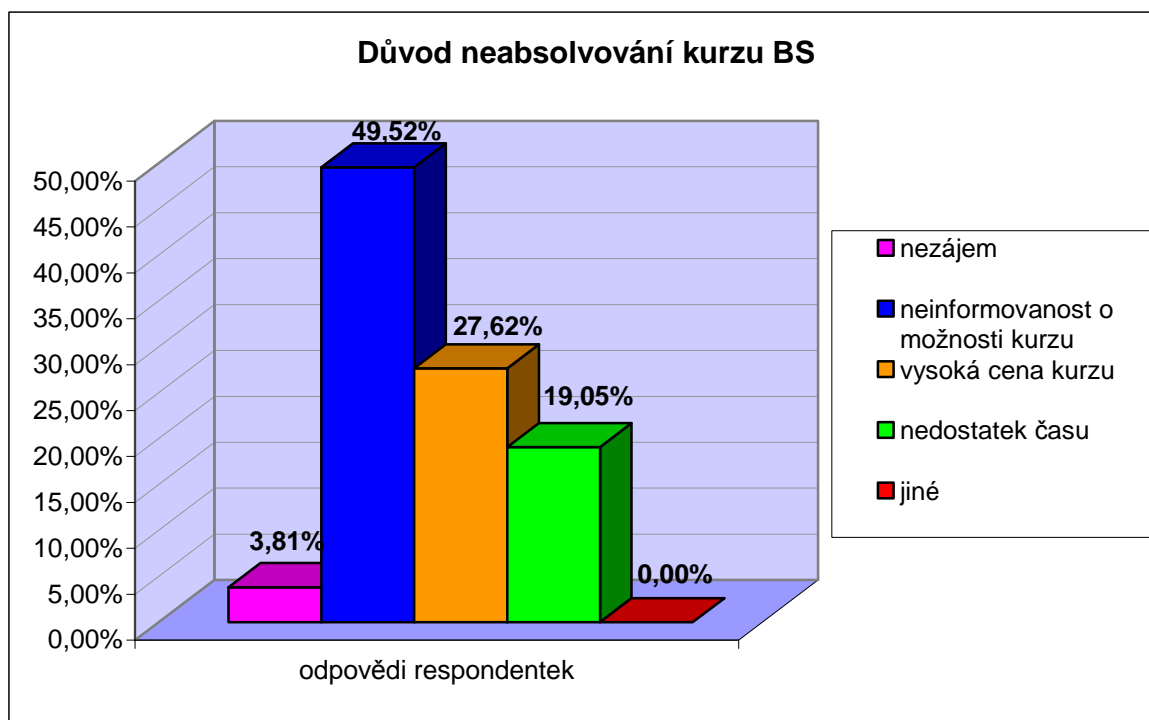


Ze 118 odpovídajících 13 respondentek (11,02%) uvedlo, že absolvovalo kurz BS nebo se ho právě účastní. Zbývajících 105 respondentek (88,98%) není proškolená v kurzu BS.

Tabulka č. 7a Důvod neabsolvování kurzu BS

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
nezájem	4	3,81%
neinformovanost o možnosti kurzu	52	49,52%
vysoká cena kurzu	29	27,62%
nedostatek času	20	19,05%
jiné	0	0,00%
Celkem	105	100%

Graf č. 7a Důvod neabsolvování kurzu BS



V této podotázce zjišťuji důvod neabsolvování kurzu BS. Odpovídaly pouze ty respondentky, které nejsou proškoleny v kurzu BS. Ze 115 odpovídajících uvedly 4 respondentky (3,81%) jako důvod *nezájem*. Nejčastější odpovědí byla *neinformovanost o možnosti kurzu*, tuto odpověď označilo 52 respondentek (49,52%). Druhou nejčastější odpovědí, kterou uvedlo 29 respondentek (27,62%), byla *vysoká cena kurzu*. *Nedostatek času* uvedlo jako důvod 20 respondentek (19,05%). Možnost *jiné* neoznačila žádná respondentka.

Otázka č. 8: V jakém kurzu jste proškolená nebo se školíte?

Tabulka č. 8 Dosažená úroveň proškolení v kurzu BS

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
základní kurz	11	84,62%
nástavbový kurz	2	15,38%
prohlubující kurz	0	0,00%
Celkem	13	100%

Graf č. 8 Dosažená úroveň proškolení v kurzu BS



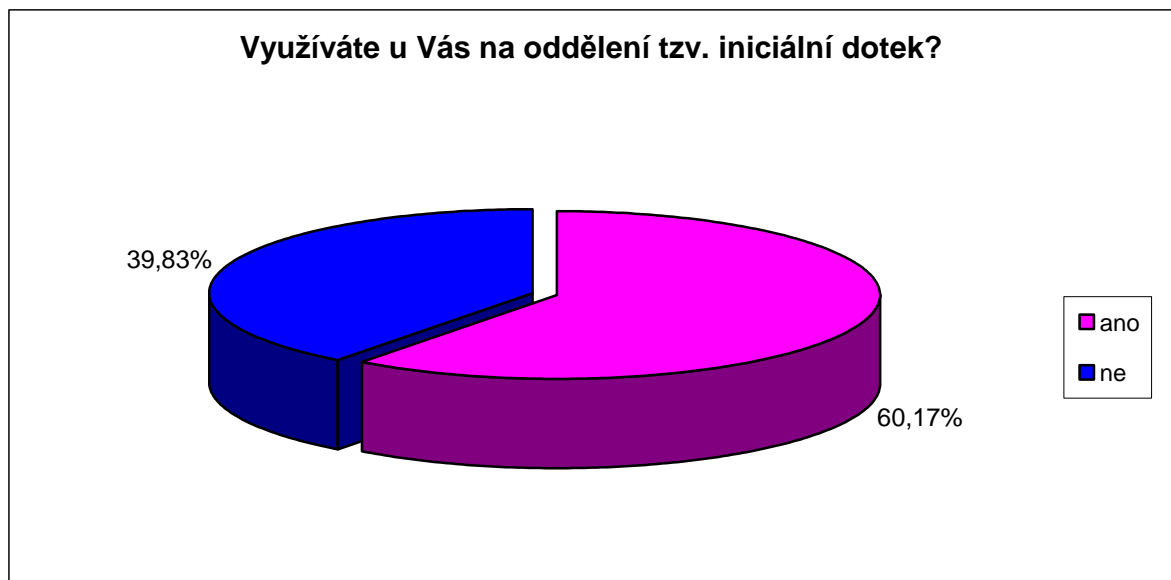
Ze 13 dotazovaných, které jsou proškoleny nebo se školí v kurzu BS, 11 respondentek (84,62%) absolvovalo *základní kurz BS* a 2 respondentky (15,38%) se školily v *nástavbovém kurzu BS*. Žádná respondentka není vyškolená v *prohlubujícím kurzu BS*.

Otázka č. 9: Využíváte u Vás na oddělení tzv. iniciální dotek?

Tabulka č. 9 Využívání iniciálního doteku

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	71	60,17%
ne	47	39,83%
Celkem	118	100%

Graf č. 9 Využívání iniciálního doteku

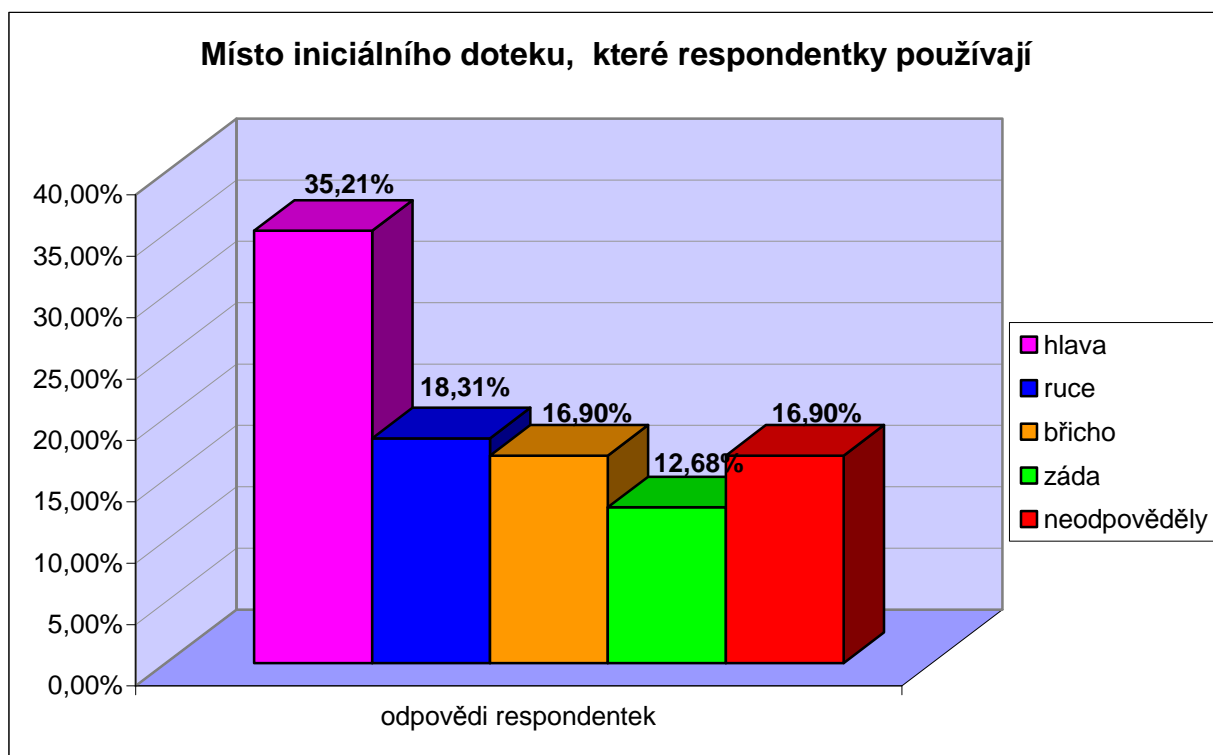


Z celkového počtu 118 dotazovaných 71 respondentek (60,17%) uvedlo, že iniciální dotek využívá. Zbývajících 47 respondentek (39,83%) iniciální dotek nevyužívá.

Tabulka č. 9a Místo iniciálního doteku, které respondentky používají

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
hlava	25	35,21%
ruce	13	18,31%
břicho	12	16,90%
záda	9	12,68%
neodpověděly	12	16,90%
Celkem	71	100%

Graf č. 9a Místo iniciálního doteku, které respondentky používají



K zjištění části těla, na kterém dotazované používají iniciální dotek, jsem použila otevřenou podotázku. Ze 71 odpovídajících, které využívají iniciální dotek, 25 respondentek (35,21%) uvedlo *hlavu* jako místo, na kterém využívají iniciální dotek. Dále 13 respondentek (18,31%) využívá pro iniciální dotek *ruce*, 12 respondentek (16,90%) *břicho* a 9 respondentek (12,68%) *záda*. Na otevřenou podotázku *neodpovědělo* 12 dotazovaných (16,90%).

Otázka č. 10: Vedete rodiče k tomu, aby využívaly iniciální dotek u svého dítěte?

Tabulka č. 10 Podporování rodičů ve využívání iniciálního doteku

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	71	60,17%
ne	47	39,83%
Celkem	118	100%

Graf č. 10 Podporování rodičů ve využívání iniciálního doteku

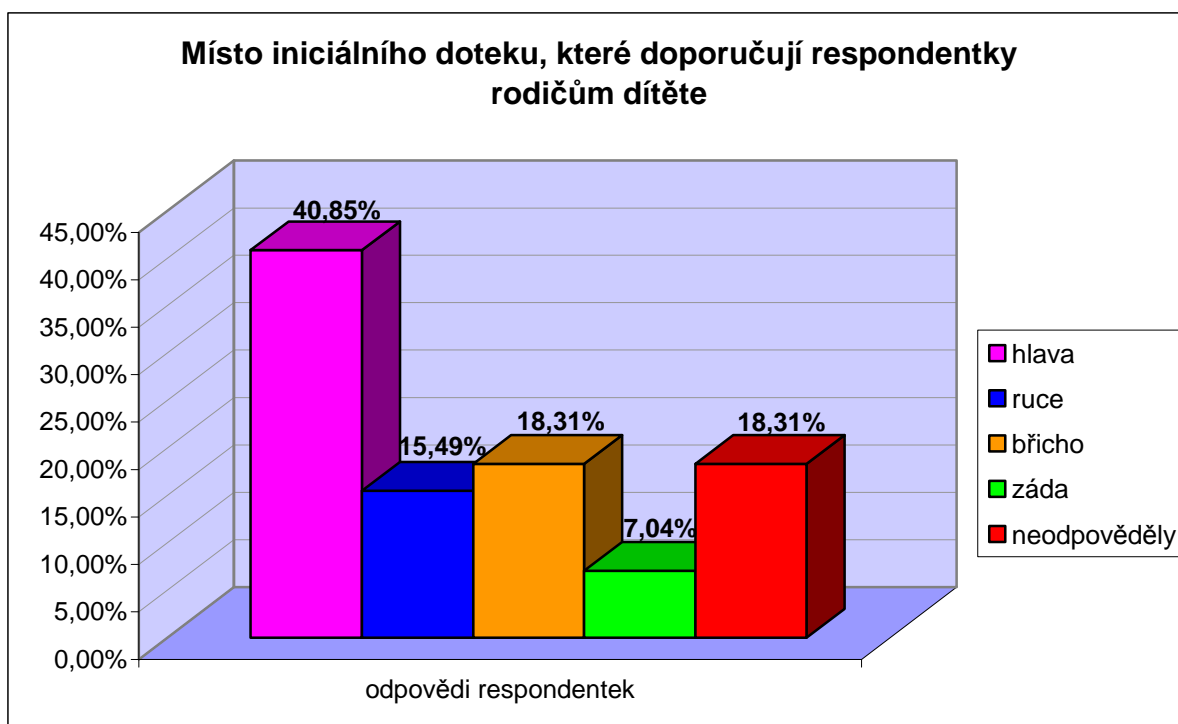


Ze 118 dotazovaných 71 respondentek (60,17%), stejně jako u předešlé otázky, vede rodiče k používání iniciálního doteku u svého dítěte a 47 respondentek (39,83%) rodiče nepodněcuje k této aktivitě.

Tabulka č. 10a Místo iniciálního doteku, které respondentky doporučují rodičům

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
hlava	29	40,85%
ruce	11	15,49%
břicho	13	18,31%
záda	5	7,04%
neodpověděly	13	18,31%
Celkem	71	100%

Graf č. 10a Místo iniciálního doteku, které respondentky doporučují rodičům

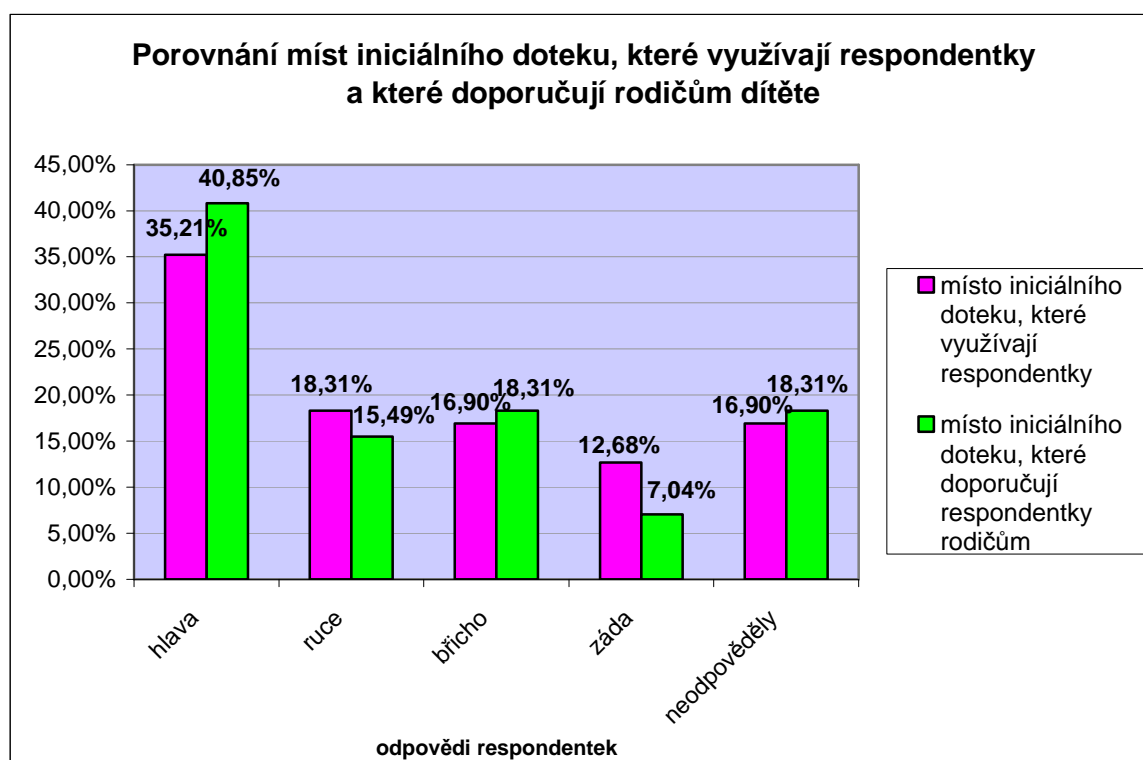


Tuto otevřenou podotázku vyplňovalo 71 respondentek. 29 respondentek (40,85%) radí rodičům *hlavu* dítěte pro první dotek. Dále 11 respondentek (15,49%) označilo *ruce* a 13 respondentek (18,31%) *břicho*, jako část těla, kterou doporučují rodičům pro první kontakt s dítětem. 5 respondentek (7,04%) doporučuje pro iniciální dotek *záda*. Zbývajících 13 respondentek (18,31%) na tuto otevřenou podotázku *neodpovědělo*.

Tabulka č. 10b Porovnání využívaných míst pro iniciální dotek

Odpoověď	Počet respondentek ot. č. 9a	Počet respondentek ot. č. 10a	Procenta ot.č. 9a	Procenta ot. č. 10a
hlava	25	29	35,21%	40,85%
ruce	13	11	18,31%	15,49%
břicho	12	13	16,90%	18,31%
záda	9	5	12,68%	7,04%
neodpoověděly	12	13	16,90%	18,31%
Celkem	71	71	100,00%	100,00%

Graf č. 10b Porovnání využívaných míst pro iniciální dotek



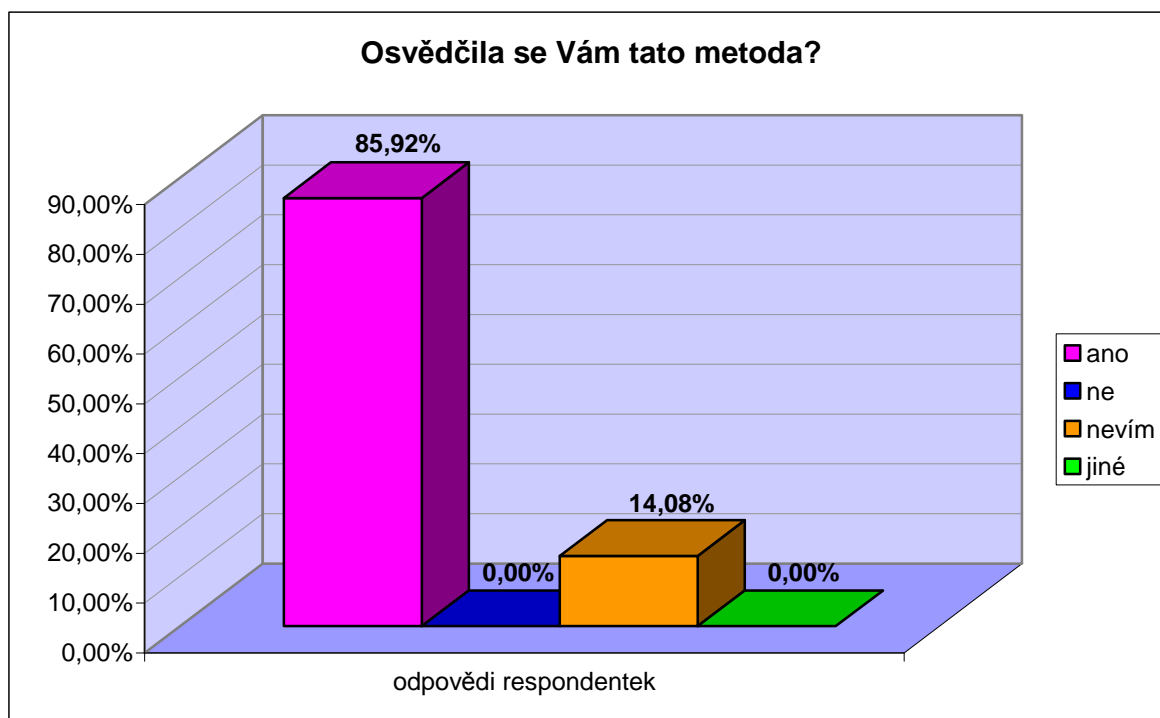
Zde porovnávám 9. a 10. otevřenou podotázku. Z grafu vyplývá, že místo iniciálního doteku, které používají respondentky a které doporučují používat rodičům u dětí, není vždy shodné. *Hlavu*, pro iniciální dotek, využívá 25 respondentek (35,21%) a doporučuje rodičům 29 respondentek (40,85%). *Ruce* pro první dotek využívá 13 respondentek (18,31%) a doporučuje rodičům 11 dotazovaných (15,49%). *Břicho* využívá pro první kontakt s dítětem 12 odpovídajících (16,90%) a rodičům radí 13 respondentek (18,31%). *Záda* využívá 9 dotazovaných (12,68%) a doporučuje 5 (7,04%). U 9. podotázky neuvedlo 12 respondentek (16,90%) žádnou odpověď a u 10. podotázky *neodpoovědělo* 13 dotazovaných (18,31%).

Otázka č. 11: Osvědčila se Vám tato metoda?

Tabulka č. 11 Osvědčení iniciálního doteku

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	61	85,92%
ne	0	0,00%
nevím	10	14,08%
jiné	0	0,00%
Celkem	71	100%

Graf č. 11 Osvědčení iniciálního doteku



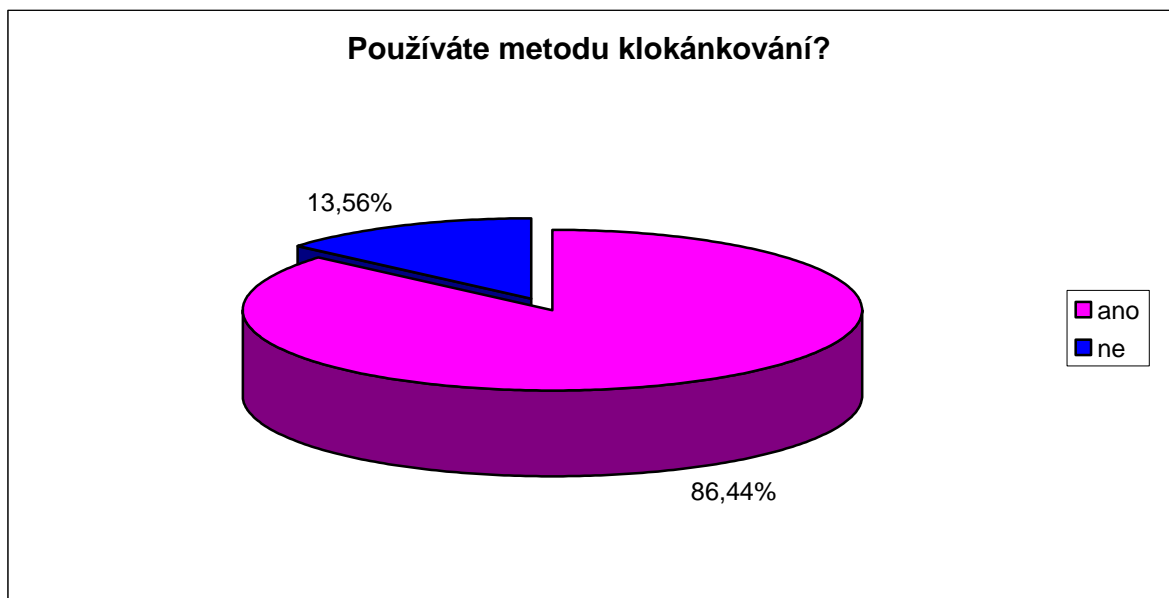
Na tuto otázku samozřejmě odpovídaly pouze ty respondentky, které uvedly, že používají iniciální dotek nebo vedou rodiče k jeho používání. Ze 71 odpovídajících se 61 respondentkám (85,92%) osvědčilo provádět iniciální dotek a 10 respondentek (14,08%) *neví*, zda se jim tato metoda osvědčila. Odpověď *ne* nebo *jiné* neoznačila ani jedna respondentka.

Otázka č. 12: Používáte metodu klokánkování?

Tabulka č. 12 Používání metody klokánkování

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	102	86,44%
ne	16	13,56%
Celkem	118	100%

Graf č. 12 Používání metody klokánkování

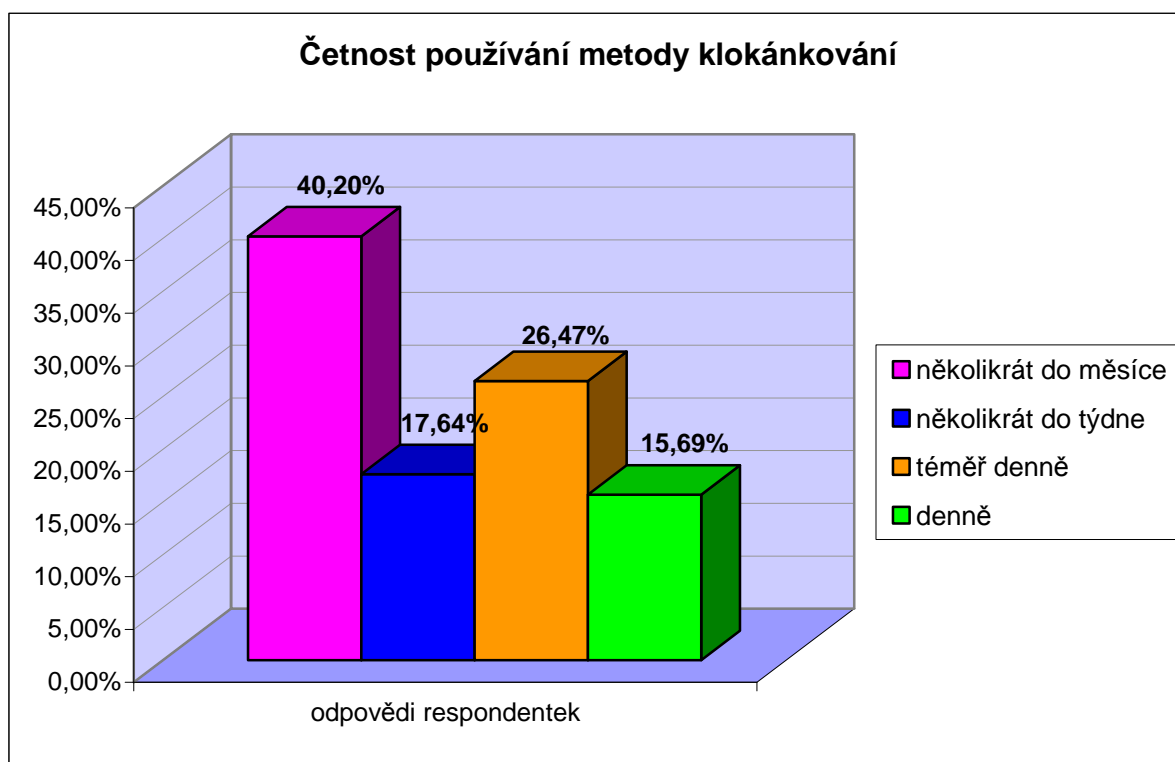


Z celkového počtu 118 dotazovaných 102 respondentek (86,44%) používá metodu klokánkování a 16 respondentek (13,56%) nikoli.

Tabulka č. 12a Četnost používání metody klokánkování

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
několikrát do měsíce	41	40,20%
několikrát do týdne	18	17,64%
téměř denně	27	26,47%
denně	16	15,69%
Celkem	102	100%

Graf č. 12a Četnost používání metody klokánkování



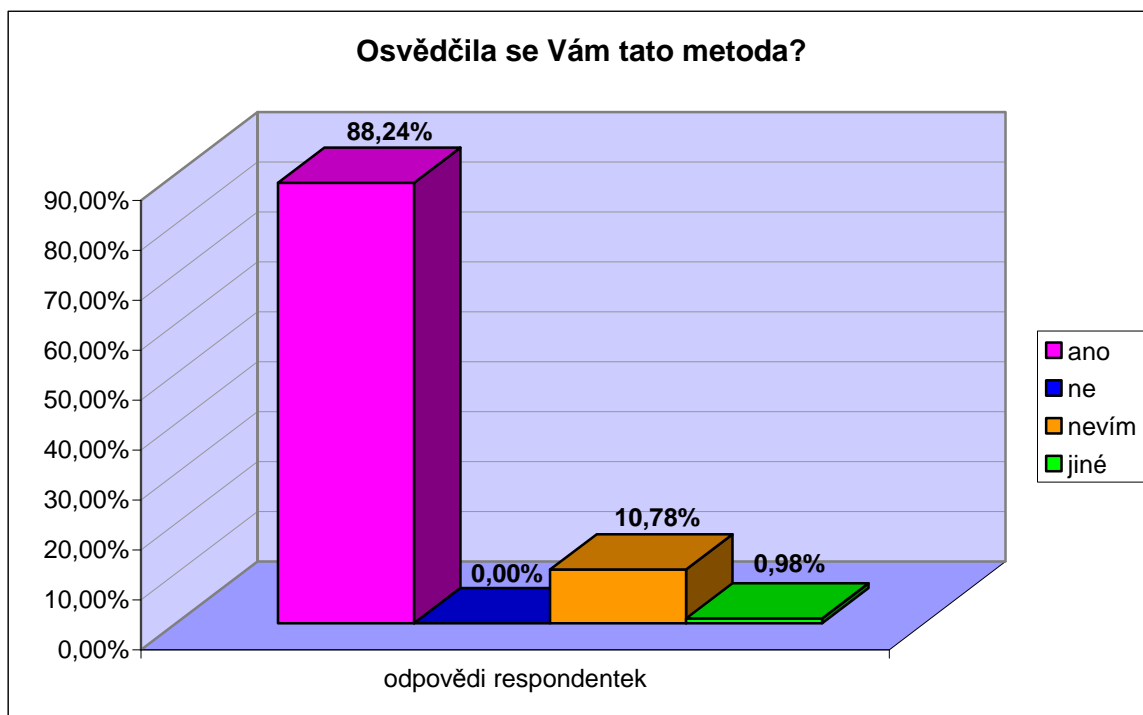
Podotázku, směřovanou na frekvenci používání metody klokánkování, vyplňovaly pouze respondentky, které ve 12. otázce odpověděly *ano*. Celkový počet odpovídajících byl 102. Nejčastější odpověď byla *několikrát do měsíce*, uvedlo ji 41 respondentek (40,20%). 18 respondentek (17,64%) označilo odpověď *několikrát do týdne* a 27 respondentek (26,47%) *téměř denně*. *Denně* používá metodu klokánkování 16 respondentek (15,69%).

Otázka č. 13: Osvědčila se Vám tato metoda?

Tabulka č. 13 Osvědčení metody klokánkování

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	90	88,24%
ne	0	0,00%
nevím	11	10,78%
jiné	1	0,98%
Celkem	102	100%

Graf č. 13 Osvědčení metody klokánkování



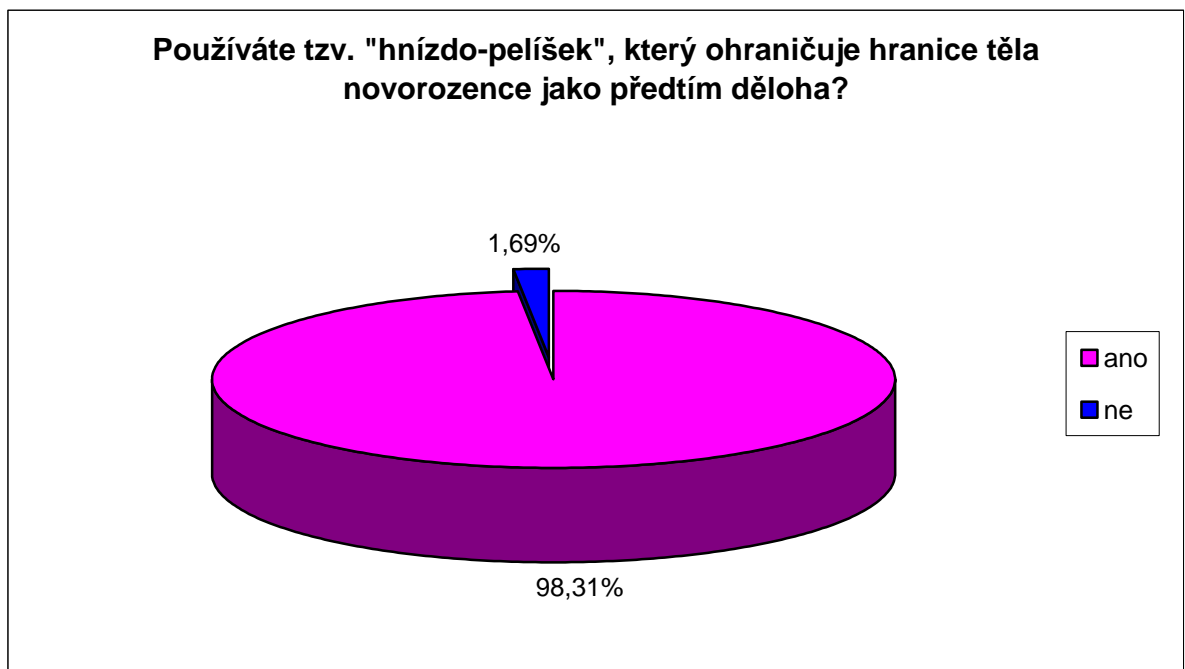
Ze 102 odpovídajících, které používají metodu klokánkování, 90 respondentek (88,24%) odpovědělo, že se jim metoda *osvědčila* a 11 respondentek *neví*, jestli se jim metoda osvědčila. 1 respondentka (0,98%) označila odpověď *jiné* a uvedla, že se jí metoda osvědčila *částečně*. Žádná respondentka neuvedla, že by se jí metoda *neosvědčila*.

Otázka č. 14: Používáte tzv. "hnízdo-pelíšek", který ohraničuje hranice těla novorozence jako předtím děloha?

Tabulka č. 14 Používání tzv. "hnízda-pelíšku"

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	116	98,31%
ne	2	1,69%
Celkem	118	100%

Graf č. 14 Používání tzv. "hnízda-pelíšku"

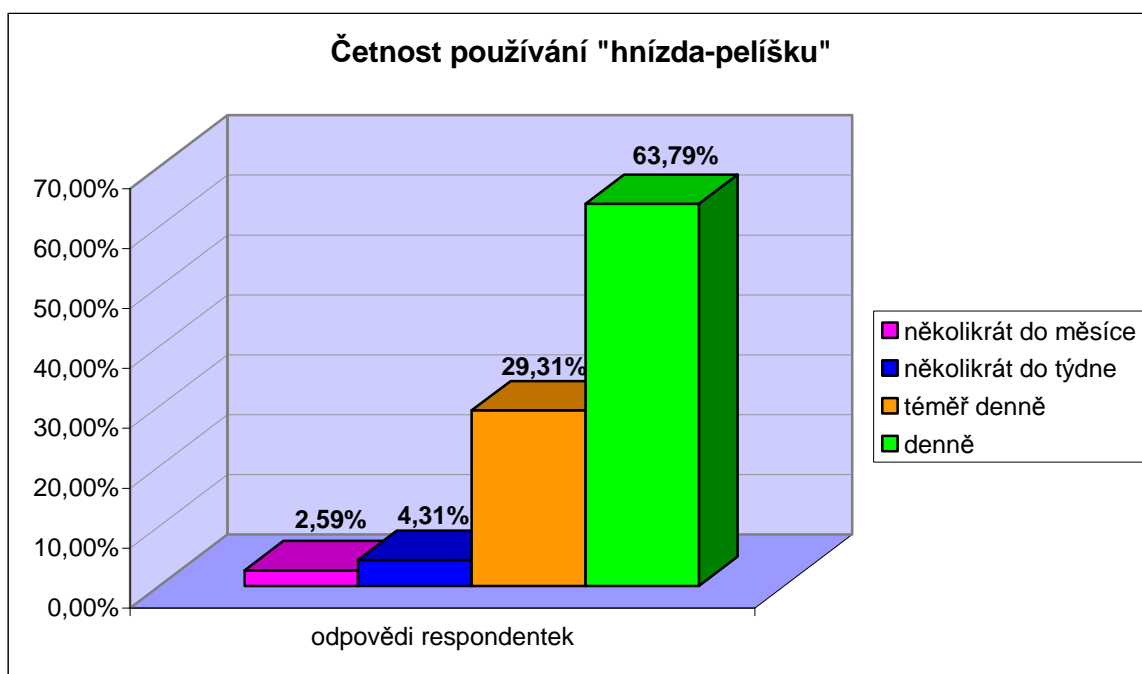


K používání této somatické stimulace se přiřadila většina odpovídajících, 116 respondentek (98,31%). Pouze 2 respondentky (1,69%) tuto metodu nepoužívají.

Tabulka č. 14a Četnost používání tzv. "hnízda-pelíšku"

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
několikrát do měsíce	3	2,59%
několikrát do týdne	5	4,31%
téměř denně	34	29,31%
denně	74	63,79%
Celkem	116	100%

Graf č. 14a Četnost používání tzv. "hnízda-pelíšku"



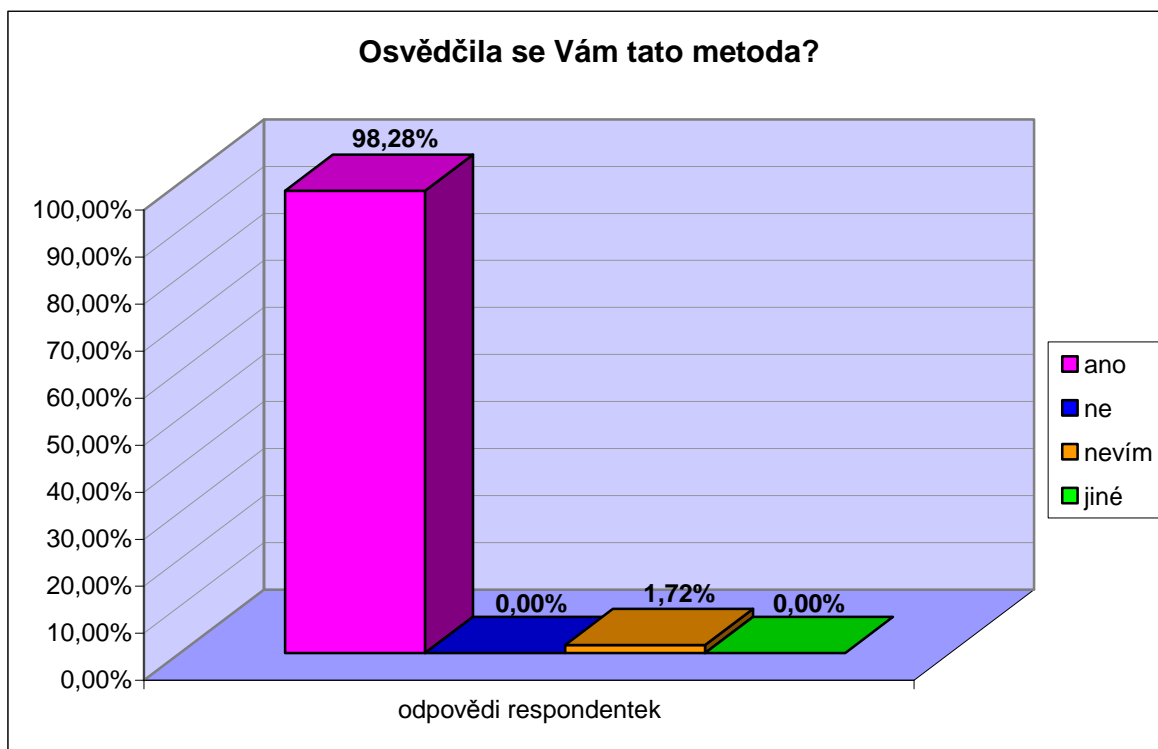
Na tuto podotázku odpovídalo 116 dotazovaných, které používají polohu hnízdo. 74 respondentek (63,79%) umísťuje novorozence do této polohy *denně*. *Téměř denně* používá tuto pomůcku 34 odpovídajících (29,31%). 5 respondentek (4,31%) označilo odpověď *několikrát do týdne* a 3 respondentky (2,59%) *několikrát do měsíce*.

Otázka č. 15: Osvědčila se Vám tato metoda?

Tabulka č. 15 Osvědčení polohy hnízdo

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	114	98,28%
ne	0	0,00%
nevím	2	1,72%
jiné	0	0,00%
Celkem	116	100%

Graf č. 15 Osvědčení polohy hnízdo



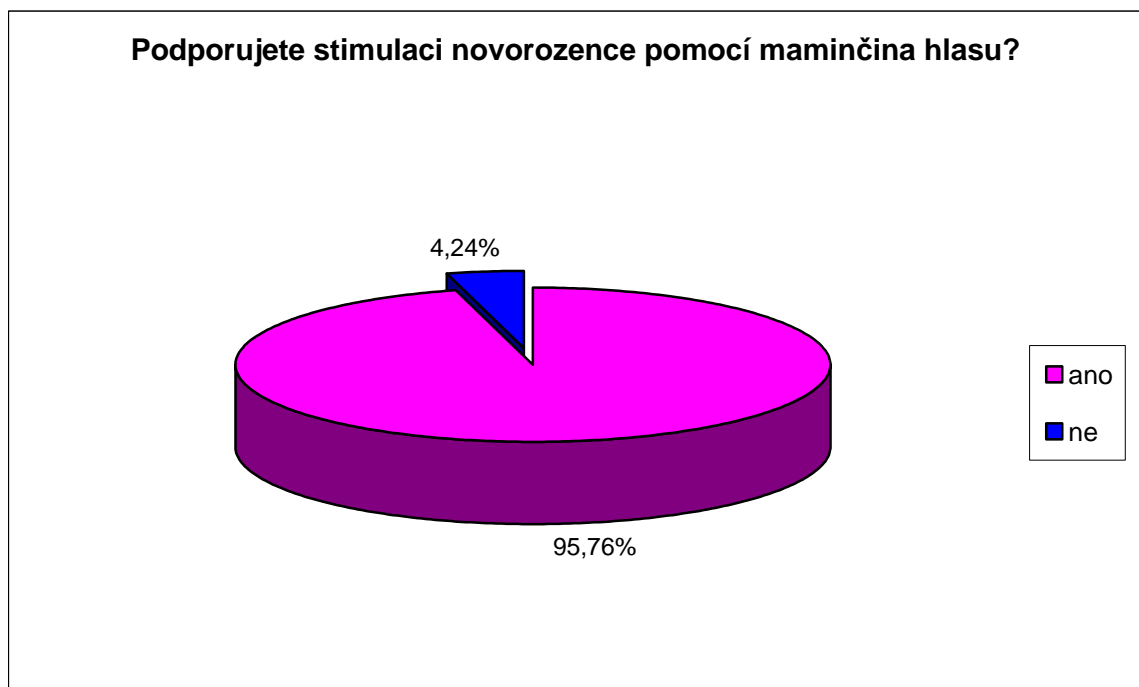
Ze 116 odpovídajících se většinou, 114 respondentkám (98,28%), *osvědčila* tato somatická stimulace. 2 respondentky (1,72%) uvedly, že *neví*, zda se jim metoda osvědčila. Žádná respondentka neuvěděla, že by se jí používání této pomůcky *neosvědčilo*.

Otázka č. 16: **Podporujete stimulaci novorozence pomocí maminčina hlasu?**

Tabulka č. 16 Podporování auditivní stimulace

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	113	95,76%
ne	5	4,24%
Celkem	118	100%

Graf č. 16 Podporování auditivní stimulace



Ze 118 dotazovaných 112 respondentek (95,76%) *podporuje* tuto auditivní stimulaci novorozence, 6 respondentek (4,24%) *ne*.

Tabulka č. 16a Četnost podporování auditivní stimulace

Odpoověď	Počet respondentek	Procenta
několikrát do měsíce	1	0,88%
několikrát do týdne	11	9,74%
téměř denně	49	43,36%
denně	52	46,02%
Celkem	113	100%

Graf č. 16a Četnost podporování auditivní stimulace



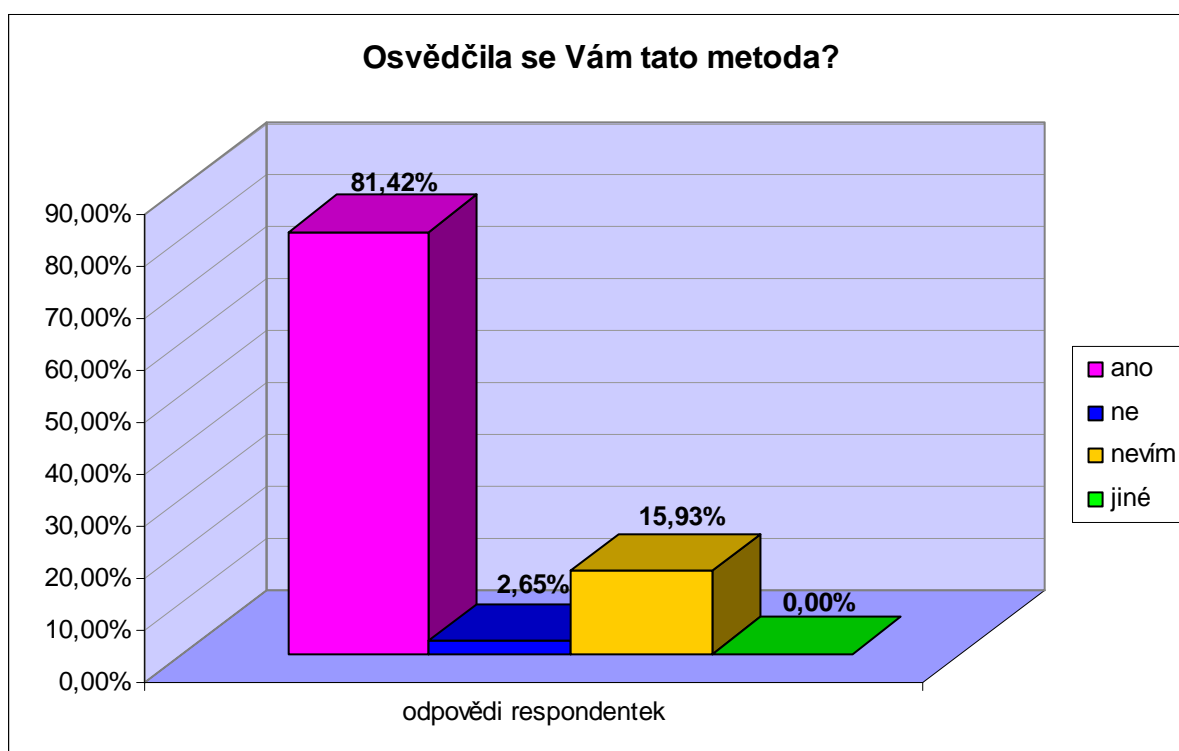
Na tuto podotázku odpovídalo 113 dotazovaných. *Denně* podporuje tuto auditivní stimulaci 52 respondentek (46,02%), *téměř denně* 49 respondentek (43,36%). 11 respondentek (9,74%) označilo odpověď *několikrát do týdne* a pouze 1 respondentka (0,88%) odpověděla *několikrát do měsíce*.

Otázka č. 17: Osvědčila se Vám tato metoda?

Tabulka č. 17 Osvědčení metody auditivní stimulace

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	92	81,42%
ne	3	2,65%
nevím	18	15,93%
jiné	0	0,00%
Celkem	113	100%

Graf č. 17 Osvědčení metody auditivní stimulace



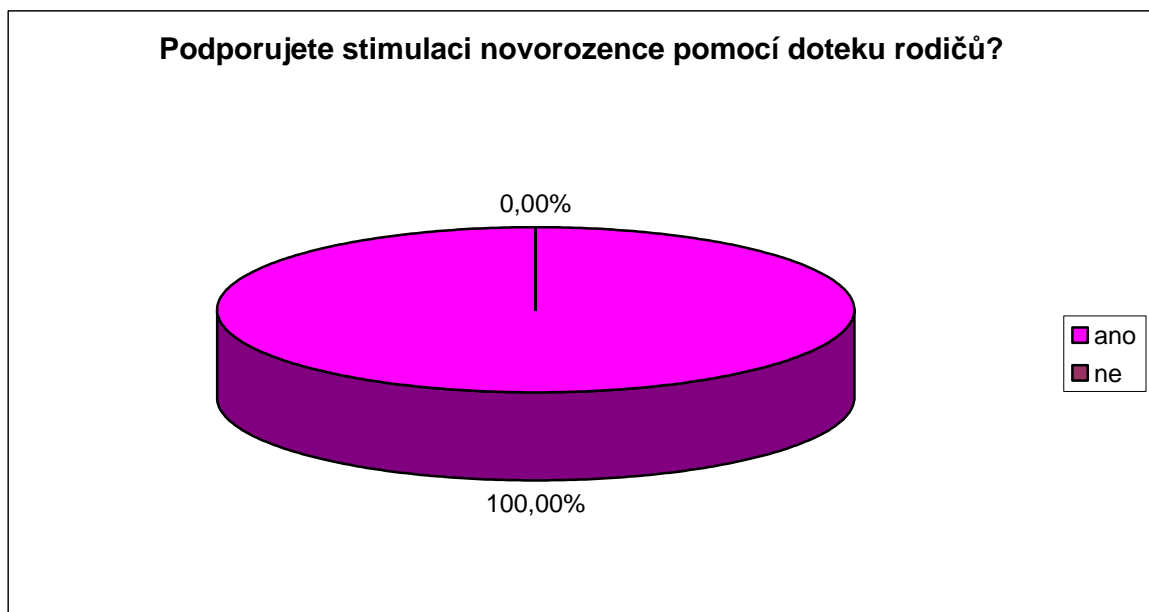
Tato forma auditivní stimulace se *osvědčila* 92 respondentkám (81,42%). 18 respondentek (15,93%) označilo odpověď *nevím*. Metoda se *neosvědčila* 3 dotazovaným (2,65%).

Otázka č. 18: **Podporujete stimulaci novorozence pomocí doteku rodičů?**

Tabulka č. 18 Podporování taktilně-haptické stimulace

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	118	100,00%
ne	0	0,00%
Celkem	118	100%

Graf č. 18 Podporování taktilně-haptické stimulace



Všech 118 respondentek (100%) *podporuje* taktilně-haptickou stimulaci pomocí doteku rodičů.

Tabulka č. 18a Četnost podporování taktilně-haptické stimulace

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
několikrát do měsíce	3	2,54%
několikrát do týdne	9	7,62%
téměř denně	53	44,92%
denně	53	44,92%
Celkem	118	10%

Graf č. 18a Četnost podporování taktilně-haptické stimulace



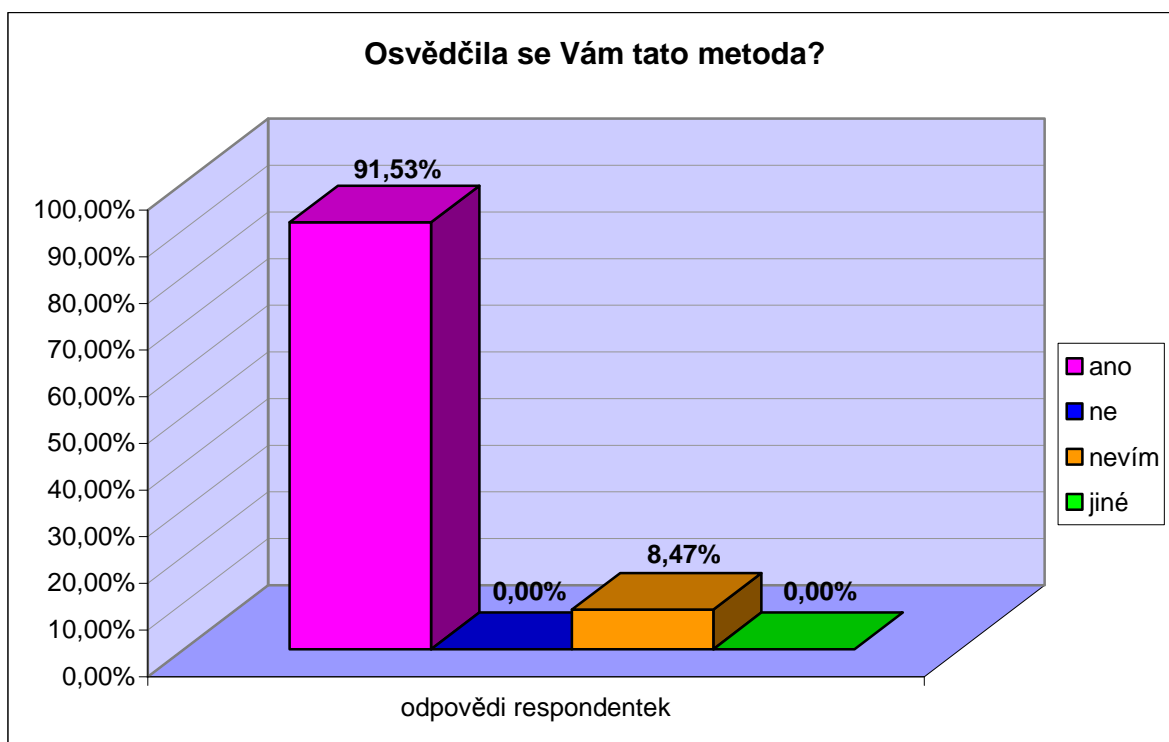
Ze 118 dotázaných 53 respondentek (44,92%) podporuje tuto stimulaci *denně* a stejný počet respondentek, 53 (44,92%), *téměř denně*. Dále 9 respondentek (7,62%) podporuje stimulaci pomocí doteku rodičů *několikrát do týdne* a zbývající 3 respondentky (2,54%) *několikrát do měsíce*.

Otázka č. 19: Osvědčila se Vám tato metoda?

Tabulka č. 19 Osvědčení metody taktilně-haptické stimulace

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	108	91,53%
ne	0	0,00%
nevím	10	8,47%
jiné	0	0,00%
Celkem	118	100%

Graf č. 19 Osvědčení metody taktilně-haptické stimulace



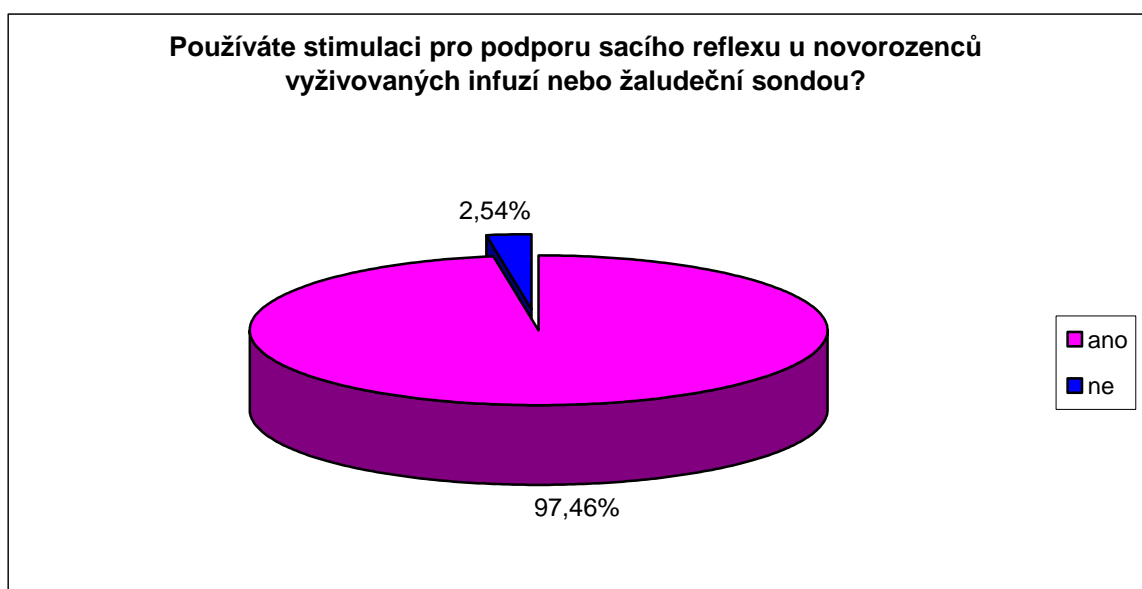
Nejčastější odpověď, že se metoda *osvědčila*, uvedlo 108 respondentek (91,53%). Dalších 10 respondentek (8,47%) *neví*, zda se jim tato forma taktilně-haptické stimulace osvědčila. Žádná respondentka neuvodla, že by se jí metoda *neosvědčila*.

Otázka č. 20: Používáte stimulaci pro podporu sacího reflexu u novorozenců vyživovaných infuzí nebo žaludeční sondou?

Tabulka č. 20 Používání orální stimulace

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	115	97,46%
ne	3	2,54%
Celkem	118	100%

Graf č. 20 Používání orální stimulace

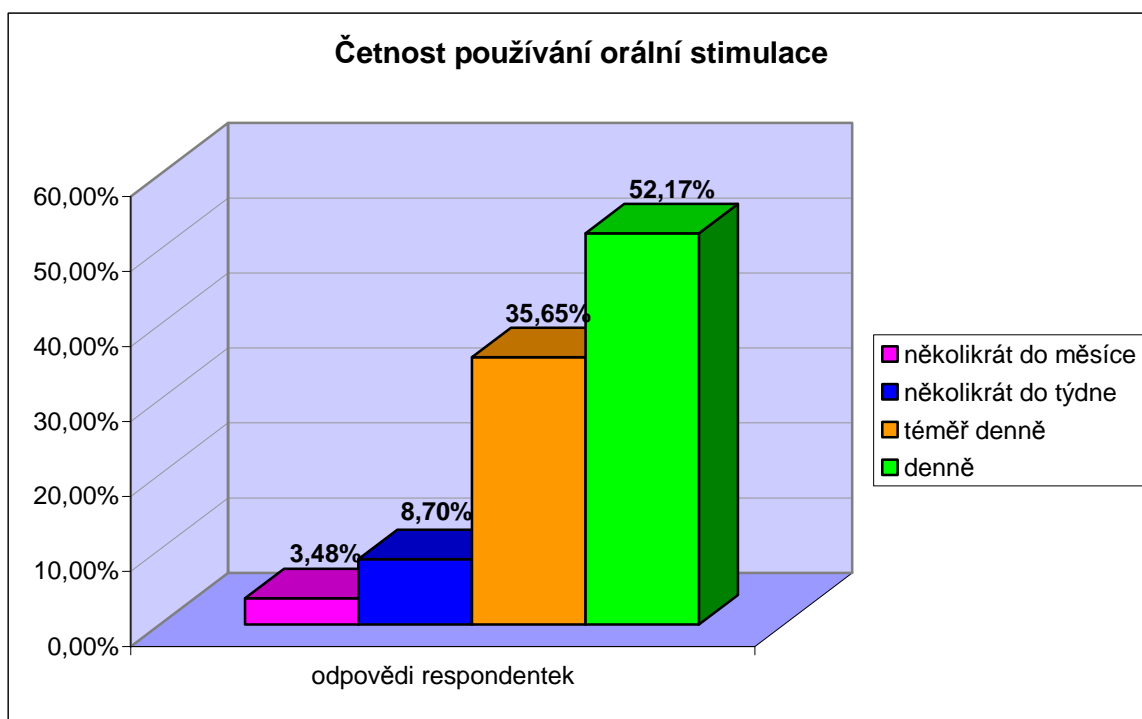


Z celkového počtu 118 dotazovaných 115 respondentek (97,46%) používá tuto metodu orální stimulace a nepoužívají ji pouze 3 respondentky (2,54%).

Tabulka č. 20a Četnost používání orální stimulace

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
několikrát do měsíce	4	3,48%
několikrát do týdne	10	8,70%
téměř denně	41	35,65%
denně	60	52,17%
Celkem	115	100%

Graf č. 20a Četnost používání orální stimulace



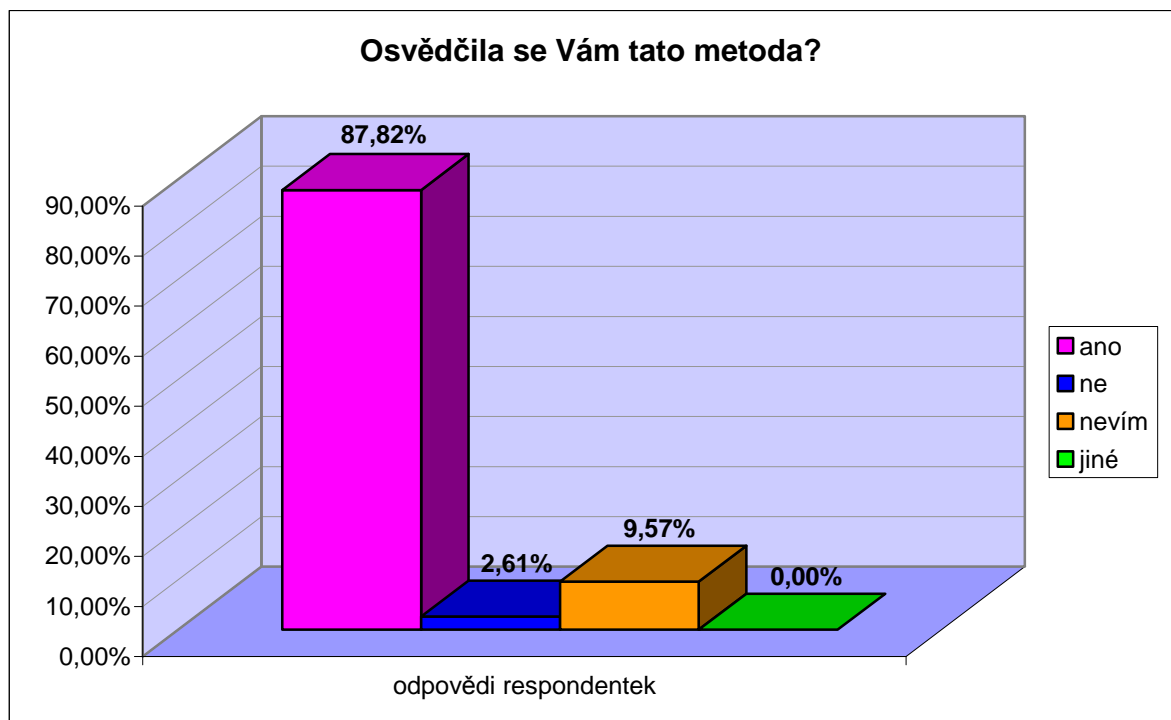
Podotázku, směřovanou na četnost používání orální stimulace, vyplňovaly pouze ty respondenty, které používají stimulaci pro podporu sacího reflexu novorozenců. Ze 115 odpovídajících 60 respondentek (52,17%) používá tuto metodu *denně*, 41 respondentek (35,65%) *téměř denně*, 10 respondentek (8,70%) *několikrát do týdne* a zbývajících 4 respondenty (3,48%) *několikrát do měsíce*.

Otázka č. 21: Osvědčila se Vám tato metoda?

Tabulka č. 21 Osvědčení metody orální stimulace

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	101	87,82%
ne	3	2,61%
nevím	11	9,57%
jiné	0	0,00%
Celkem	115	100%

Graf č. 21 Osvědčení metody orální stimulace



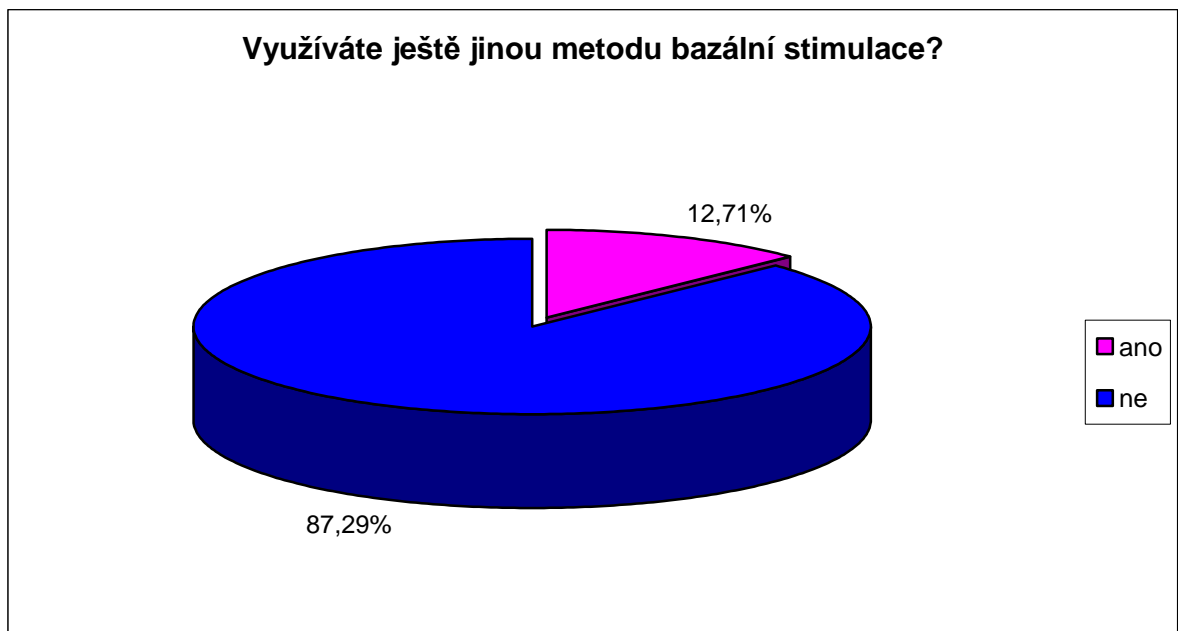
Ze 115 dotazovaných se 101 respondentkám (87,82%) tato metoda orální stimulace *osvědčila*, 3 respondentkám (2,61%) se *neosvědčila* a 11 respondentek (9,57%) označilo odpověď *nevím*.

Otázka č. 22: **Využíváte ještě jinou metodu bazální stimulace?**

Tabulka č. 22 Využívání jiné metody BS

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
ano	15	12,71%
ne	103	87,29%
Celkem	118	100%

Graf č. 22 Využívání jiné metody BS

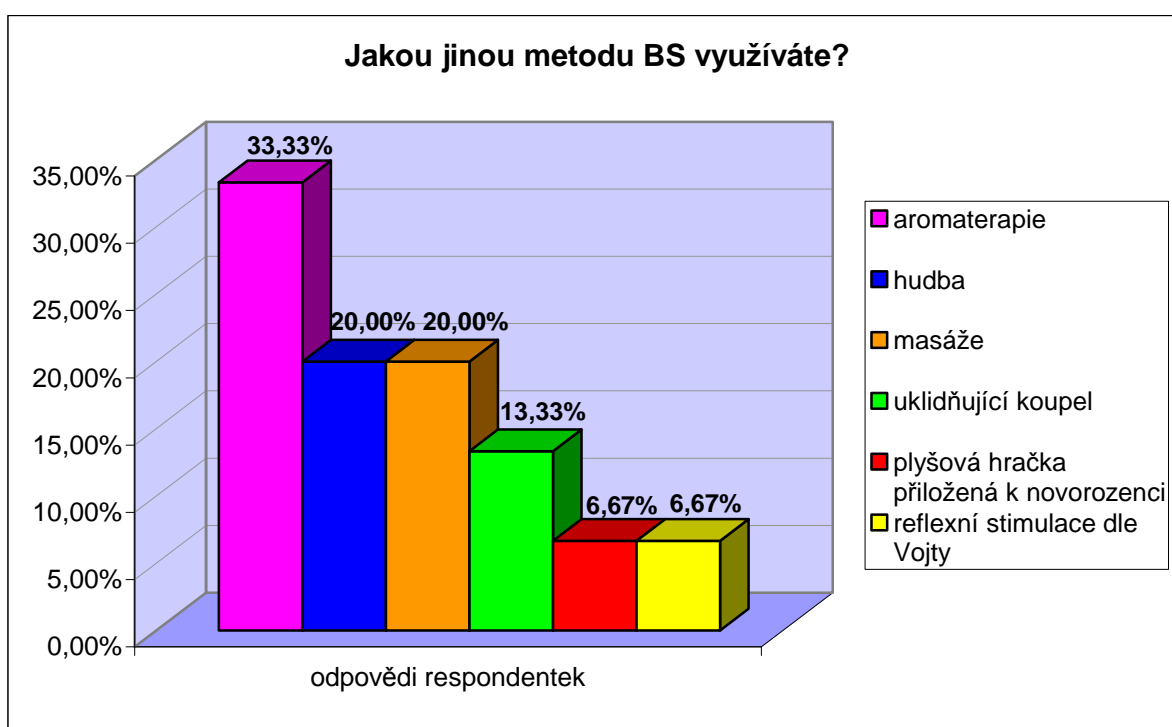


Otázka, směřovaná na to, zda dotazované používají jiné metody BS, než jsou uvedeny v dotazníku, ukázala, že 15 respondentek (12,71%) *používá* ještě jinou metodu BS a 103 respondentek (87,29%) *nepoužívá* jinou metodu BS než je uvedena v dotazníku.

Tabulka č. 22a Typ využívané metody, která není uvedena v dotazníku

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
aromaterapie	5	33,33%
hudba	3	20,00%
masáže	3	20,00%
uklidňující koupel	2	13,33%
plyšová hračka přiložená k novorozenci	1	6,67%
reflexní stimulace dle Vojty	1	6,67%
Celkem	15	100%

Graf č. 22a Typ využívané metody, která není uvedena v dotazníku



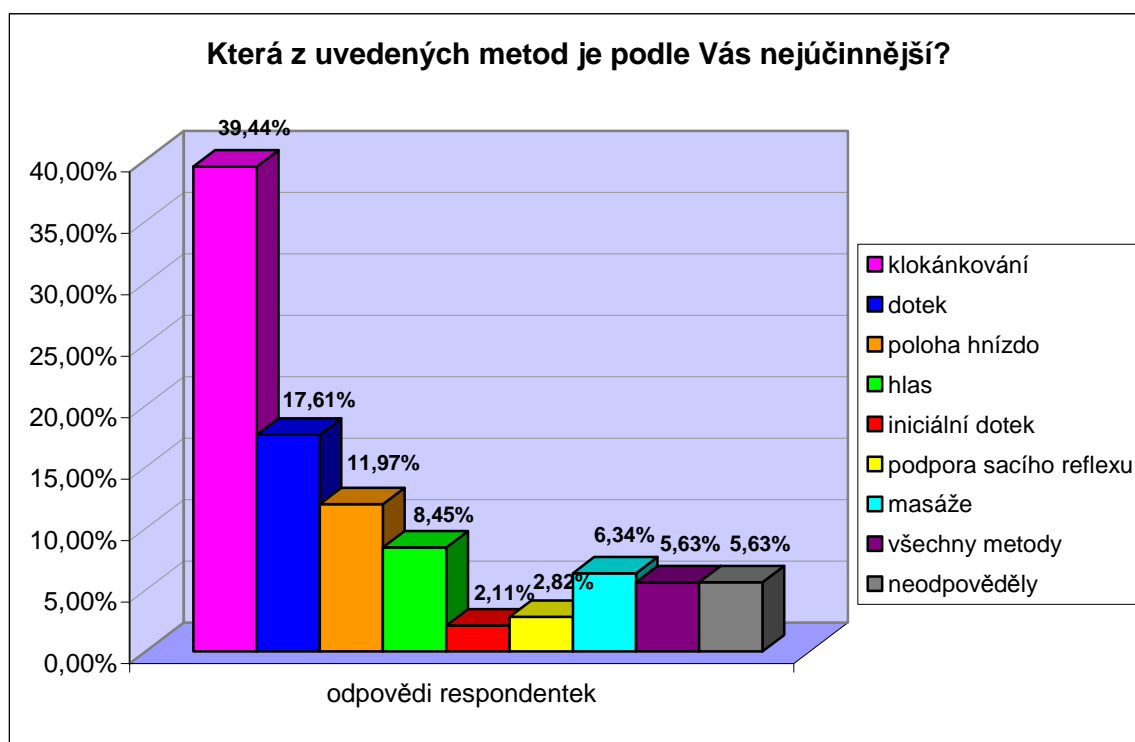
Ke zjištění metody BS, které respondentky používají, jsem zvolila otevřenou podotázku, kde respondentky měly napsat určitou metodu BS, kterou využívají. Odpovědi jsem rozdělila do 6 skupin. 5 respondentek (33,33%) používá *aromaterapii*, což je forma olfaktorické stimulace. 3 respondentky (20%) využívají ke stimulaci *hudbu*, další 3 respondentky (20%) dělají novorozenci *masáže*, 2 respondentky (13,33%) provádí *uklidňující koupel*. 1 respondentka (6,67%) uvedla, že přikládá k novorozenci *plyšovou hračku* a 1 respondentka (6,67%) provádí *reflexní stimulaci dle Vojty*.

Otázka č. 23: Která z uvedených metod je podle Vás neúčinnější?

Tabulka č. 23 Neúčinnější metoda dle respondentek

Odpověď	Počet odpovědí	Procenta
klokánkování	56	39,44%
dotek	25	17,61%
poloha hnízdo	17	11,97%
hlas	12	8,45%
iniciální dotek	3	2,11%
podpora sacího reflexu	4	2,82%
masáže	9	6,34%
všechny metody	8	5,63%
neodpověděly	8	5,63%
Celkem	142	100%

Graf č. 23 Neúčinnější metoda dle respondentek



V otevřené otázce č. 23 měly respondentky možnost uvést více odpovědí. Nejčastěji bylo uvedeno *klokánkování*, napsalo jej 56 respondentek (39,44%). Dále 25 dotazovaných (17,61%) uvedlo *dotek*, jako neúčinnější metodu BS. 17. respondentkám (11,97%) se jeví jako neúčinnější *poloha hnízdo*, 12. respondentkám (8,45%) se osvědčila nejvíce auditivní

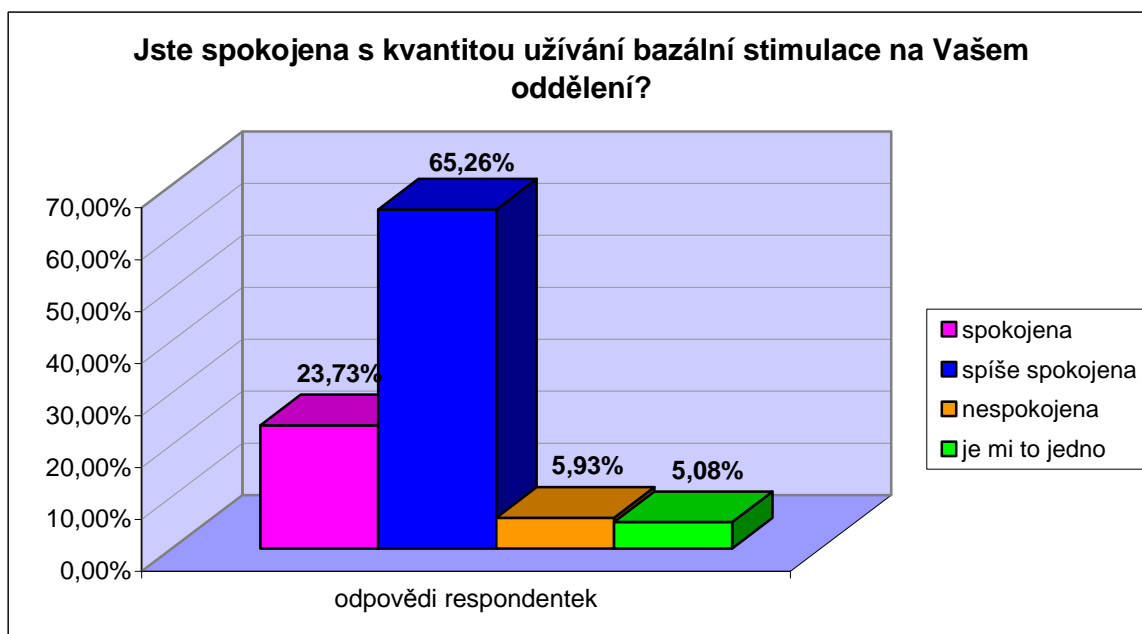
stimulace pomocí *hlasu*. *Iniciální dotek* uvedly 3 respondentky (2,11%), *masáže* napsalo 9 respondentek (6,34%). Orální stimulaci *pro podporu sacího reflexu* novorozenců uvedly 4 respondentky (2,82%). 8 odpovídajících (5,63%) uvedlo, že jsou *všechny* metody BS účinné stejně a 8 respondentek (5,63%) *neodpovědělo*.

Otázka č. 24: **Jste spokojena s kvantitou užívání bazální stimulace na Vašem oddělení?**

Tabulka č. 24 Spokojenost s kvantitou užívání BS

Odpověď	Počet odpovědí	Procenta
spokojena	28	23,73%
spíše spokojena	77	65,26%
nespokojena	7	5,93%
je mi to jedno	6	5,08%
Celkem	118	100%

Graf č. 24 Spokojenost s kvantitou užívání BS



Z celkového počtu 118 odpovídajících je 28 respondentek (23,73%) *spokojeno* s kvantitou užívání BS na jejich oddělení a 77 respondentek (65,26%) uvedlo, že je *spíše spokojeno*. 7 respondentek (5,93%) je *nespokojeno* s kvantitou užívání BS. U možnosti *nespokojeno* měly respondentky napsat vlastními slovy, z jakého důvodu jsou nespokojeny. Ze 7 respondentek pouze 2 dotázané uvedly odpověď. 1. respondentka uvedla jako důvod *omezení kontaktu matky s dítětem vzhledem k prostorovým možnostem*. 2. respondentka napsala, že *chybí proškolení personálu*. Zbývajících 6 respondentek (5,08%) uvedlo, že *jim je jedno*, jestli je dostatečná kvantita využívání BS na jejich oddělení.

5.2.2 Zpracování výzkumu pro ověření hypotéz

Tabulka č. 25 Využívání metod BS na IMPn

IMPn

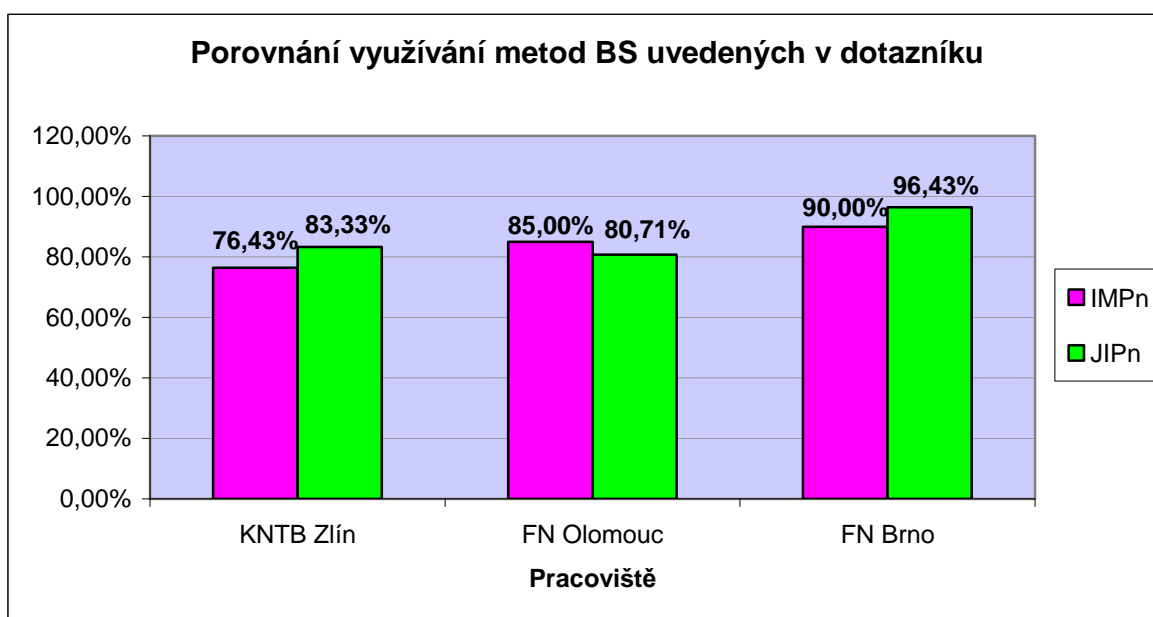
Pracoviště	Počet respondentek	Počet hodnocených metod BS	100%	Součet kladných odpovědí na používání metod BS	Využívání metod BS v %
KNTB Zlín	20	7	140	107	76,43%
FN Olomouc	20	7	140	119	85,00%
FN Brno	20	7	140	126	90,00%

Tabulka č. 25a Využívání metod BS na JIPn

JIPn

Pracoviště	Počet respondentek	Počet hodnocených metod BS	100%	Součet kladných odpovědí na používání metod BS	Využívání metod BS v %
KNTB Zlín	18	7	126	105	83,33%
FN Olomouc	20	7	140	113	80,71%
FN Brno	20	7	140	135	96,43%

Graf č. 25 Porovnání využívání metod BS uvedených v dotazníku

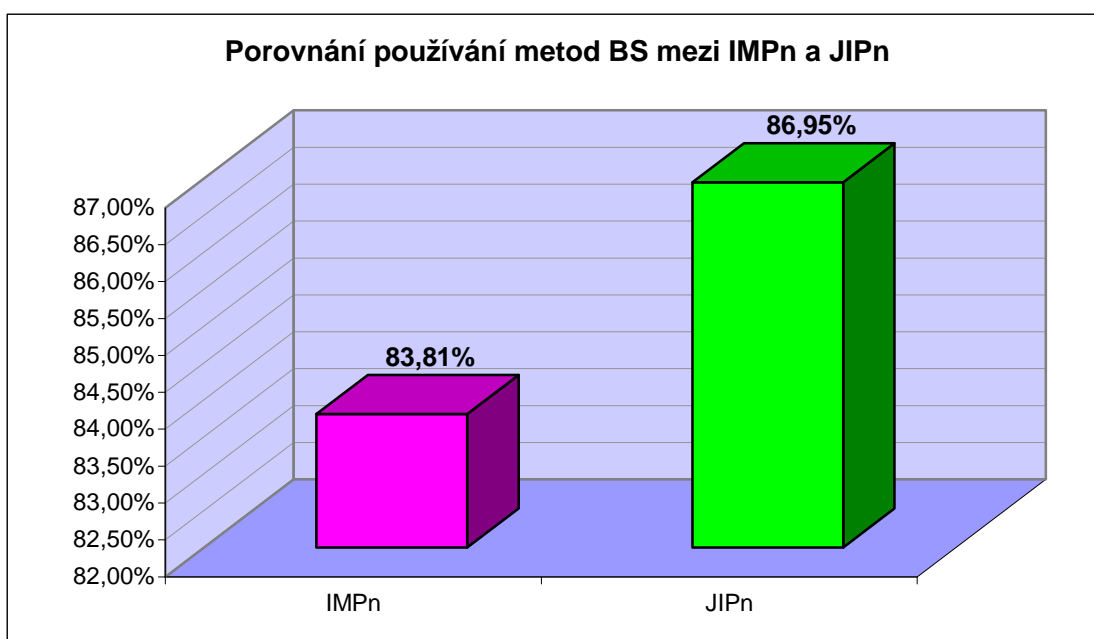


Tento graf jsem použila pro porovnání používání metod BS, které jsou uvedeny v dotazníku, na jednotlivých pracovištích. Vypočítala jsem na jednotlivých pracovištích procentuální využívání 7 metod, které jsem uvedla v dotazníku. Na každém oddělení odpovídalo 20 respondentek, kromě JIPn v KNTB ve Zlíně, kde odpovídalo pouze 18 respondentek. V KNTB ve Zlíně na oddělení IMPn bylo z možných 140 odpovědí označeno kladně 107, takže jsou na tomto oddělení metody BS využívány na 76,43%. V téže nemocnici, ale na oddělení JIPn respondentky odpověděly 105x, že používají nějakou metodu BS. Zde jsou využívány metody BS na 83,33%. Ve FN v Olomouci na IMPn bylo celkem 119 odpovědí od respondentek používající některou z metod BS, metody jsou tedy využívány na 85%. Dále ve stejné nemocnici na oddělení JIPn bylo kladných odpovědí 113, což znamená, že zde jsou metody BS využívány na 80,71%. Ve FN v Brně na IMPn dotázané odpověděly kladně 126x, na tomto oddělení jsou využívány metody BS na 90%. V totožné nemocnici na oddělení JIPn jsou využívány metody BS na 96,43%, zde odpovědělo 135 respondentek, že používají některou z uvedených metod BS.

Tabulka č. 26 Porovnání používání metod BS mezi JIPn a IMPn

Pracoviště	Počet respondentek	Počet hodnocených metod	100%	Součet kladných odpovědí na používání metod BS	Využívání metod BS v %
IMPn	60	7	420	352	83,81%
JIPn	58	7	406	353	86,95%

Graf č. 26 Porovnání používání metod BS mezi JIPn a IMPn



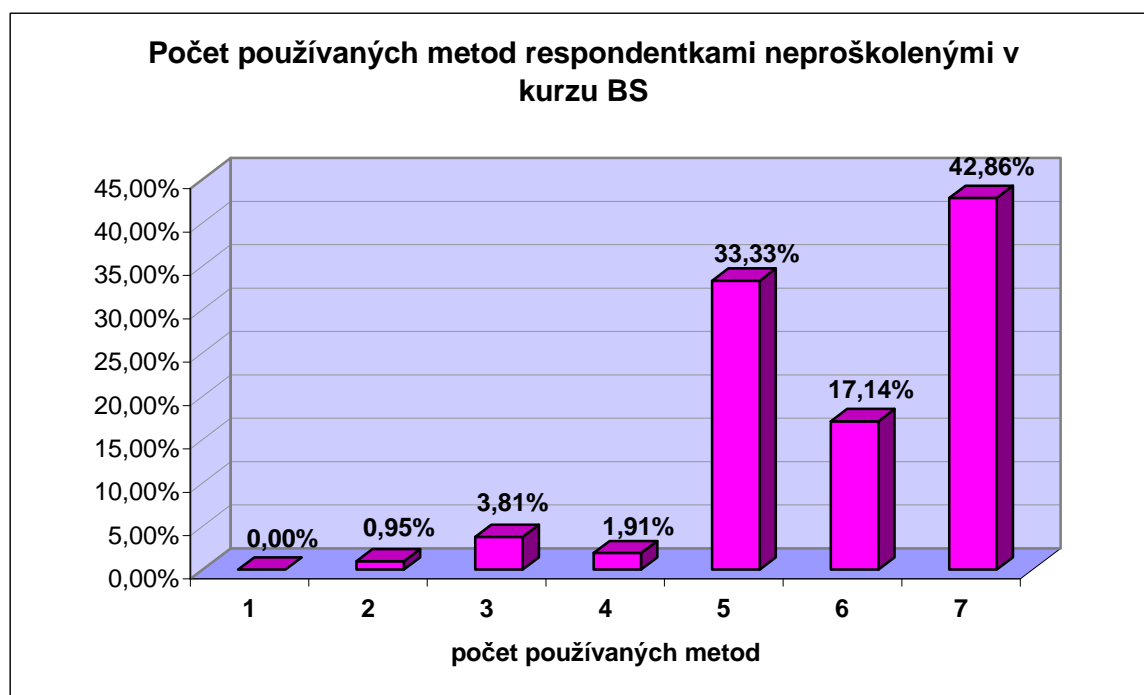
Tento graf jsem použila pro ověření hypotézy 4.1: „Domnívám se, že více metod BS bude používáno na oddělení JIPn, a to více než 20% oproti IMPn.“ Z oddělení IMPn celkem odpovídalo 60 respondentek, hodnocených metod BS je 7, z možných 420 kladných odpovědí na používání metod BS bylo zde zodpovězeno kladně 352. Na oddělení IMPn jsou tedy metody BS využívány na 83,81%. Z oddělení JIPn celkem dotazník vyplnilo 58 respondentek, hodnocených metod je 7 a z možných 406 kladných odpovědí na používání metod BS bylo zde zodpovězeno kladně 353. Takže na oddělení JIPn jsou využívány metody BS na 86,95%. Více metod BS používá oddělení JIPn oproti IMPn, ale pouze o 3,14%. Hypotéza 4.1 se nepotvrdila.

Tabulka č. 27 Počet používaných metod respondentkami neproškolenými v kurzu

BS

Počet používaných metod	Počet respondentek	Procenta
1	0	0,00%
2	1	0,95%
3	4	3,81%
4	2	1,91%
5	35	33,33%
6	18	17,14%
7	45	42,86%
Celkem	105	100,00%

Graf č. 27 Počet používaných metod respondentkami neproškolenými v kurzu BS



K ověření hypotézy 2.3: „*Domnívám se, že více než 50% neproškolených respondentek bude používat 2 a více metod BS.*“ jsem aplikovala graf č. 27. Celkem dotazník vyplňovalo 105 neproškolených respondentek. Pouze jednu metodu BS, ze 7 metod uvedených v dotazníku, nezaznačila ani jedna respondentka (0%). 2 metody z nabízených metod BS používá jen 1 respondentka (0,95%), 3 metody BS využívají 4 respondentky (3,81%), 4 metody BS používají 2 dotazované (1,91%), 5 metod BS aplikuje do ošetrovatelské péče

35 respondentek (33,33%), 6 metod BS používá 18 odpovídajících a všech 7 metod BS, uvedených v dotazníku, používá ve své praxi 45 respondentek (42,86%). Z grafu je zřejmé, že 100% neproškolených respondentek používá 2 a více metod BS. Hypotéza 2.3 se potvrdila.

6 VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Cíl 1: Zjistit míru informovanosti o bazální stimulaci u respondentek.

- ***Hypotéza 1.1: Domnívám se, že více než 80% respondentek bude umět vysvětlit pojem BS.***

K ověření této hypotézy směřuje otázka č. 5 a otevřená podotázka č. 5a. Z celkového počtu 118 dotazovaných uvedlo 117 respondentek (99,15%) v 5. otázce, že znají pojem bazální stimulace, 1 respondentka (0,85%) odpověděla, že neví, co je BS. K ověření znalosti pojmu bazální stimulace sloužila otevřená podotázka č. 5a, kde měly respondentky stručně vysvětlit pojem BS. V této podotázce bohužel ze 117 dotazovaných neodpovědělo 61 respondentek (52,14%), zbývajících 56 respondentek (47,86%) mělo představu o tom, co znamená pojem bazální stimulace.

Hypotéza 1.1 se nepotvrdila.

- ***Hypotéza 1.2: Domnívám se, že méně než 40% respondentek bude proškoleny v základním kurzu BS.***

Tuto hypotézu si ověřuji v otázce č. 7. Ze 118 respondentek je proškoleny v kurzu BS pouze 13 odpovídajících (11,02%), 105 dotazovaných (88,98%) není proškoleny v kurzu BS.

Hypotéza 1.2 se potvrdila.

- ***Hypotéza 1.3: Domnívám se, že více než 70% neproškolených respondentek jako důvod neabsolvování kurzu BS uvede – neinformovanost o možnosti kurzu.***

K ověření hypotézy slouží polouzavřená podotázka č. 7. Na tuto podotázku odpovídalo 105 dotazovaných. Jako důvod neabsolvování kurzu BS, neinformovanost o možnosti kurzu, uvedlo 52 respondentek (49,52%). Nezájem uvedly jako důvod 4 respondentky (3,81%). Vysokou cenu kurzu označilo 29 odpovídajících (27,62%) a nedostatek času uvedlo 20 respondentek (19,05%). Možnost jiné neoznačila žádná respondentka.

Hypotéza 1.3 se nepotvrdila.

Cíl 2: Zjistit četnost používání metod BS v péči o nedonošené novorozence.

- ***Hypotéza 2.1: Domnívám se, že každou metodu BS uvedenou v dotazníku bude používat více než 40% respondentek.***

Pro ověření této hypotézy slouží otázky č. 9, č. 10, č. 12, č. 14, č. 16, č. 18 a č. 20. V otázce č. 9 odpovědělo 71 respondentek (60,17%), že využívá tzv. iniciální dotek. V otázce č. 10 uvedlo 71 odpovídajících (60,17%), stejně jako u předešlé otázky, že vede rodiče, aby používaly tzv. iniciální dotek u svého dítěte. Z otázky č. 12 vyplynulo, že metodu klokánkování používá ve své praxi 102 respondentek (86,44%). V otázce č. 14 uvedlo 116 dotazovaných (98,31%), že používá tzv. hnízdo – pelíšek. V otázce č. 16 odpovědělo 113 respondentek (95,76%), že podporuje stimulaci novorozence pomocí maminčina hlasu. Všechny respondentky, 118 (100%), podporují stimulaci novorozence pomocí doteku rodičů, což jsem zjišťovala v otázce č. 18. V otázce č. 20 uvedlo 115 respondentek (97,46%), že stimuluje sací reflex u novorozenců vyživovaných infuzí nebo žaludeční sondou. Každou z těchto 7 metod využívá více než 40% dotazovaných.

Hypotéza 2.1 se potvrdila.

- ***Hypotéza 2.2: Domnívám se, že každá metoda BS uvedena v dotazníku bude používána u více než 50% respondentek téměř denně.***

K ověření hypotézy směřují podotázky č. 12a, č. 14a, č. 16a, č. 18a, č. 20a. V podotázce č. 12a, ze 102 respondentek, používající metodu klokánkování, uvedlo 27 odpovídajících (26,47%), že tuto metodu BS používají téměř denně. U podotázky č. 14a uvedlo, ze 116 odpovídajících, 34 respondentek (29,31%), že tzv. “hnízdo – pelíšek“ používají téměř denně. V podotázce č. 16a odpovědělo ze 113 dotazovaných 49 respondentek (43,36%), že podporují stimulaci novorozence pomocí maminčin hlasu téměř denně. Ze 118 dotázaných odpovědělo, v podotázce č. 18a, 53 respondentek (44,92%), že téměř denně podporují stimulaci novorozence pomocí doteku rodičů. V podotázce č. 20a ze 115 odpovídajících uvedlo 41 respondentek (35,65%), že téměř denně stimuluji sací reflexy u novorozenců vyživovaných infuzí nebo žaludeční sondou. Ani jednu metodu BS, uvedenou v dotazníku, nepoužívá více než 50% respondentek téměř denně.

Hypotéza 2.2 se nepotvrdila.

- **Hypotéza 2.3: Domnívám se, že více než 50% neproškolených respondentek bude používat 2 a více metod BS.**

K ověření této hypotézy slouží graf č. 27. Znárodnuje počet používaných metod, ze 7 uvedených v dotazníku, neproškolenými respondentkami v kurzu BS. Celkem dotazník vyplňovalo 105 neproškolených respondentek. Pouze jednu metodu BS, ze 7 metod uvedených v dotazníku, nezaznačila ani jedna respondentka (0%). 2 metody z nabízených metod BS používá jen 1 respondentka (0,95%), 3 metody BS využívají 4 respondentky (3,81%), 4 metody BS používají 2 dotazované (1,91%), 5 metod BS aplikuje do ošetřovatelské péče 35 respondentek (33,33%), 6 metod BS používá 18 odpovídajících a všech 7 metod BS, uvedených v dotazníku, používá ve své praxi 45 respondentek (42,86%). Z grafu je zřejmé, že 100% neproškolených respondentek používá 2 a více metod BS.

Hypotéza 2.3 se potvrdila.

Cíl 3: Zjistit spokojenost respondentek s používáním metod BS.

- **Hypotéza 3.1: Domnívám se, že u více než 3 metod BS bude uvedeno, že se více než 80% respondentkám metoda osvědčila.**

Tuto hypotézu si ověřuji v otázkách č. 11, č. 13, č. 15, č. 17, č. 19, č. 21. V otázce č. 11 zjišťuji, jak se respondentkám osvědčil tzv. iniciální dotek. Ze 71 odpovídajících, které iniciální dotek používají, odpovědělo 61 respondentek (85,92%), že se jim používání iniciálního doteku osvědčilo. V otázce č. 13 uvedlo 90 respondentek (88,24%), ze 102 odpovídajících, že se jim metoda BS (klokánkování) osvědčila. Z otázky č. 15 vyplynulo, že se 114 respondentkám (98,28%), ze 116 odpovídajících, osvědčilo používat tzv. hnízdo - pelíšek, který ohraničuje tělo novorozence jako předtím děloha. Z otázky č. 17 zjišťuji, že ze 113 dotazovaných se 92 respondentkám (81,42%) osvědčila podpora stimulace novorozence pomocí hlasu rodičů. V otázce č. 19 uvedlo 108 respondentek (91,53%), ze 118 odpovídajících, že se jim osvědčilo podporovat rodiče ke stimulaci novorozence pomocí jejich doteků. Stimulace sacího reflexu, což zjišťuji z otázky č. 21, se osvědčila 101 respondentkám (87,82%) ze 115 odpovídajících. U každé metody BS je uvedeno, že se osvědčila více než 80% respondentkám.

Hypotéza 3.1 se potvrdila.

- **Hypotéza 3.2:** *Domnívám se, že více než 60% respondentek bude spíše spokojeno s kvantitou používání metod BS.*

K ověření této hypotézy směřuje otázka č. 24. Z této otázky vyplynulo, že 28 respondentek (23,73%) je spokojeno s kvantitou používání metod BS. 77 odpovídajících (65,26%) je spíše spokojeno s využíváním metod BS na jejich oddělení. 7 respondentek (5,93%) uvedlo, že je nespokojeno s četností používání metod BS. Zbývajících 6 respondentek (5,08%) uvedlo, že je jim jedno, jestli je dostatečná kvantita využívání metod BS na jejich oddělení.

Hypotéza 3.2 se potvrdila.

Cíl 4: Srovnat míru používání metod BS mezi jednotlivými odděleními.

- **Hypotéza 4.1:** *Domnívám se, že více metod BS bude používáno na oddělení JIPn, a to více než 20% oproti IMPn.*

Hypotézu 4.1 ověřuji v grafu č. 26. Znázorňuje porovnání používání metod BS mezi odděleními JIPn a IMPn. Z grafu vyplývá, že na oddělení IMPn jsou metody BS využívány na 83,81% a na oddělení JIPn jsou metody BS využívány na 86,95%. Více metod BS používá oddělení JIPn oproti IMPn, ale pouze o 3,14%.

Hypotéza 4.1 se nepotvrdila.

ZÁVĚR

„*Novorozenec není slepý, je jen oslepován. Není hluchý, je jen ohlušován.*“

Frederick Leboyer

Bohužel, narození dítěte nemusí být vždy radostným zážitkem. Nejčastějším smutným případem je narození nedonošeného novorozence. Je to velký šok pro dítě i pro rodiče, kteří očekávali krásné a zdravé dítě, přesně takové, jaké vidí každý den na ulici, v televizi, časopisech...

Koncept bazální stimulace pomáhá předčasně narozeným novorozencům fyziologicky se vyvíjet a jejich rodičům se aktivně zapojit do péče. Pomocí konceptu můžeme novorozenci zajistit podobný komfort, jaký měl v děloze a poskytovat mu kvalitní podněty, které respektují jeho vývojové stupně schopnosti vnímání. Díky konceptu bazální stimulace lze usnadnit novorozenci tento nelehký a předčasný vstup do života.

Cílem bakalářské práce bylo přiblížit koncept bazální stimulace, zjistit informovanost o konceptu a jeho využívání v ošetrovatelské péči o nedonošené novorozence. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části jsem se zabývala obecně konceptem bazální stimulace, jeho původem i současností a jednotlivými prvky, ze kterých koncept vychází. V teoretické části ještě seznamuji s charakteristikou nedonošeného novorozence a s technikami konceptu bazální stimulace, které lze využít u předčasně narozených novorozenců.

V praktické části jsem v rámci průzkumu zpracovala informace získané z dotazníkového šetření, které jsem uskutečnila na oddělení IMPn a JIPn. Výzkum jsem zpracovala a znázornila pomocí tabulek a grafů. Výsledky jsou uvedeny v procentech. K přehlednému znázornění výsledků výzkumu jsem použila grafy výsečové, sloupcové a srovnávací.

Hlavním cílem průzkumu bylo zjistit informovanost porodních asistentek o konceptu bazální stimulace, četnost používání jednotlivých technik a spokojenost s užíváním těchto technik. Bohužel, i když se má práce jmenuje *Bazální stimulace v praxi porodní asistentky*, až při zpracovávání dotazníkového šetření, jsem zjistila, že největší zastoupení na odděleních IMPn a JIPn mají dětské sestry, a to přibližně 71%.

Z průzkumu vyplynulo, že pouze 13 respondentek absolvovalo kurz BS, zbývajících 105 respondentek nikoli. Nejčastějším důvodem neabsolvování kurzu byla uvedena neinformovanost o možnosti kurzu. Druhou nejčastější odpovědí byla vysoká cena kurzu. Problém vidím v nedostatečné osvětě o konceptu jak ve škole, tak i v práci nebo v médiích. I když z průzkumu vyplynulo, že většina respondentek se o konceptu dozvěděla ve škole nebo v práci, tak si myslím, že to bylo setkání s BS pouze povrchní, jelikož většina respondentek neměla ani ponětí o možnosti kurzu BS. Další problém je ve financování kurzu BS. Jelikož není koncept zaveden do ošetrovatelského procesu, na pracovištích, kde jsem prováděla průzkum, není finančně podporován středním ani vyšším managementem nemocnice. A proto absolvování kurzu BS záleží pouze na rozhodnutí porodní asistentky, dětské či všeobecné sestry. Na druhou stranu je překvapivé, že i když respondentky nejsou proškoleny v kurzu BS, používají v hojném počtu jednotlivé metody BS. Ale také se zde nabízí otázka, zda jsou používané metody kvalitně a účinně prováděny.

K jasnějšímu znázornění jsem uvedla do příloh fotografie, které zobrazují některé z popisovaných metod BS. Fotografie jsou pořízeny na základě kladně vyřízené Žádosti o umožnění přístupu k informacím. Metody BS jsem nafotila na oddělení IMPn a JIPn v KNTB ve Zlíně.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**Monografické publikace:**

- [1] BOREK IVO a kol., *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Brno: Idvpz, 2001. 327 str. ISBN 80-7013-338-4.
- [2] ČECH EVŽEN et al., *Porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada, 2006. 544 str. ISBN 80-247-1313-9.
- [3] DOKOUPILOVÁ MILENA, FIŠÁRKOVÁ BARBORA, NOVOTNÁ LENKA a kol., *Narodilo se předčasně*. Praha: Portál, 2009. 315 str. ISBN 978-80-7367-552-3.
- [4] DORT JIŘÍ A SPOLUPRACOVNÍCI., *Vybrané kapitoly pro studenty LF, Neonatologie*. Praha: Karolinum, 2004. 101 str. ISBN 80-246-0790-5.
- [5] FENDRYCHOVÁ JAROSLAVA, *Hodnotící metody v neonatologii*. Brno: NCO NZO, 2004. 87 str. ISBN 57-859-04.
- [6] FENDRYCHOVÁ JAROSLAVA, IVO BOREK a kol. autorů, *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: NCO NZO, 2007. 403 str. ISBN 978-80-7013-447-4.
- [7] FRIEDLOVÁ KAROLÍNA, *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I*. 2. vydání. Institut Bazální stimulace, 2006. 50 str. ISBN 80-239-632-2.
- [8] FRIEDLOVÁ KAROLÍNA, *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Grada Publishing, 2007. 168 str. ISBN 978-80-247-1314-4.
- [9] JOBÁNKOVÁ MARTA, *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Idvpz, 2000. 203 str. ISBN 80-7013-288-4.
- [10] KLUGEROVÁ JARMILA, PRÁZOVÁ IRENA, VACÍNOVÁ TEREZA, *Jak vypracovat bakalářskou, rigorózní a disertační práci*. Praha: Univerzita Jana Ámose Komenského, 2009. 52 str. ISBN 978-80-86723-72-3.
- [11] LEIFER GLORIA, *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2004. 952 str. ISBN 80-247-0668-7.
- [12] MAREK VLASTIMIL, *Nová doba porodní*. Eminent, 2002. 260 str. ISBN 80-7281-090-1.
- [13] MASTILIAKOVÁ DAGMAR, *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Idvpz, 1999. 164 str. ISBN 80-7013-277-9.

- [14] MUSIL JIŘÍ, *Vývojová psychologie I*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2006. 70 str. ISBN 80-7318-361-7.
- [15] MYDLIL VÁCLAV, VOCEL JIŘÍ a kol., *Praktická neonatologie*. Praha: Avicentrum, 1982. 253 str. ISBN 08-072-82.
- [16] SKORUNKOVÁ RADKA, *Úvod do vývojové psychologie*. Gaudeamus, 2007. 69 str. ISBN 978-80-704-956-4.

Příspěvek ze sborníku:

- [17] CHOVANCOVÁ DARINA et al, Skúsenosti s bazálnou stimuláciou v neonotalogii. In *Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o., 2009. 23-28 str. ISBN 978-80-254-5815-0.

Seriálové publikace:

- [18] ČERVENKOVÁ DANA, Baby Bobath-neurovývojová terapie u kojenců. *Sestra*, 2006b, č. 12, str. 47. ISSN 1210-0404.
- [19] ČERVENKOVÁ DANA, Seznámení s Bobath konceptem. *Sestra*, 2006a, č. 12, str. 46. ISSN 1210-0404.
- [20] FENDRYCHOVÁ JAROSLAVA, Kinestetika v ošetrování novorozenců. *Pediatric pro praxi*, 2007, č. 3, str. 188-189. ISSN 1213-0494.
- [21] FORETKOVÁ IVANA, Specializovaná péče v dětském domově pro děti do tří let. *Sestra*, 2007, č. 7-8, str. 40-41. ISSN 1210-0404.
- [22] FRIEDLOVÁ KAROLÍNA, Dynamika ošetrovatelství-Bazální stimulace. *Sestra*, 2005, č. 11, str. 30.
- [23] FRIEDLOVÁ KAROLÍNA, Supervize týmů poskytujících péči v konceptu bazální stimulace. *Sestra*, 2008, č. 9, str. 15-16. ISSN 1210-0404.
- [24] KUČOVÁ JANA, HAVRÁNKOVÁ JARMILA, Bazální stimulace v novorozeneckém věku. *Sestra*, 2004, č. 11, str. 66-67. ISSN 1210-0404.

- [25] LHOTSKÁ LENA, ZÁDRAPOVÁ MONIKA, Bazální stimulace u dětí. *Sestra*, 2007, č. 1, str. 51. ISSN 1210-0404.
- [26] MECHOVÁ IRENA, MAJKUSOVÁ KAMILA, Bazální stimulace na JIP. *Sestra*, 2006, č. 12, str. 30-31. ISSN 1210-0404.
- [27] ŠMÍDOVÁ B., VAŇÁSKOVÁ E., KOŽEŠNÍKOVÁ L., Bobath koncept v práci fyzioterapeuta. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2006, č. 69/102, str. 45-46. ISSN 1210-7859.
- [28] WOLFOVÁ VĚRA, Bazální stimulace-pohled ze zákulisí. *Sestra*, 2006, č. 6, str. 26-27. ISSN 1210-0404.

Elektronické zdroje:

- [29] Bazální stimulace [online]. [cit. 20. 1. 2010, 22. 2. 2010]. © 2004-2010
URL:<www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php>.
- [30] Nedoklubko [online]. [cit. 8. 3. 2010, 14. 3. 2010].
URL:<www.nedoklubko.cz/documents_pdf/rodicum.pdf>.
- [31] Kinestetika [online]. [cit. 11. 4. 2010]. © 2008 - 2009
URL:<www.kinestetika.cz>.
- [32] Kinestetika [online]. [cit. 11. 4. 2010]. © 2008 – 2009
URL:<www.kinestetika.cz/index.php?menu=1&odkaz=5>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BS	Bazální stimulace
CNS	Centrální nervová soustava
FN	Fakultní nemocnice
IMPn	Intermediární péče novorozenců
JIPn	Jednotka intenzivní péče novorozenců
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
REM	Rapid eyes movement

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1 Pracovní zařazení respondentek</i>	42
<i>Tabulka č. 2 Doba, kterou respondentky na oddělení pracují</i>	43
<i>Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	44
<i>Tabulka č. 4 Obor vzdělání</i>	45
<i>Tabulka č. 5 Znalost pojmu bazální stimulace, 5a Znalost významu BS</i>	46
<i>Tabulka č. 6 První setkání s pojmem bazální stimulace</i>	49
<i>Tabulka č. 7 Proškolení respondentek, 7a Důvod neabsolvování kurzu BS</i>	50
<i>Tabulka č. 8 Dosažená úroveň proškolení v kurzu BS</i>	52
<i>Tabulka č. 9 Využívání iniciálního doteku, 9a Místo iniciálního doteku, které respondentky používají</i>	53
<i>Tabulka č. 10 Podporování rodičů ve využívání iniciálního doteku, 10a Místo iniciálního doteku, které respondentky doporučují rodičům, 10b Porovnání využívaných míst pro iniciální dotek</i>	55
<i>Tabulka č. 11 Osvědčení iniciálního doteku</i>	58
<i>Tabulka č. 12 Používání metody klokánkování, 12a Četnost používání metody klokánkování</i>	59
<i>Tabulka č. 13 Osvědčení metody klokánkování</i>	61
<i>Tabulka č. 14 Používání tzv. "hnízda-pelíšku", 14a Četnost používání tzv. "hnízda-pelíšku"</i>	62
<i>Tabulka č. 15 Osvědčení polohy hnízdo</i>	64
<i>Tabulka č. 16 Podporování auditivní stimulace, 16a Četnost podporování auditivní stimulace</i>	65
<i>Tabulka č. 17 Osvědčení metody auditivní stimulace</i>	67
<i>Tabulka č. 18 Podporování taktilně-haptické stimulace, 18a Četnost podporování taktilně-haptické stimulace</i>	68
<i>Tabulka č. 19 Osvědčení metody taktilně-haptické stimulace</i>	70
<i>Tabulka č. 20 Používání orální stimulace, 20a Četnost používání orální stimulace</i>	71
<i>Tabulka č. 21 Osvědčení metody orální stimulace</i>	73
<i>Tabulka č. 22 Využívání jiné metody BS, 22a Typ využívané metody, která není uvedena v dotazníku</i>	74
<i>Tabulka č. 23 Nejúčinnější metoda dle respondentek</i>	76

<i>Tabulka č. 24 Spokojenost s kvantitou užívání BS.....</i>	<i>78</i>
<i>Tabulka č. 25 Využívání metod BS na IMPn, 25a Využívání metod BS na JIPn.....</i>	<i>79</i>
<i>Tabulka č. 26 Porovnání používání metod BS mezi JIPn a IMPn.....</i>	<i>81</i>
<i>Tabulka č. 27 Počet používaných metod respondentkami neproškolenými v kurzu BS.....</i>	<i>82</i>

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1 Pracovní zařazení respondentek</i>	42
<i>Graf č. 2 Doba, kterou respondentky na oddělení pracují</i>	43
<i>Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	44
<i>Graf č. 4 Obor vzdělání</i>	45
<i>Graf č. 5 Znalost pojmu bazální stimulace, 5a Znalost významu BS</i>	46
<i>Graf č. 6 První setkání s pojmem bazální stimulace</i>	49
<i>Graf č. 7 Proškolení respondentek, 7a Důvod neabsolvování kurzu BS</i>	50
<i>Graf č. 8 Dosažená úroveň proškolení v kurzu BS</i>	52
<i>Graf č. 9 Využívání iniciálního doteku, 9a Místo iniciálního doteku, které respondentky používají</i>	53
<i>Graf č. 10 Podporování rodičů ve využívání iniciálního doteku, 10a Místo iniciálního doteku, které respondentky doporučují rodičům, 10b Porovnání využívaných míst pro iniciální dotek</i>	55
<i>Graf č. 11 Osvědčení iniciálního doteku</i>	58
<i>Graf č. 12 Používání metody klokánkování, 12a Četnost používání metody klokánkování</i>	59
<i>Graf č. 13 Osvědčení metody klokánkování</i>	61
<i>Graf č. 14 Používání tzv. "hnízda-pelíšku", 14a Četnost používání tzv. "hnízda-pelíšku"</i>	62
<i>Graf č. 15 Osvědčení polohy hnízdo</i>	64
<i>Graf č. 16 Podporování auditivní stimulace, 16a Četnost podporování auditivní stimulace</i>	65
<i>Graf č. 17 Osvědčení metody auditivní stimulace</i>	67
<i>Graf č. 18 Podporování taktilně-haptické stimulace, 18a Četnost podporování taktilně-haptické stimulace</i>	68
<i>Graf č. 19 Osvědčení metody taktilně-haptické stimulace</i>	70
<i>Graf č. 20 Používání orální stimulace, 20a Četnost používání orální stimulace</i>	71
<i>Graf č. 21 Osvědčení metody orální stimulace</i>	73
<i>Graf č. 22 Využívání jiné metody BS, Typ využívané metody, která není uvedena v dotazníku</i>	74
<i>Graf č. 23 Nejúčinnější metoda dle respondentek</i>	76

<i>Graf č. 24 Spokojenost s kvantitou užívání BS</i>	<i>78</i>
<i>Graf č. 25 Porovnání využívání metod BS uvedených v dotazníku.....</i>	<i>79</i>
<i>Graf č. 26 Porovnání používání metod BS mezi JIPn a IMPn.....</i>	<i>81</i>
<i>Graf č. 27 Počet používaných metod respondentkami neproškolenými v kurzu BS</i>	<i>82</i>

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Dotazník	99
PŘÍLOHA P II: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – KNTB Zlín	101
PŘÍLOHA P III: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – FN Olomouc	102
PŘÍLOHA P IV: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – FN Brno	103
PŘÍLOHA P V: Žádost o umožnění přístupu k informacím	104
PŘÍLOHA P VI: Tabulka porodní hmotnosti chlapců a dívek	105
PŘÍLOHA P VII: Baby Bobath – neurovývojová terapie	106
PŘÍLOHA P VIII: Poloha hnízdo	107
PŘÍLOHA P IX: Stimulace sacího reflexu pomocí glukózy při výživě nazogastrickou sondou	108
PŘÍLOHA P X: Klokánkování	109
PŘÍLOHA P XI: Fonendoskop umístěný v inkubátoru	110

PŘÍLOHA P I: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Kolínková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, ze kterého budu vycházet při zpracování mé bakalářské práce na téma – *Bazální stimulace v praxi porodní asistentky*. Dotazník je anonymní a informace, které získám z dotazníku, budou zpracovány v procentech.

Děkuji za pravdivé vyplnění dotazníku a za Váš čas, který dotazníku věnujete.

U každé otázky zakroužkujte **pouze jednu odpověď**. U otázek, na které budete odpovídat vlastními slovy, prosím o stručnou odpověď.

BAZÁLNÍ STIMULACE V PRAXI PORODNÍ ASISTENTKY**1. Na kterém oddělení pracujete?**

- a) odd. intermediální péče
- b) jednotka intenzivní péče

2. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

- a) méně než 1 rok
- b) méně než 5 let
- c) více než 5 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) bakalářské
- d) magisterské

4. V jakém oboru je Vaše vzdělání?

- a) porodní asistentka
- b) všeobecná sestra
- c) dětská sestra

5. Víte, co je to bazální stimulace?

- a) ano
- b) ne

pokud ano, stručně vysvětlete _____

6. Kde jste se o bazální stimulaci dozvěděla? (odpovídejte, pouze pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano)

- a) ve škole
- b) v práci
- c) samostudium (internet, knihy, média...)
- d) jiné (uveďte) _____

7. Jste proškolená nebo se školíte v metodách BS?

- a) ano
- b) ne

pokud ne, zakroužkujte důvod

- 1) nezájem
- 2) neinformovanost o možnosti kurzu
- 3) vysoká cena kurzu
- 4) nedostatek času
- 5) jiné (uveďte) _____

8. V jakém kurzu jste proškolená nebo se školíte? (odpovídejte, pouze pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano)

- a) základní kurz
- b) nástavbový kurz
- c) prohlubující kurz

9. Využíváte u Vás na oddělení tzv. iniciační dotek?

- a) ano
- b) ne

pokud ano, na kterém místě _____

10. Vedete rodiče k tomu, aby využívaly iniciační dotek u svého dítěte?

- a) ano
- b) ne

pokud ano, na kterém místě _____

11. Osvědčila se Vám tato metoda? (odpovídejte, pouze pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano)

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) jiné (uveďte) _____

12. Používáte (přímo Vy) metodu klokánkování?

- a) ano
- b) ne

pokud ano, jak často

- 1) několikrát do měsíce
- 2) několikrát do týdne
- 3) téměř denně
- 4) denně

13. Osvědčila se Vám tato metoda? (odpovídejte, pouze pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano)

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) jiné(uved'te) _____

14. Používáte (přímo Vy) tzv. "hnízdo – pelíšek", který ohraničuje hranice těla novorozence jako předtím děloha?

- a) ano
- b) ne
- pokud ano, jak často
 - 1) několikrát do měsíce
 - 2) několikrát do týdne
 - 3) téměř denně
 - 4) denně

15. Osvědčila se Vám tato metoda? (odpovídejte, pouze pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano)

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) jiné(uved'te) _____

16. Podporujete (přímo Vy) stimulaci novorozence pomocí maminčina hlasu?

- a) ano
- b) ne
- pokud ano, jak často
 - 1) několikrát do měsíce
 - 2) několikrát do týdne
 - 3) téměř denně
 - 4) denně

17. Osvědčila se Vám tato metoda? (odpovídejte, pouze pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano)

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) jiné(uved'te) _____

18. Podporujete (přímo Vy) stimulaci novorozence pomocí doteku rodičů?

- a) ano
- b) ne
- pokud ano, jak často
 - 1) několikrát do měsíce
 - 2) několikrát do týdne
 - 3) téměř denně
 - 4) denně

19. Osvědčila se Vám tato metoda? (odpovídejte, pouze pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano)

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) jiné(uved'te) _____

20. Používáte (přímo Vy) stimulaci (pomocí uměl. nebo mateřského mléka) pro podporu sacího reflexu u novorozenců vyživovaných infuzí nebo žaludeční sondou?

- a) ano
- b) ne
- pokud ano, jak často
 - 1) několikrát do měsíce
 - 2) několikrát do týdne
 - 3) téměř denně
 - 4) denně

21. Osvědčila se Vám tato metoda? (odpovídejte, pouze pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano)

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) jiné(uved'te) _____

22. Využíváte ještě jinou metodu bazální stimulace?

- a) ano
- b) ne
- pokud ano, napište jakou _____

23. Která z uvedených metod je podle vás neúčinnější? _____

24. Jste spokojena s kvantitou užívání bazální stimulace na vašem oddělení?

- a) spokojena
- b) spíše spokojena
- c) nespokojena (uved'te, proč si myslíte, že je nedostatečná kvantita používání metod BS na Vašem odd. např. nedostatek času, nezájem, únava atd. _____)
- d) je mi to jedno

PŘÍLOHA P II: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – KNTB Zlín

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

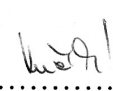
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Jméno a příjmení studenta	VERONIKA KOLÍNKOVÁ
Téma bakalářské práce	BAZÁLNÍ STIMULACE V PRAXI POR. ASISTENTKY
Skupina respondentů	dětské sestry, por. asistentky, všeob. sestry
Pracoviště	JIPn, IHPn


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 12.10.09...


.....
Mgr. Helena Fremlová
pověřená ředitelka Ústavu porodní asistence


.....
Krajská nemocnice T. Bati a.s.
Zlín
novorozenecké oddělení
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P III: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – FN Olomouc

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

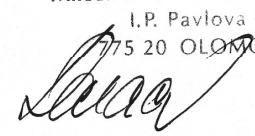
Jméno a příjmení studenta	Veronika Kolínková
Téma bakalářské práce	Bazální stimulace v praxi porodní asistentky
Skupina respondentů	porodní asistentky, dětské sestry, všeobecné sestry
Pracoviště	intermediální péče novor., JIPn – Fakultní nemocnice Olomouc

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 26.10.09


Mgr. Helena Fremlová
pověřená ředitelka Ústavu porodní asistence

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUČ
I.P. Pavlova 6
75 20 OLOMOUČ


Razítko a podpis zástupce zařízení
MUDr. RADOMÍR MARAČEK

PŘÍLOHA P IV: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – FN Brno



**Pracoviště medicíny
dospělého věku**
JIHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO
TEL.: 532 231 111
FAX: 543 211 185

**Pracoviště
reprodukční medicíny**
OBI LNÍ TRH 11, 625 00 BRNO
TEL.: 532 238 111
FAX: 541 213 225

**Pracoviště
dětské medicíny**
ČERNOPOLNÍ 9, 625 00 BRNO
TEL.: 532 234 111
FAX: 532 234 438

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: Kolínková Veronika

Datum narození: 14.1.1988..... Telefon: 724 801 586..... Email: vecob@seznam.cz

Adresa (pro zaslání vyjádření): Cyriometodějská 645, Valašské Klobouky 766 01

Škola/Fakulta: UTB ve Zlíně, Fakulta humanitních studií Obor studia: porodní asistentka

Téma závěrečné práce: Bazální stimulace v praxi porodní asistentky

Požadavek (přesná specifikace): vyplnění dotazníku od zdr.sester pracujících na uvedených odd.....

Způsob provedení sběru dat: dotazník.....

Termín sběru dat: od listopad 2009.....do leden 2010.....

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: oddělení intermediární péče a JIRPN na Obilním trhu

Presentace dat: zpracováno v procentech, vyjádřeno grafy

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.
Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.
Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: 29.10.2009

Podpis: Kolínková Veronika

Vyplňuje Fakultní nemocnice Brno

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:

ANO
 NE

Úhrada:

ANO
 NE

30/10 2009

Datum:

Podpis a razítko

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - oddělení vzdělávání a péče o zaměstnance:

Zaevidováno na OVPZ dne: pod číslem:

Částka k úhradě:

3.11.09

Datum:

Zaplaceno dne:

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Podpis odpovědného zaměstnance OVPZ

PŘÍLOHA P V: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Jméno a příjmení studenta	VERONIKA KOLÍNKOVÁ
Téma bakalářské práce	BAZÁLNÍ STIMULACE V PRAXI POR. ASISTENTKY
Pracoviště	UNTB VE ZLÍNĚ - IMP, DIP

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19.4.10


Mgr. Helena Fremlová
pověřená ředitelka Ústavu porodní asistence

Krajská nemocnice T. Bati a.s.
Zlín
porodnické oddělení

Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VI: Tabulka porodní hmotnosti chlapců a dívek

Tab. 6.1b Porodní hmotnost – dívky (DTT = dokončený týden těhotenství)

DTT	5%	10%	50%	90%	95%
24	439,91	506,13	648,05	797,34	828,47
25	506,22	582,43	745,74	917,54	953,36
26	582,53	670,23	858,16	1055,85	1097,08
27	670,35	771,27	987,53	1215,02	1262,46
28	736,88	853,56	116,20	1381,78	1455,17
29	820,88	950,58	1258,61	1563,04	1664,95
30	925,42	1065,59	1416,50	1759,17	1889,06
31	1052,05	1200,38	1590,35	1969,52	2124,34
32	1200,82	1355,20	1779,42	2192,41	2367,26
33	1370,25	1528,78	1981,77	2425,14	2613,86
34	1557,34	1718,35	2194,20	2664,00	2859,79
35	1757,61	1919,64	2412,31	2904,26	3100,31
36	1965,01	2126,84	2630,46	3140,14	3330,25
37	2172,01	2332,65	2841,81	3364,89	3544,07
38	2369,56	2528,24	3038,28	3570,69	3735,81
39	2547,08	2703,28	3210,55	3748,74	3899,11
40	2692,49	2845,93	3348,10	3889,20	4027,21
41	2792,19	2942,83	3439,17	3981,20	4112,96
42	2831,06	2979,10	3470,79	4012,87	4148,78
43	2792,46	2938,36	3428,76	3971,31	4126,72

Zdroj: Čech, et al., 2006

Tab. 6.1a Porodní hmotnost – chlapci (DTT = dokončený týden těhotenství)

DTT	5%	10%	50%	90%	95%
24	489,56	540,55	674,04	833,14	871,33
25	592,71	641,02	790,40	952,84	1014,04
26	674,68	730,04	908,85	1089,81	1172,14
27	748,01	817,26	1034,56	1245,10	1346,44
28	823,20	910,59	1171,52	1419,01	1537,06
29	908,63	1016,18	1322,51	1611,10	1743,48
30	1010,61	1138,42	1489,10	1820,19	1964,47
31	1133,36	1279,95	1671,67	2044,37	2198,15
32	1279,01	1441,66	1869,39	2280,96	2441,96
33	1447,61	1622,67	2080,24	2526,55	2692,67
34	1637,11	1820,35	2300,99	2776,98	2946,37
35	1843,41	2030,32	2527,22	3027,36	3198,47
36	2060,27	2246,45	2753,31	3272,04	3443,73
37	2279,42	2460,83	2972,42	3504,63	3676,21
38	2490,45	2663,82	3176,54	3718,00	3889,31
39	2680,91	2844,00	3356,43	3904,28	4075,76
40	2836,24	2988,23	3501,67	4054,85	4227,61
41	2939,79	3081,57	3600,63	4160,34	4336,23
42	2972,84	3107,37	3640,48	4210,64	4392,32
43	2914,57	3047,18	3607,19	4194,91	4385,92

Zdroj: Čech, et al., 2006

PŘÍLOHA P VII: Baby Bobath – neurovývojová terapie

Dítě se rodí s předpoklady správného psychomotorického vývoje. Předčasný porod může však způsobit určité problémy. Novorozenec se rodí s nízkou porodní hmotností, má nízké svalové napětí a většinou má i nezralé funkční orgány (CNS, plíce, cévy, ledviny, neschopnost přijímat potravu...). Jedná se o děti s riziky v raném období. U těchto dětí je nutná včasná rehabilitace, aby nedošlo k nežádoucím pohybovým návykům, které vedou k posturální (napětí svalstva) a motorické (pohybové) nesouměrnosti.

K tomu v neurovývojové terapii Baby Bobath slouží handling. Je nutná důslednost a kvalita aplikace handlingu (Červenková, 2006b).

Do handlingu patří (Červenková, 2006b):

- zvedání dítěte z podložky
- pokládání
- ukládání dítěte do postýlky
- ukládání dítěte do sedačky (kde by nemělo být dítě déle než hodinu denně)
- svlékání a oblékání
- přebalování
- poloha při krmení
- formy hry

Handling podporuje (Červenková, 2006b):

- budování Body schématu
- práci vestibulárního aparátu
- taktilní cití
- oční kontakt
- zvukovou integraci
- motorickou aktivitu
- stimulaci všech smyslů

PŘÍLOHA P VIII: Poloha hnízdo



Zdroj: vlastní foto, KNTB Zlín, a.s.



Zdroj: vlastní foto, KNTB Zlín, a.s.

PŘÍLOHA P IX: Stimulace sacího reflexu pomocí glukózy při výživě nazogastrickou sondou



Zdroj: vlastní foto, KNTB Zlín, a.s.

PŘÍLOHA P X: Klokánkování



Zdroj: vlastní foto, KNTB Zlín, a.s.

PŘÍLOHA P XI: Fonendoskop umístěný v inkubátoru

PŘEDCHÁZÍ NOZOKOMIÁLNÍM NÁKAZÁM A JE VŽDY ZAHŘÁTÝ PŘIPRAVEN
K POUŽITÍ



Zdroj: vlastní foto, KNTB Zlín, a.s.