

Syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence

Markéta Masláková

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Markéta Masláková

Osobní číslo: H12692

Studijní program: B5349 Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka

Forma studia: prezenční

Téma práce: Syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vypracování teoretické části bakalářské práce.

Výběr výzkumné metody a vhodné skupiny respondentů.

Sestavení dotazníku a realizace výzkumného šetření.

Zpracování získaných dat.

Diskuze a komentování výsledků.

Vypracování edukačního materiálu.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BOUŠKA, Ivan a Pavel TOUPALÍK. Soudnělékařská diagnostika náhlé smrti. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 53 s. ISBN 978-802-4613-277.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly. 1 vyd. Praha: Grada, 2011. 189 s. Sestra. ISBN 978-802-4739-403.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. Intenzivní péče o novorozence. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 447 s. ISBN 978-807-0135-471.

HÁJEK, Zdeněk. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, 2014. 579 s. ISBN 978-802-4745-299.

KOHNER, Nancy a Alix HENLEY. Když dítě zemře: zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stadiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtím novorozence. Praha: Triton, 2013. 349 s. ISBN 978-807-3876-432.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Kateřina Žárská

Ústav zdravotnických věd


Datum zadání bakalářské práce:

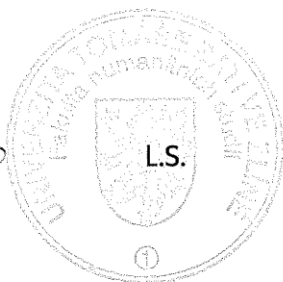
26. ledna 2015


Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

28.2.2015

Masla'Gova'

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

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

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

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

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

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

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

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

3). *Odporá-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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je rozčleněna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část poskytuje přehled informací o syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence, o rizikových faktorech, jeho prevenci a první pomoci. Poslední kapitola teoretické části této práce se zabývá psychologickými problémy pozůstalých. Informace pro praktickou část práce byly získány na základě dotazníků. Dotazník určuje míru informovanosti matky o syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence. Součástí praktické části je informační letáček o prevenci syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence a první pomoci. Cílem práce je shrnutí dostupných poznatků o syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence, zjištění míry informovanosti matek a vypracování edukačního materiálu pro zvýšení informovanosti.

Klíčová slova: novorozenec, kojence, Syndrom náhlého úmrtí kojence, rizikové faktory, prevence, pronační poloha, kardiopulmonální resuscitace, pozůstalý

ABSTRACT

This bachelor thesis is dividend into theoretical and practical part. The theoretical part provides a summary of informatik about Sudden Newborn and Infant Death Syndrome, the risk factors, prevention and first aid. The last charter of theoretical part of this work deals with psychological problems of survivor. The informatik for practical part was gained from questionnaires. The questionnaire determines the level of awareness of mother about Sudden Infant Death Syndrome. The informatik leaflet on the preventiv of Sudden Newborn and Infant Death Syndrome and first aid is part of the practical section. The aim of this work is to summarize the available information about Sudden Infant Death Syndrome, find out the level of awareness of mothers and to develope educational material.

Keywords: newborn, infant, risk factor, prevention, prone position, cardiopulmonary resuscitation, the survivor

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Kateřině Žárské za odborné vedení práce a poskytování cenných rad a připomínek. Mé další díky patří paní Bc. Heleně Novotné za umožnění výzkumného šetření na oddělení šestinedělí v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. A v neposlední řadě také děkuji ženám, které byly ochotné vyplnit dotazník k této bakalářské práci.

Prohlášení:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	5
I TEORETICKÁ ČÁST	6
1 DEFINICE POJMŮ	7
1.1 SYNDROM NÁHLÉHO ÚMRTÍ NOVOROZENCE A KOJENCE - SIDS	7
1.2 SUDI.....	7
1.3 ALTE.....	8
1.4 NEONATOLOGIE	8
1.5 PEDIATRIE	8
1.6 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ	8
1.6.1 Klasifikace novorozence	9
1.6.2 Znamky zralosti.....	10
1.7 KOJENECKÉ OBDOBÍ	10
2 HISTORIE SIDS	11
3 RIZIKOVÉ FAKTORY	13
3.1 ROZDĚLENÍ RIZIKOVÝCH FAKTORŮ	13
3.1.1 Věk dítěte	14
3.1.2 Mužské pohlaví	14
3.1.3 Přehřívání	14
3.1.4 Chladné klima	15
3.1.5 Kouření.....	15
3.1.6 Spánek s rodiči a pronační poloha	15
3.1.7 Etnikum a geografické faktory.....	15
3.1.8 Asfyxie	16
4 PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ	17
4.1 POLOHA, SPÁNEK A ODPOČINEK	17
4.2 OBLEČENÍ.....	18
4.3 VÝŽIVA V TĚHOTENSTVÍ	19
4.3.1 Prekoncepční výživa	19
4.3.2 Výživa těhotných žen.....	19
4.3.3 Doporučení pro jednotlivé potraviny	19
4.4 MONITOR DECHU.....	20
5 PRVNÍ POMOC	21
5.1 LEGISLATIVA.....	21
5.1.1 Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník - § 150 Neposkytnutí pomoci	21
5.1.2 Zákon č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu - § 55 Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví, odstavec 2 c).....	21
5.2 INDIKACE A PRAVIDLA VOLÁNÍ ZZS.....	21
5.3 PRAVIDLA VOLÁNÍ ZZS:	22
5.4 KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE	22
5.4.1 Rozdíly v resuscitaci	22
5.4.2 Dělení KPR	23
5.4.3 ABC postup při oživování dítěte při základní resuscitaci.....	23

A – airway = zajištění průchodnosti dýchacích cest.....	23
B – breathing = zajištění dýchání	23
C – circulation = zajištění krevního oběhu	24
5.4.4 Kontraindikace zahájení KPR	24
5.4.5 Pokyny k ukončení resuscitace	24
6 PÉČE O RODIČE ZEMŘELÉHO DÍTĚTE	25
6.1 ZÁSADY PŘI SDĚLOVÁNÍ ÚMRTÍ	25
6.2 PROCES TRUCHLENÍ A JEHO FÁZE	25
6.3 KOMPLIKOVANÉ TRUCHLENÍ	26
6.4 TRUHLÍCÍ MATKA	27
6.5 TRUHLÍCÍ OTEC	27
6.6 PORADENSTVÍ PRO POZŮSTALÉ.....	28
6.7 ZÁSADY KOMUNIKACE PŘÍBUZNÝCH S RODIČI ZEMŘELÉHO DÍTĚTE.....	29
6.8 DESATERO PRO POZŮSTALÉ	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	30
7 METODIKA PRÁCE.....	31
7.1 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	31
7.2 CÍLE VÝZKUMU	31
8 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA.....	33
9 DISKUSE	58
9.1 POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI VÝZKUMY	58
Otázka č. 2	58
Otázka č. 5	59
Otázka č. 8.....	59
Otázka č. 10, 11 a 12	59
Otázka č. 19.....	60
Otázka č. 21	61
ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	69
SEZNAM GRAFŮ	70
SEZNAM TABULEK.....	71
SEZNAM PŘÍLOH.....	72

ÚVOD

Syndrom náhlého úmrtí kojence patří mezi nejčastější příčinu úmrtí dítěte v období do jednoho roku života. Fakt, že zdravý kojeneček umírá ve spánku bez jakýchkoliv varovných signálů, zůstává jednou z nejzáhadnějších úmrtí dítěte. Touto problematikou se zabývá společnost už od dávné minulosti, přesto však úmrtí zdravého dítěte bez zjevné příčiny zůstává stále nevysvětleno. Přestože úmrtnost se v posledních letech velmi snížila, četnost výskytu se pohybuje na stále stejné úrovni. Z toho důvodu tento „strašák“ všech rodičů zůstává stále aktuální a stále obávaný.

Téma Syndromu náhlého úmrtí kojence jsem pro vypracování této bakalářské práce zvolila právě z důvodu jeho určité záhadnosti a nejasnosti. Dle mého názoru je to aktuální a velmi často probírané téma, zajímavé zejména pro všechny nastávající rodiče a rodiče novorozenců a kojenců. Toto téma je často probírané v různých diskuzních fórech pro rodiče, v knihách, odborných časopisech, ale i na internetových webech. Ne všechny informace jsou však kvalitní a jednotné.

Teoretická část se proto zabývá souhrnem informací o Syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence, jeho historii, rizikových faktorech a možných preventivních opatřeních. Doplněna je o poznatky z resuscitace a péče o rodiče zemřelého dítěte. Praktická část je vyhodnocením výzkumného šetření, které mělo za cíl zjistit míru informovanosti žen na oddělení šestinedělí o Syndromu náhlého úmrtí kojence, s tím související resuscitace a zjištění, zda se ženy samy o poskytování první pomoci zajímají v rámci ochrany života a zdraví svého dítěte. Součástí praktické části je i edukační materiál se základními informacemi o syndromu a resuscitaci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE POJMŮ

1.1 Syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence - SIDS

Syndrom náhlého úmrtí kojence bývá označeno zkratkou SIDS, tj. z anglického Sudden Infant Death Syndrome (Novák, 2008, s. 51).

Je definován jako náhlé a neočekávané úmrtí dítěte v období do jednoho roku života (Fendrychová, 2009, s. 103).

Jeho příčina úmrtí zůstává neobjasněna i vzhledem k podrobnému patologicko-anatomickému vyšetření zemřelého dítěte, anamnéze a ohledání místa, na kterém k úmrtí došlo (Novák, 2008, s. 51).

SIDS patří mezi nejčastější příčinu úmrtí dítěte, hned po vrozených vývojových vadách a potížích souvisejících s předčasným porodem a nedonošeností (Trapani a Bertino, 2006, s. 108).

1.2 SUDI

Zkratkou SUDI, z anglického Sudden Unexpected Death in Infants, je myšleno jakékoliv náhlé úmrtí kojence, které je neočekávané a zpočátku nevysvětlitelné. Po důkladné pitvě a ohledání místa úmrtí je většinou stanovena příčina smrti. Úmrtí, které zůstane nevysvětlitelné, je definováno jako Syndrom náhlého úmrtí kojence čili SIDS (Healthvermont, ©2015).

Rizikové faktory a preventivní opatření, která mohou snížit výskyt SUDI, se shodují se syndromem náhlého úmrtí kojence (Public Health Association of Australia, ©2009).

Sudden Unexpected Death of an infant death that is unexpected and initially unexplained. Frequently, a cause of death is determined after a thorough investigation and autopsy by a medical examiner and coroner. The deaths that remain unexplained are defined as SIDS. Therefore, SIDS is a type of Sudden Unexpected Infant Death.

Epidemiological investigations have shown that many of the maternal, infant and socio-demographic risk factors for SIDS are common to Sudi and fatal sleep accidents, therefore safe sleeping strategies will target all three of these causes of infant death.

1.3 ALTE

Příhoda zjevně ohrožující život dítěte, z anglického Apparent Life-Threatening Episode, označeno zkratkou ALTE, je syndrom definovaný epizodami se záchvaty dušení, apnoe, bledostí a změnami svalového tonu. Tyto příznaky většinou ustoupí ještě před příjezdem zdravotnické pomoci (Muntau, 2014, s. 35).

Novorozenci a kojenci jsou po prodělání příhody zjevně ohrožující život dítěte převáženi a přijímáni na jednotku intenzivní péče. ALTE není vzácnou příhodou a děti, které ji již prodělali, jsou více ohroženi Syndromem náhlého úmrtí kojence. Největší incidence příhody zjevně ohrožující život dítěte bývá v rozmezí prvního týdne až dvou měsíců života dítěte (Novák, 2008, s. 52 - 53).

1.4 Neonatologie

Neonatologií se rozumí obor, který se zabývá péčí o novorozence a funguje jako samostatná disciplína mezi porodnictvím a pediatrií (Fendrychová, 2009, s. 9).

Péče o patologické novorozence byla dříve součástí dětských oddělení v rámci kojeneckých úseků. Zprvu byla funkce novorozeneckých oddělení především preventivní, dále pak léčebná, výchovná a vzdělávací. Prevence spočívala především v předcházení onemocnění, která se nejvíce podílela na novorozenecké úmrtnosti (Fendrychová, 2011, s. 14 - 15).

1.5 Pediatrie

Pediatrie je základním lékařským oborem, který se zabývá péčí o dítě a dospívajícího jedince. Jako specializovaný vědní obor se vyvinula na přelomu 19. století, do té doby probíhala péče o dítě a dospívajícího společně s dospělými (Sedlářová et al., 2008, s. 13).

1.6 Novorozenecké období

Za novorozence je považováno živě narozené dítě od okamžiku narození do 28. dne života. Za živě narozené dítě se považuje plod, u kterého je přítomna nejméně jedna ze známek života. Mezi tyto známky řadíme akci srdeční, dýchání, pulzaci pupečníku a spontánní pohyby (Muntau, 2014, s. 2).

Toto období je charakteristické významnými změnami v organismu, jejichž příčinou je osamostatnění organismu. Zdravý a donošený novorozenec je funkčně připraven na adaptaci do mimoděložního prostředí (Sedlářová et al., 2008, s. 51).

Za fyziologického novorozence je považován novorozenec zralý, zdravý, narozený v termínu, eutrofičtý, s porodní hmotností 2500-4500g, obvodem hlavičky 32-37cm a fyziologickými funkcemi v rozmezí 30-60dechů/min, 120-140tepů/min, tělesnou teplotou 36,5-37,5°C (měřeno v rektu) a krevním tlakem 50-75/30-45mmHg (Fendrychová, 2009, s. 20).

1.6.1 Klasifikace novorozence

Novorozenci se rozdělují do skupin v závislosti na porodní hmotnosti, gestačnímu věku a porodní hmotnosti ve vztahu ke gestačnímu věku (Sedlářová et al., 2008, s. 51).

Podle porodní hmotnosti se novorozenci dělí na novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností (ELBW), což zahrnuje novorozence s hmotností nižší než 999 gramů a novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností (VLBW), to znamená s hmotností 1000 až 1499 gramů. Obecně se za nízkou porodní hmotnost novorozence (LBW) považuje hmotnost pod 2499 gramů (Hájek, 2014, s. 215).

Podle gestačního věku se novorozenci dělí do tří skupin: nedonošení, donošení a přenošení. Mezi nedonošené novorozence spadají narození před ukončeným 37. týdnem gravidity (Sedlářová et al., 2008, s. 51).

Frekvence výskytu předčasných porodů je asi 6%. Spodní hranicí pro šanci dítěte na přežití je 24. týden gravidity. Nejčastějšími příčinami předčasného porodu bývá porušená funkce placenty, některé nemoci matky, jako například infekce pohlavního ústrojí, nebo multiparita. Známkami hrozícího předčasného porodu bývají pravidelné děložní kontrakce, odchod hlenové zátky, odtok plodové vody nebo zvyšování cervikálního skóre. Odtok plodové vody značí předčasný porod v běhu, tzv. partus praematurus in cursu (Gregora a Velemínský, 2013, s. 132).

U donošených novorozenců platí, že porod proběhl mezi 37. a 42. týdnem gravidity a přenošení novorozenci se narodí ve 42. týdnu gravidity a později (Sedlářová et al., 2008, s. 51).

Podle vztahu porodní hmotnosti v závislosti na gestačním věku se novorozenci dělí jako eutrofičtí, hypotrofičtí a hypertrofičtí. Euforičtí novorozenci jsou proporcionální,

což znamená, že stav výživy odpovídá jejich gestačnímu věku. Hypotrofičtí novorozenci mají nižší porodní hmotnost, než by odpovídala jejich gestačnímu věku a hypertrofičtí mají naopak hmotnost vyšší než odpovídající gestační věk (Sedlářová et al., 2008, s. 51).

1.6.2 Znamky zralosti

Mezi somatické známky zralosti patří vyvinutý podkožní tuk, úpon pupečníku uprostřed břicha, zřetelné rýhování plosek nohou i dlaní, pružné a pevné chrupavky nosu a na ušních boltcích, sestoupená varlata v šourku a krytí malých stydkých pysků velkými (Fendrychová, 2009, s. 20).

Funkčními známkami zralosti se rozumí dobrá termoregulace, zralost plic s dýcháním bez přítomnosti apnoických pauz, přítomnost sacího, polykacího a dalších reflexů a přiměřená funkce močového systému, gastrointerstinálního traktu a jater (Fendrychová, 2009, s. 20).

1.7 Kojenecké období

Kojenecké období trvá od okamžiku narození do jednoho roku života dítěte, tudíž v sobě zahrnuje i období novorozenecké. Je charakterizováno hlavně tělesným růstem, přírůstkem hmotnosti a rozvojem centrální nervové soustavy. Do roku života kojeneček vyrostou zhruba o 25 cm a přibere 6-7 kg na své hmotnosti (Kelnarová a Matějková, 2010, s. 72).

Pohyb celého těla neboli lokomoce se rozvíjí kefalokaudálním směrem, což znamená směrem od hlavy k patě. Nejdříve se zpevňuje šíjové svalstvo a dítě začíná zvedat hlavičku (Kelnarová a Matějková, 2010, s. 72).

Pohyby horních a dolních končetin se vyvíjí v proximodistálním směru, tj. pohyby začínají v ramenních a kyčelních kloubech a přechází na zápěstí, chodidla a prsty (Kelnarová a Matějková, s. 73).

Po novorozeneckém období je období kojence nejvýznamnější z hlediska úmrtnosti a nemocnosti vlivem vrozených vývojových vad, pozdními následky patologie v perinatologii a manifestací vrozených poruch metabolismu (Sedlářová et al., 2008, s. 22).

2 HISTORIE SIDS

Skutečností, že zdravý kojenec zemře ve spánku bez varovných signálů, se zabývala společnost už dávno v minulosti. První zmínky se nachází už z období Mezopotámie, kde úmrtí společnost připisovala vlivu zlých duchů. Ve Starém Zákoně je zmínka o náhlém úmrtí v příběhu o Šalamounově soudě. Matky náhle zemřelých kojenců byly obviněny z toho, že své dítě zalehly a dle příkázání „Nezabiješ“ byly souzeny (Baby Control Digital, ©2015).

V polovině 1. tisíciletí byl katolickou církví vydán předpis, podle něhož byl zakázán spánek ve společné posteli dítěte mladšího tří let a rodičů. Pokud došlo k neúmyslnému zalehnutí („opresio infantum“) s usmrcením dítěte, byly ukládány církevní tresty (Matějů a Kováč, 2006, s. 109).

V 17. století bylo ve Florencii používáno zařízení zabraňující matce zalehnout dítě během spánku. Jednalo se o použití dřevěného obloukovitého rámu spojeného železnými spojkami (Bouška a Toupalík, 2007, s. 15).

Pruské všeobecné zemské právo vydané roku 1794 zakazovalo spánek dětí do dvou let věku ve společné posteli s rodiči (Matějů a Kováč, 2006, s. 109).

V 19. století náhle umírala až třetina dětí během prvního roku života. Na konci 19. století vznikla teorie, podle níž úmrtí (kromě násilného mechanismu zalehnutí) způsobuje brzlík. Ten měl údajně stlačovat průdušnici a velké cévy vedoucí do hlavy, nebo jinak ovlivňovat funkce srdce a plic. Označováno termínem thymické astma se stává vedle udušení, ať už úmyslného či náhodného, nejčastěji užívanou diagnózou v 19. století (Bouška a Toupalík, 2007, s. 15).

V roce 1895 bylo upozorněno na možnost náhlého úmrtí jako následek probíhající sepse s velmi rychlým průběhem, takže nedovoluje vzniku morfologických změn. V této době se mění názor i na mechanismus udušení. Jelikož už není obvyklé, aby dítě sdílelo postel s matkou, je za příčinu zdušení dítěte považován polštář nebo peřina (Bouška a Toupalík, 2007, str. 15).

Označení Syndrom náhlého úmrtí kojence (zkratkou SIDS, z anglického Sudden Infant Death Syndrome) vzniklo v roce 1969 na kongresu v Seattlu. SIDS bylo definováno jako smrt kojence, která je neočekávaná a náhlá vzhledem k předcházejícímu zdravotnímu stavu dítěte, u kterého ani postmortální vyšetření jednoznačně neobjasňuje příčinu úmrtí.

V roce 1994 byl na III. mezinárodní konferenci o SIDS ve Stavangeru nověji definován (Matějů a Kováč, 2006, s. 109).

„Diagnóza SIDS je v současnosti vymezena per exclusionem, tj. jako úmrtí neočekávané z hlediska předchorobí, nevysvětlitelné podrobně provedenou pitvou ani dalšími laboratorními vyšetřeními a doprovázené znalostí okolností nálezu na místě úmrtí“ (Bouška a Toupalík, 2007, s. 15).

3 RIZIKOVÉ FAKTORY

Syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence je jednou z nejzáhadnějších úmrtí dítěte mladšího jednoho roku, protože přesná příčina není jasná. Existuje však mnoho faktorů, které se spolupodílejí na úmrtí (Matějů a Kováč, 2006, s. 109).

Rizikové faktory jsou okolnosti, za kterých nejčastěji dochází k úmrtí na Syndrom náhlého úmrtí kojence, nejsou však příčinou úmrtí (Dětský lékař.cz, ©2006).

3.1 Rozdělení rizikových faktorů

Biologické faktory:

- apnoe v dětství,
- prematurita,
- stav chronické hypoxie,
- porucha kardiopulmonálního centra,
- změna vzorce dýchání,
- porucha metabolismu, porucha imunity,
- vývojová abnormalita, porucha zrání a deficit funkce kontrolního centra mozkového kmene (Matějů a Kováč, 2006, s. 110).

Maternální a antenální rizikové faktory:

- nízká socioekonomická úroveň matky,
- nedostatečná výživa v těhotenství,
- nedostatečná prenatální péče,
- alkohol, drogy a kouření v těhotenství,
- krátký odstup od předchozího těhotenství,
- příliš nízký věk matky,
- fetální růstová retardace,
- intrauterinní hypoxie plodu (Matějů a Kováč, 2006, s. 110).

Neonatální rizikové faktory:

- prematurita,
- nízká porodní hmotnost,

- asfyxie (Matějů a Kováč, 2006, s. 110).

Postneonatální rizikové faktory:

- pohlaví mužské,
- věk dítěte,
- spánek s rodiči nebo pronační poloha,
- přehřívání (Matějů a Kováč, 2006, s. 110).

Ostatní rizikové faktory:

- etnikum,
- chladné klima,
- geografické faktory (Matějů a Kováč, 2006, s. 110).

Roku 1993 byl vytvořen model „osudového trojúhelníku“, v němž platí, že k SIDS dochází protnutím všech tří jeho vrcholů, uplatní se tedy tři podmínky. První podmínkou je vulnerabilní (zranitelný) vývoj centrální nervové soustavy a imunitního systému, druhá podmínka spočívá v predisponujících faktorech a třetí podmínkou je spouštěcí faktor. Spouštěcím faktorem může být například pronační poloha dítěte ve spánku, přehřátí, nebo zakouřené prostředí (Matějů a Kováč, 2006, s. 110).

3.1.1 Věk dítěte

Nejrizikovějším obdobím pro Syndrom náhlého úmrtí kojence je období mladšího kojeneckého věku, tedy v časovém rozmezí mezi druhým a čtvrtým měsícem života dítěte. Přesto však SIDS postihuje i děti mladší a není výjimkou ani roční kojeneček (Gregora a Velemínský, 2013, s. 285).

3.1.2 Mužské pohlaví

Jednou z teorií úmrtí na SIDS je, že chlapci umírají častěji než děvčata, protože si pomočují přední část plenek, a proto vdechují více čpavku než děvčata, která močí na zadní stranu pleny. Čpavek, jako dráždivá substance, vede k hypoxii. Častým vystavováním se hypoxie stává chronickou (Kratochvílová, 2008).

3.1.3 Přehřívání

Při přehřívání se mohou v horních cestách dýchacích dítěte začít množit bakterie. Ty mohou spouštět reakce, které vedou k tvorbě imunitně aktivních látek, jež tlumí

dechové centrum v centrálním nervovém systému dítěte a mohou způsobit až zástavu dechu (Gregora a Velemínský, 2013, s. 286).

3.1.4 Chladné klima

Nejvíce případů se objevuje v chladných měsících roku, 60 – 80 % případů je v období od října do března. Chladné klima souvisí s nevhodným oblékáním a přehříváním dítěte (Kratochvílová, 2008).

3.1.5 Kouření

Pokud žena přestane kouřit během prvního trimestru gravidity, plod se vyvíjí stejně jako u nekuřáček. Uvádí se však, že až 13 % těhotných žen kouřit nepřestává po celé těhotenství. Přestože 39 % žen v těhotenství přestává kouřit, bohužel 70 % nich se ke kouření vrací do jednoho roku po porodu. Aktivní kouření matky a pasivní kouření dítěte bylo prokázáno jako jeden z rizikových faktorů Syndromu náhlého úmrtí kojence. Kouření matky v graviditě zvyšuje riziko vzniku 1,6 – 4,4 krát. Pasivní kouření dítěte po narození zvyšuje riziko vzniku SIDS 2,5 – 3,5 krát (Vašutová, 2015).

3.1.6 Spánek s rodiči a pronační poloha

Ještě v 70. letech byla propagována poloha na bříšku z výzkumu výhod pro vývoj dítěte. Důkazem byly zvidavější děti, které se dříve vzpíraly na rukou a dříve se snažily plazit. Poté celosvětové studie ukázaly, že poloha na bříšku je nevhodná pro spánek dítěte z toho důvodu, že v poloze obrácené k podložce optimálně nefungují podněty pro probuzení v ohrožující situaci. Ohrožující může být například nedostatek kyslíku, kdy dítě vdechuje více oxidu uhličitého, který samo vydechlo a tím se snižuje obsah kyslíku v krevním oběhu. V hlubokém spánku se tím stává dýchání povrchnější a může dojít až k úplné zástavě dýchání. Poté, co se od polohy na bříšku začala veřejnost odrazovat, došlo ke značnému poklesu výskytu SIDS (Kammerer, 2007, s. 21 - 22).

3.1.7 Etnikum a geografické faktory

V České republice na SIDS ročně zmírá přibližně 30 - 40 dětí. Nejvíce jich patří k romské populaci. Mezi oblastmi s vyšší frekvencí výskytu SIDS patří Nový Zéland, Austrálie a celá západní Evropa. Oproti tomu v asijských státech je frekvence výskytu SIDS zcela nejnižší (Kratochvílová, 2008).

3.1.8 Asfyxie

Asfyxie je označení pro poruchy začátku dýchání novorozence ihned po porodu. Vyznačuje se projevy nedostatku kyslíku v krvi, jako například hypoxií a cyanózou. Způsob, jakým je o dítě postaráno v prvních okamžicích života, velmi ovlivňuje kvalitu jeho života (Fendrychová a Borek, 2012, s. 74 – 75).

4 PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

4.1 Poloha, spánek a odpočinek

Nejdůležitější součástí péče o spánek a odpočinek je správná postýlka. Postýlka, stejně jako ostatní nutná výbavička, by měla být nachystána ještě před návratem dítěte z porodnice (Gregora a Velemínský, 2013, s. 274).

Jestliže je postýlka nová, stačí šetrně omýt saponátem a důkladně nechat vyschnout. Pokud je postýlka půjčená, nebo stála delší dobu na půdě či ve sklepě, je důležité ji navíc řádně ošetřit dezinfekčním prostředkem. Pokud by rodiče chtěli starší postýlku natřít, je nutné volit zdravotně nezávadnou nátěrovou hmotu. Pokud si rodiče přejí mít boky postýlky zakryté, je nutné závěs na postýlku pořádně přivázat, aby nemohl spadnout dítěti přes obličej (Cabrnachová et al., 2009, s. 197 - 198).

Zásadním vybavením každé postýlky by měly být postranice chránící dítě před pádem z postýlky dolů, jejichž příčky by měly být od sebe vzdáleny nejméně 45 milimetrů, ale ne více než 75 milimetrů. Matraci je potřeba vybrat pro dítě měkkou, ale ne příliš, aby se dítěti křivila páteř ležením v prohlubni (Gregora a Velemínský, 2013, s. 275).

Dále by postýlka měla být vybavena igelitem chránícím matraci před znečištěním a lehká přikrývka. Přikrývka by měla být spíše slabší a nebránit dítěti v pohybu. Velmi nevhodné jsou například péřové duchny. Do tří let věku dítěte platí pravidlo, že do postýlky nepatří polštář ani plyšové hračky, do kterých by dítě ve spánku mohlo zabořit hlavičku a došlo by k udušení (Cabrnachová et al., 2009, s. 198).

Dítě by nemělo spát v samostatném pokoji. Ideální místo pro první půlrok jeho života je ložnice rodičů, vždy by však mělo mít vlastní postýlku. Nikdy by nemělo spát v jedné posteli s rodiči nebo sourozenci, aby nedošlo k zalehnutí dítěte. Postýlka by neměla stát v průvanu, ani na místě, kde by na ni svítilo celý den slunce. Pokud je to možné, postýlka by měla stát co nejbližší k posteli matky, což usnadní noční kojení a navíc spánek matky bude klidnější. V ložnici, kde spává dítě, je důležité důkladně větrat, nekouřit a vyvarovat se v pokoji přítomnosti silně aromatických rostlin (Cabrnachová et al., 2009, s. 198 - 201).

Jedinou bezpečnou polohou pro spánek je poloha na zádech. Příliš vhodná není ani poloha na boku, ze které by se dítě mohlo snadno dostat do nebezpečné polohy na břišku. Kolem čtvrtého měsíce, kdy se už dítě umí otáčet samo, by se mu nemělo bránit spát v poloze, kterou si samo zvolí (Gregora a Velemínský, 2013, s. 274).

Poloha na bříšku má velký vliv na podporu psychomotorického vývoje dítěte. Měla by být zaujata pouze při bdělém stavu dítěte a pod dohledem rodiče. Její význam spočívá v posilování zádového svalstva od šíje po bederní krajinu, které je velmi důležité pro správné vzpřimování dítěte a podporuje tak celkovou zdatnost a sílu zádového svalstva, orientační schopnosti dítěte, držení rovnováhy a rozumový vývoj. Ke spánku a odpočinku je však tato poloha velmi nebezpečná, protože zvyšuje riziko udušení dítěte (Kiedroňová, 2005, s. 87).

Další nezbytností je vhodné oblečení dítěte při spánku. Přes den je doporučeno v místnosti určené ke spánku udržovat teplotu 22°C a dítě by mělo mít oblečeno něco lehkého, aby se nepřehřívalo. V noci je vhodné dítě obléci tepleji, protože teplota v pokoji by měla být nižší, ideálně kolem 18°C. Pokud spí dítě u otevřeného okna, oblečení by se mělo přizpůsobit venkovní teplotě (Cabrnachová et al., 2009, s. 201).

Rituál před nočním spánkem zahrnuje i večerní koupel a krmení, protože tyto aktivity vzbuzují pocit potřeby spánku. Tento rituál je pro vývoj dítěte velmi důležitý a neměl by být porušován. Nejvhodnější doba pro ukládání ke spánku je mezi 18. a 20. hodinou a v místnosti by neměl být hluk a ostré světlo (Gregora a Velemínský, 2013, s. 276).

4.2 Oblečení

Nejlepším materiálem pro dětské oblečení je bavlna, právě proto, že je to přírodní a dobře savý materiál, který je navíc snadný na údržbu. Praní se nedoporučuje v parfémovaném pracím prostředku, ale v prostředku určením pro děti. Prvního alespoň půl roku nepoužívat aviváž, protože dětská pokožka nemá možnost obrany, takže je velmi náchylná na prostup alergenů (Cabrnachová et al., 2009, s. 193).

Dítě by mělo být vždy oblečeno do vzdušného oděvu, který je dostatečně volný, pohodlný a s dostatečně velkým výstřihem, aby nedocházelo k zapařování krčku. Především u novorozenců je velmi důležité mít v teple chodidla. Děti v tomto věku ještě nemají dostatečné prokrvení, proto může velmi rychle docházet ke ztrátám tepla. Pokud je dítě oblečeno příliš, reguluje svoji tělesnou teplotu pocením, avšak stejně jako na chlad, je dítě méně odolné i na přehřívání (Cabrnachová et al., 2009, s. 193 - 194).

Při oblékání dítěte na cestu ven je nejvhodnější tzv. cibulový systém oblékání, který spočívá v oblečení více vrstev, které je podle potřeby možno odložit, nebo naopak přiobléct. Dále by matka měla myslet na to, že zatímco ona se venku zahřívá

pohybem, dítě leží nebo sedí, proto je nutné, aby dítě mělo oblečeno o jednu vrstvu navíc než ona. Velmi důležitá při procházkách venku je pokrývka hlavy, která bude v zimě chránit před mrazem, v létě před sluncem (Cabrnichová et al., 2009, s. 194).

4.3 Výživa v těhotenství

4.3.1 Prekoncepční výživa

Každá žena, která plánuje otěhotnět a chtěla by přispět k dobrému průběhu gravidity a zdraví dítěte, by měla dodržovat zásady správné výživy. Správná výživa pomáhá přispět ke snížení vrozených malformací plodu, tvorbě hormonů, brání vzniku anémie v těhotenství a udržuje optimální tělesnou hmotnost (Hronek a Barešová, 2012, s. 13).

Důležité nutrienty v období před otěhotněním:

- kyselina listová (doporučený denní příjem je okolo 0,4 mg/den),
- nenasycené mastné kyseliny (snižují riziko preeklampsie v graviditě, nízké porodní hmotnosti novorozence i předčasného porodu),
- železo,
- vápník,
- vitamín C
- a zinek (Hronek a Barešová, 2012, s. 13 - 14).

4.3.2 Výživa těhotných žen

Pestrá a vyvážená strava zajišťuje dostatečný příjem všech potřebných živin, včetně vitaminů a minerálů. Rozmanitá strava předchází nejen nedostatku, ale i nadbytku některých složek. Těhotná žena by měla konzumovat pět jídel denně – 3 hlavní jídla (snídaně, oběd a večeře) s dopolední a odpolední svačinou. Nejvíce doporučeného denního energetického obsahu by mělo být v obědě (35%) a večeři (30%). Snídaně má obsahovat 20 % doporučeného energetického obsahu a svačina maximálně 5 – 10 %. Ideálním odstupem mezi jednotlivými jídly jsou 3 hodiny (Hronek a Barešová, 2012, s. 15).

4.3.3 Doporučení pro jednotlivé potraviny

Ryby se doporučují především mořské, je však vhodné se vyhnout dravým rybám, které mohou obsahovat těžké kovy. Mezi vhodné mléčné výrobky patří jogurty (bílé), acidofilní mléko, nízkotučné krémové sýry, netučné máslo a syrovátka. Nevhodné jsou

oproti tomu smetany, šlehačky, mléčné čokolády a příliš slané sýry. Maso je vhodné čerstvé nebo chlazené, vyvarovat by se mělo mraženému masu, klobásám, paštikám a játrům. Vejce jsou velmi důležitým zdrojem bílkovin, důležitá je však jejich řádná tepelná úprava. Doporučeno je jedno vejce za den. Mezi vhodné luštěniny patří například hrách, čočka, fazole a cizrna. Luštěniny je potřeba zalít vařící vodou a po dvou minutách vodu vylít a nechat namočené ve studené vodě. Tento proces snižuje nadýmání z nestravitelných tuků, ty odstraní slití vařící vody. Nevhodná je konzumace koláčů, buchet a knedlíků. Syrové domácí ovoce je upřednostňováno před ovocem kupovaným a před exotickým ovocem. Zelenina je potřeba čerstvá a upravená v páře (Hronek a Barešová, 2012, s. 16 - 19).

Vyloučit ze stravy, nebo alespoň omezit, by se měly uzeniny, syrové ryby a nedokonale zpracované maso, ztužené tuky, sladké limonády, umělá sladidla, potraviny obsahující konzervační látky, předvařené potraviny a čaje z léčivých rostlin. Mezi rostliny, které mohou vyvolat potrat, patří například šafrán, hořčičné semínko, petržel kořenová, rozmarýn a pelyněk (Hronek a Barešová, 2012, s. 20 - 21).

4.4 Monitor dechu

Monitor dechu je zdravotnická pomůcka, která monitoruje pohybovou a dechovou aktivitu dítěte. Pokud se pohybová či dechová aktivita dítěte zastaví na déle než 20 sekund nebo frekvence dechu klesne pod 8 dechů za minutu, automaticky se spustí světelný i zvukový signál (Babysence, ©2015)

Nejčastěji používaným typem je monitor dechu Babysence nebo Nanny. Monitory dechu Nanny a Babysence se skládají ze snímací podložky a vyhodnocovací jednotky. Snímací deska se umístí pod matraci v dětské postýlce a snímá pohyby. Vyhodnocovací jednotka, která při potížích spouští alarm se připevňuje na postýlku. Monitory dechu jsou napájeny tužkovými bateriemi, proto nejsou pro dítě nebezpečné (Nanny Monitor dechu, ©2015).

Dalším typem monitoru je Respisence, který se připevní přímo na plenku a upozorní na dvacet sekundovou nečinnost pohybů břicha (Respisence, ©2015).

5 PRVNÍ POMOC

„První pomoc je definována jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky poškození“ (Kelnarová et al., 2012, s. 10).

5.1 Legislativa

5.1.1 Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník - § 150 Neposkytnutí pomoci

(1) „Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti“ (Zákony pro lidi.cz, ©2009).

5.1.2 Zákon č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu - § 55 Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví, odstavec 2 c)

„Každý zdravotnický pracovník je povinen zejména poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou pomoc“ (Právní předpisy, 2015).

5.2 Indikace a pravidla volání ZZS

Volání zdravotnické záchranné služby (ZZS) je indikováno při stavech:

- bezprostředně ohrožujících na životě, které mohou vést při svém prohloubení až ke smrti,
- způsobujících trvalé následky pokud není rychle zasaženo,
- působících utrpení a akutní bolesti,
- při kterých postižený ohrožuje svým chování sebe či okolí (Bydžovský, 2011, s. 15).

5.3 Pravidla volání ZZS:

- Základním a nejdůležitějším pravidlem volání na telefonní číslo 155 nebo 112 je poslouchat a dbát pokynů vedených dispečerem a nikdy nezavěšovat jako první. Kvalifikovaný dispečer totiž rozhoduje o vyslání výjezdové skupiny a vede s volajícím tzv. telefonicky asistovanou první pomoc.
- Vždy buďte i nadále dostupní na telefonním čísle, ze kterého jste ZZS volali.
- Pomozte posádce záchranné služby najít postiženého, v co možná nejkratším čase. Proto rozsviňte, odemkněte domovní dveře, případně otevřete dveře do bytu, aby byl umožněn rychlý a snadný přístup.
- Pokud nemusíte provádět život zachraňující úkony nebo je na místě více osob, pošlete někoho na příjezdovou cestu nebo mávat z okna, až uslyší přibližující se sirénu.
- Vezměte s sebou nebo dejte postiženému důležité doklady (občanský průkaz, kartička pojišťovny, průkaz diabetika apod.), finanční hotovost, užívané léky nebo alespoň jejich seznam, poslední lékařské zprávy a vzkaz s telefonním číslem blízké osoby.
- Pamatovat na to, že s dítětem jede vždy doprovod, proto je nutné, aby matka byla na tuto skutečnost připravena, a zajistila hlídání sourozenců příbuznými či sousedy (Bydžovský, 2011, s. 15 - 16).

5.4 Kardiopulmonální resuscitace

Kardiopulmonální resuscitace (označkována zkratkou KPR) se provádí v případě, že dojde k zástavě základních životních funkcí, tedy dýchání a oběhu krve. KPR provádíme k obnově dodávky okysličené krve mozku a celého těla. Resuscitace se zahajuje co nejdříve po zjištění zástavy životních funkcí. Už po 4 - 5 minutách bez kyslíku dochází k nenávratnému poškození mozkových buněk (Šebelová a Knor, 2013, s. 105).

5.4.1 Rozdíly v resuscitaci

Nejčastější příčina resuscitace u novorozence je nedostatek kyslíku v průběhu porodu, v kojeneckém věku je jedná o aspiraci a syndrom náhlého úmrtí kojence. To je důvodem, proč resuscitace u dětí začíná odstraněním nedostatku kyslíku. Toho se dá dosáhnout

odstraněním překážky v dýchacích cestách a provedením umělého dýchání. Tím se stav nedýchajícího dítěte může rychle zlepšit (Šebelová a Knor, 2013, s. 140).

Proto je doporučena nejprve resuscitace po dobu jedné minuty a poté až volání odborné pomoci. V tom je hlavní rozdíl mezi resuscitací dítěte a dospělého. U dospělého je nutné okamžité přivolání ZZS ještě před resuscitací (Šebelová a Knor, 2013, s. 140).

Další rozdíl v provádění resuscitace dospělému a dítěti je v šetrnější technice, odlišných frekvencích úkonů a vzájemných poměrech umělých vdechů a stlačování hrudníku. Resuscitace dítěte je založena na rychlejší frekvenci a menší fyzické síle (Šebelová a Knor, 2013, s. 140).

5.4.2 Dělení KPR

Základní kardiopulmonální resuscitace, označováno jako BLS (z anglického Basic Life Support) je resuscitace prováděna laiky (tudíž nezdravotníky) bez pomůcek. Rozšířená KPR, neboli Advance Life Support, označeno zkratkou ALS, znamená kardiopulmonální resuscitaci prováděnou profesionály s využitím speciálních pomůcek, léků a přístrojů (Šebelová a Knor, 2013, s. 107 - 108).

5.4.3 ABC postup při oživování dítěte při základní resuscitaci

A – airway = zajištění průchodnosti dýchacích cest

Zkontrolujte stav vědomí hlasitým oslovením a jemným poklepem či poškrábáním plosky nohy dítěte. Pokud dítě na podnět nereaguje, přesuňte jej na tvrdou podložku v poloze na zádech a uvolněte dýchací cesty záklonem hlavy a předsunem čelisti tak, že jednu ruku položíte na čelo dítěte a provedete mírný záklon hlavy. Bříšky prstů druhé ruky přizvedněte bradu (Gregora a Velemínský, 2011, s. 203).

B – breathing = zajištění dýchání

Udržujte dýchací cesty volné a sledujte, zda dítě dýchá. Sledujte, zda se hrudník dítěte zvedá, poslouchejte, zda dítě dýchat slyšíte a jestli na své tváři cítíte pohyb vzduchu z úst dítěte. Dýchání sledujte alespoň 10 sekund. Pokud dítě nedýchá, zkontrolujte dutinu ústní a špičkami prstů opatrně odstraňte případné viditelné překážky, například cizí těleso nebo zvratky (Gregora a Velemínský, 2011, s. 203).

Pokud jsou dýchací cesty volné a hlavička mírně zakloněná, nadechneme se a při výdechu z plic do plic obejměte svými rty ústa i nos dítěte. Vzduch vdechujeme do nosu i úst dítěte pomalu, po dobu 1 - 1,5 sekundy a sledujte přitom zvedání hrudníku dítěte. Hlavičku udržujte v záklonu a sledujte, zda hrudník opět klesá. Vdech opakujeme pětkrát. Pokud po pěti umělých deších dítě nejeví zlepšení, záchránce začíná s nepřímou srdeční masáží (Gregora a Velemínský, 2011, s. 203).

C – circulation = zajištění krevního oběhu

U novorozence, pokud je záchránce jeden, přistupuje k dítěti ze strany. Bříškem ukazováčku a prostředníčku jedné ruky stlačuje hrudník v dolní třetině hrudní kosti. Jsou-li záchránci dva, jeden přistupuje k dítěti směrem od nohou a hrudník obemkne dlaněmi. Palce obou rukou stlačují hrudník v dolní třetině hrudní kosti četností 120 stlačení za minutu. Druhý záchránce provádí umělé dýchání v poměru 1 vdech ku 3 stlačení hrudníku. U novorozence se u neodkladné resuscitace vždy začíná pěti umělými vdechy a pokračuje se třemi stlačeními hrudníku na 1 vdech do nosu a úst zároveň (Šebelová a Knor, 2013, s. 140).

U kojence následuje po pěti umělých vdeších poměr kompresí hrudníku a umělých vdechů 30 ku 2. Komprese se neprovádí oběma palci, ale celou dlaní jedné ruky. Hloubka stlačení je asi 1/3 hloubky hrudníku (Šebelová a Knor, 2013, s. 140).

5.4.4 Kontraindikace zahájení KPR

Mezi okolnosti nebo stavy postiženého, které vylučují zahájení resuscitace, patří:

- poranění neslučitelná se životem,
- od zástavy uplynul časový interval delší než 20 minut,
- přítomnost jistých známek smrti,
- nebo reálné riziko ohrožení života či zdraví záchránců (Šebelová a Knor, 2013, s. 114-115)

5.4.5 Pokyny k ukončení resuscitace

Resuscitaci lze ukončit:

- při obnovení krevního oběhu a dechové aktivity,
- převzetí dítěte zdravotnickou záchrannou službou,
- při naprostém vyčerpání záchránce (Bydžovský, 2011, s. 11).

6 PÉČE O RODIČE ZEMŘELÉHO DÍTĚTE

Smrt dítěte je vnímána jako nejhorší životní událost. Tématu smrti a umírání dětí se drtivá většina společnosti vyhýbá, smrt se však nevyhýbá dětem (Kupka, 2014, s. 110).

Smrt blízkého člověka bývá velkým zásahem do života pozůstalých, jejichž život už nikdy nebude jako dřív. Truchlení je proces vypořádání se se ztrátou milované blízké osoby, který je vyjádřen obecnými i specifickými projevy, jejichž intenzita se s postupem času zmírňuje. Smrt blízkého člověka je zátěžovou životní situací, která klade nároky na psychiku, fyzickou zdatnost a velmi zasahuje i do sociálních vztahů. V takové situaci pozůstalí potřebují nejvíce pomoc od rodiny a přátel. Bohužel většina lidí se pozůstalým vyhýbá, protože netuší, jak se k raněnému člověku chovat, aby více neublížili. To je hlavní důvod, proč se stále více lidí obrací na odborníky s žádostí o poradenství či psychoterapii (Kupka, 2014, s. 124).

6.1 Zásady při sdělování úmrtí

- klidné místo, soukromí,
- představit se a vyslovit pozůstalým svoji účast,
- srozumitelně vysvětlit okolnosti úmrtí,
- dát pozůstalým čas na přijetí situace,
- podat ruku, pohládit, nebát se tělesného kontaktu,
- nabídnout kontakt na odbornou psychologickou pomoc (Janáčková a Weiss, 2008, s. 99).

6.2 Proces truchlení a jeho fáze

Truchlení je proces vypořádání se se ztrátou milované blízké osoby, který je vyjádřen obecnými i specifickými projevy, jejichž intenzita se s postupem času zmírňuje. Tímto procesem prochází každý pozůstalý, pozornost by se měla věnovat i sourozencům zemřelého dítěte, kterým je potřeba situaci vysvětlit přiměřeně jejich věku (Kupka, 2014, s. 124).

Proces truchlení má čtyři hlavní úkoly – přijmout ztrátu jako realitu, prožít si období smutku, adaptovat se na život bez zemřelého a emocionálně se od něj odpoutat (Kupka, 2014, s. 129).

První fáze truchlení začíná otřesem a šokem, který nastupuje bezprostředně po úmrtí a přetrvává několik hodin či dnů. Projevuje se zmateností a otupělostí, pozůstalý prožívá situaci jako by zpozvdálí, jako něco nereálného (Kupka, 2014, s. 128 - 129).

Druhou fází je stádium sebekontroly, které přetrvává do pohřbu a brání pozůstalému smutek prožívat naplno (Kupka, 2014, s. 129).

Třetí fází je regrese doprovázená intenzivním smutkem. Pozůstalí se stávají zranitelnými, jsou plni úzkosti a zoufalství a velmi potřebují oporu. Často nejsou schopni dostát svým každodenním povinnostem, jsou apatičtí, uzavření. Typická je pro toho období dezorientace, poruchy spánku, narušení sexuálních zvyklostí a nechůť věnovat se tomu, co dříve působilo uspokojení a radost. Tato fáze obvykle trvá jeden až tři měsíce (Kupka, 2014, s. 129).

Poslední fází je adaptace, která běžně trvá rok i déle. Je to fáze znovuzískávání sebekontroly nad vlastním životem, kdy se pozůstalí smiřují se ztrátou a snaží se zapojit do pokračujícího proudu života. Nachází se smysl života a znovu se objevují emoce, např. radost (Kupka, 2014, s. 129).

6.3 Komplikované truchlení

Atypické formy truchlení se liší od typické formy především intenzitou a délkou trvání. Častou komplikací jsou tzv. opožděné reakce, které mohou být odloženy o celé týdny, měsíce i roky, a znemožňují další život. Další komplikací mohou být reakce zkreslené, které se nejčastěji projevují hyperaktivitou, kdy pozůstalý utíká do některé aktivity (častý je např. workoholismus), nebo intenzivní apatií, či přetrvávajícími změnami ve vztazích, projevující se jako upjaté chování, nepřátelství až nenávisť (Kupka, 2014, s. 130).

Rizikové faktory komplikovaného truchlení:

- okolnosti úmrtí (velmi obtížné je truchlení po náhlé a předčasné smrti),
- charakteristika vztahu mezi zemřelým a pozůstalým (smrt dítěte vyvolává u rodičů problematické truchlení, při kterém je ohroženo i partnerství rodičů),
- charakteristika pozůstalého (výčitky svědomí, předchozí nedořešené ztráty, neschopnost vyjádřit emoce, nebo malá psychická odolnost), sociální okolnosti, např. absence vztahů, nebo nedostatečná podpora rodiny (Kupka, 2014, s. 130).

Komplikované truchlení doprovází:

- deprese,
- hypochondrie,
- závislost na alkoholu a medikamentech,
- fobie,
- pocity viny,
- záchvaty paniky,
- a sebevražedné tendence (Prázdna kolébka, ©2015).

6.4 Truchlící matka

Typické reakce matek na ztrátu dítěte jsou:

- odmítání uvěřit a šok,
- zaujatost, kdy se žena nedokáže soustředit na nic jiného, než na myšlenky o dítěti,
- popření je typickou reakcí právě pro ženy, kdy se žena chová, jako by se dítě mělo vrátit,
- pocit nespravedlnosti a vztek, že se to stalo zrovna jí, pocit, že jí nikdo nerozumí,
- pocit viny a přemýšlení, co mohla udělat pro to, aby úmrtí zabránila,
- a přijetí ztráty (Prázdna kolébka, ©2015).

Úmrtím trpí i sourozenci zemřelého dítěte, kdy matka může přežívající děti odmítat a nevěnovat se jim. Jsou případy, kdy nešťastná matka z úmrtí neuváženě obviní staršího sourozence. Zoufalá matka za tuto skutečnost může své starší dítě i trestat (Kohner a Henley, 2013, s. 111 - 112).

6.5 Truchlící otec

Role otce je společností vnímána hlavně jako podpora partnerky. Očekává se, že oni budou ti silní, a proto kromě vlastního žalu snesou i zármutek nad tím, jak moc jejich partnerka trpí. Někteří lidé myslí, že jeho zármutek není tak velký jako její. Partner matky je navíc ve zdravotnictví pojímán jako pojítko v komunikaci mezi zdravotnickým personálem a matkou, jeho prostřednictvím jsou interpretovány informace celé rodině. Kvůli tomu se může zdát, že se někdy snaží schovat před tím, co se stalo, ale oni se jen snaží najít smysl svým vlastním způsobem. Je důležité, aby si otcové dali čas a prostor na truchlení. Není třeba cítit se provinile, každý potřebujete čas na strávení

svých emocí. Partner mívá pocit, že musí zmírnit partnerčin pláč a mít odpověď na všechny její otázky. Je potřeba nechat partnerku, aby mohla vyjádřit sama sebe a nemít pocit, že jí musí zmírnit bolest. Měl by přijmout své emoce, zkoušet je vyjádřit a nebát se přijmout pomoc od druhých. Zármutek je důležitou součástí smíření se se vzniklou situací a nelze jej potlačit alkoholem, léky, ani spoustou práce (Prázdná kolébka, ©2015).

Ženy a muži truchlí odlišně. Zatímco žena se utápí v pocitech žalu, muž se snaží o statečný výraz pro útěchu partnerky. To však může vypadat jako nezájem. Jen respekt ke vzájemným odlišnostem může být přínosem v partnerství (Prázdná kolébka, ©2015).

Smrt dítěte může prohloubit dřívější vztahové problémy, ale i narušit do té doby dobře fungující vztah. Partneři si nemusí být schopni poskytnout potřebnou podporu, jakou od sebe navzájem očekávali. To může způsobovat konflikty a nedorozumění. Například truchlící muži touží po sexu, jako po prostředku k dosažení útěchy, kdežto truchlící ženy se sexu spíše vyhýbají a muže obviňují. Ti se poté cítí dotčeni a nepochopeni. Pro tyto narušené vztahy je vhodné například párové poradenství (Špatenková, 2008, s. 44).

6.6 Poradenství pro pozůstalé

Péče o pozůstalé probíhá v mnoha podobách, jako např. empatická komunikace, poradenství, krizová intervence, nebo psychiatrická péče. Pomoc pozůstalým bývá poskytována od laiků (např. rodina, přátelé nebo i páry, které zažily stejnou ztrátu) až po profesionální aktivity (Špatenková, 2008, s. 13).

Ztráta dítěte je velmi intenzivní a komplikovaná situace už sama o sobě. Reakce rodičů bývají nepřiměřené a nekončící. Pocity, které jsou jinak považovány za abnormální, jsou u truchlících rodičů normální. Truchlení rodičů je totiž normální souhrn reakcí na nenormální situaci (Špatenková, 2008, s. 14).

Průběh poradenského procesu se strukturuje do pěti fází. První fází je příprava poradenského procesu. Druhou fází je vzájemné přijetí účastníků, kdy dochází k prvnímu přímému kontaktu mezi poradcem a klientem. Třetí fází bývá porozumění problému, po kterém následuje hledání řešení problému a nakonec ukončení poradenského procesu (Špatenková, 2008, s. 18).

V ideálním případě by oba rodiče měli společně projít třemi poradenskými rozhovory. První poradenský rozhovor by měl proběhnout bezprostředně po úmrtí dítěte. Druhý

rozhovor probíhá, když jsou již rodiče v menším šoku a jsou schopni vyjádřit své emoce, doporučeno je druhý až třetí den po úmrtí a třetí rozhovor je vhodné uskutečnit o několik měsíců později ke zjištění, jestli má jejich truchlení zdravý průběh (Kohner a Henley, 2013, s. 111).

6.7 Zásady komunikace příbuzných s rodiči zemřelého dítěte

Nejdůležitější zásadou komunikace příbuzných nebo přátel s pozůstalým je vyvarovat se útěch a bagatelizování problému frázemi:

- „Jsi pořád mladá, ještě může mít další dítě“.
- „Život jde dál“.
- „Nesmíš si to tak brát“.
- „Každý má nějaký problém“.
- „To se stává“ (Prázdna kolébka, ©2015).

Okolí často pociťuje potřebu „táhat“ rodiče zemřelého dítěte ze zármutku. Každý by si měl uvědomit, že pozůstalí potřebují čas a prostor pro své truchlení, proto mějte pochopení, nabídněte pomoc, Pokud cítíte, že se chtějí svěřit, naslouchejte. Nesnažte se zmírňovat závažnost situace, nesnažte se radit a nikdy se nevyhýbejte konverzaci o zemřelém dítěti (Dlouhá cesta, ©2015).

6.8 Desatero pro pozůstalé

„Zapojte se do přípravy pohřbu. Věnujte pozornost tomu, co jíte. Zachovejte, pokud možno, normální režim. Posuďte svůj zdravotní stav. Hovořte o zemřelém dítěti. Dovolte si truchlit. Udělejte si čas na truchlení. Dovolte si zlostné pocity. Dovolte druhým, aby vám pomáhali. Nebojte se vyhledat pomoc“ (Prázdna kolébka, ©2015).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRÁCE

V praktické části bylo využito kvantitativního výzkumného šetření ve formě anonymního dotazníku. Ten byl sestaven na základě předem stanovených cílů. Dotazník obsahoval 22 otázek a byl rozdělen do tří částí.

První část, 5 otázek, byla zaměřena na údaje o respondentkách. Druhá část, 10 otázek, byla zaměřena na zjištění informovanosti respondentek ohledně obecných znalostí o Syndromu náhlého úmrtí kojence a poslední část, 7 otázek, byla vytyčena pro zjištění míry znalosti resuscitace novorozence a kojence, a zkušeností s poskytováním první pomoci.

V předvýzkumu jsem distribuovala dotazníky patnácti osobám ze svého okolí pro zjištění, zda budou otázky správně pochopeny. Podle výsledku pak byly otázky upraveny tak, aby mohly být dotazníky co nejpřesněji vyplněny a vyhodnoceny. Pro přesnost odpovědí byly použity pouze uzavřené otázky.

Výzkumné šetření bylo po schválení žádosti o dotazníkové šetření uskutečněno na oddělení šestinedělí v Krajské nemocnici T. Bati ve Zlíně. Bylo rozdáno 100 dotazníků, které byly ihned po vyplnění vybrány. Návratnost tedy byla 100 %. Po vysbírání dotazníků bylo respondentkám nabídnuto vyhodnocení správných odpovědí.

Nasbírané odpovědi byly vyhodnoceny, procentuálně vyjádřeny a zaznamenány pomocí sestavených tabulek a grafů.

7.1 Charakteristika souboru

Výběr výzkumného vzorku byl záměrný. Dotazník byl určen ženám na oddělení šestinedělí právě pro zjištění informovanosti žen, kterým se blíží ukončení doby hospitalizace po porodu a chystají se, i se svým miminkem, opustit nemocnici do domácího prostředí, kde bude veškerá starostlivost o dítě jen na nich samotných.

7.2 Cíle výzkumu

Celkem byly stanoveny tři cíle práce.

Hlavním cílem bylo zjištění informovanosti respondentek ohledně obecných znalostí o Syndromu náhlého úmrtí kojence.

Cílem č. 2 bylo zjištění znalosti základní neodkladné resuscitace poskytované novorozenci a kojenci.

Cílem č. 3 bylo zjištění, zda se respondentky někdy teoreticky zajímaly o poskytování první pomoci a zda mají s poskytováním osobní zkušenost.

Cílem č. 4 bylo vypracování edukačního materiálu se základními informacemi o SIDS a resuscitaci.

Očekávaný výsledek hlavního cíle: Předpokládám, že ženy budou vědět základní informace ohledně Syndromu náhlého úmrtí kojence.

Očekávaný výsledek druhého cíle: Předpokládám, že znalost správného poměru resuscitace u novorozence a kojence projeví jen necelá polovina respondentek.

Očekávaný výsledek třetího cíle: Předpokládám, že se ze své vlastní vůle o správné teoretické postupy v první pomoci zajímala většina respondentek, ale jen velmi málo z nich jich má s poskytováním osobní zkušenosti.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

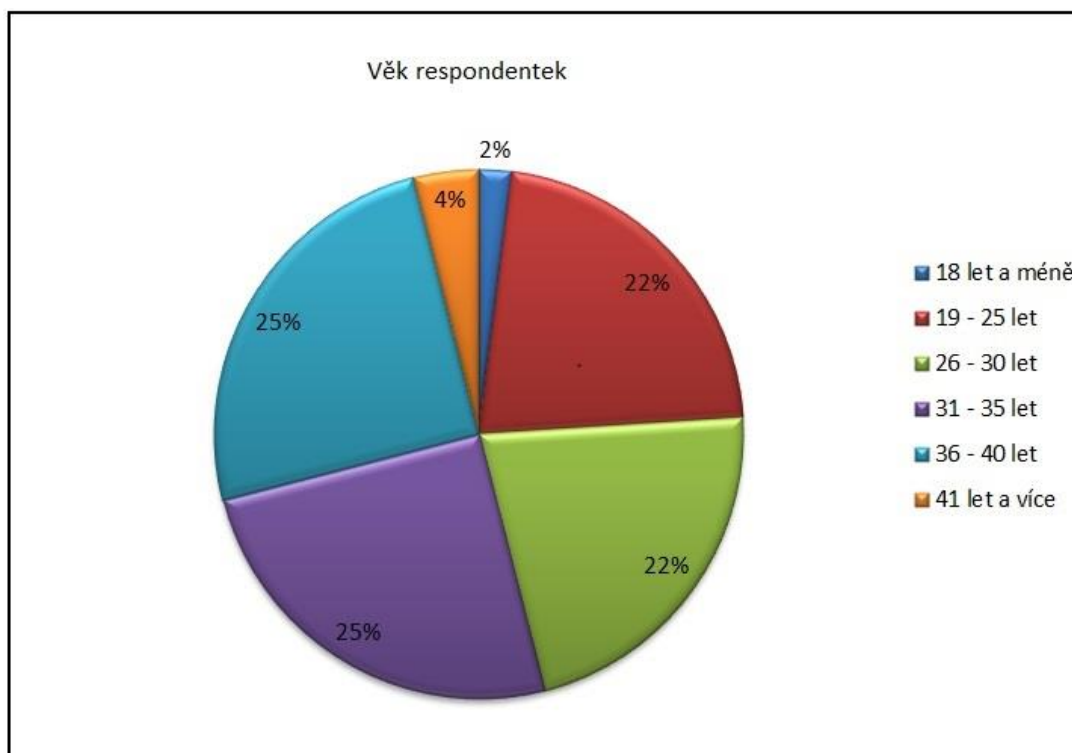
Položka číslo 1: Kolik je Vám let?

Tab. 1: Věk respondentek

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 let a méně	2	2%
19 - 25 let	22	22%
26 - 30 let	22	22%
31 - 35 let	25	25%
36 - 40 let	25	25%
41 let a více	4	4%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 1: Věk respondentek



Zdroj: Vlastní

Komentář: Průzkum zjistil, že nejpočetnější skupiny (25 %) tvořily ženy ve věku 31 – 35 let a ženy ve věku 36 – 40 let. Věk 19 – 25 let uvedlo 22 % žen a stejně tak 22 % žen uvedlo věk 26 – 30 let. Věk 41 let a více uvedly 4% žen a pouze 2 % žen uvedlo věk 18 let a méně.

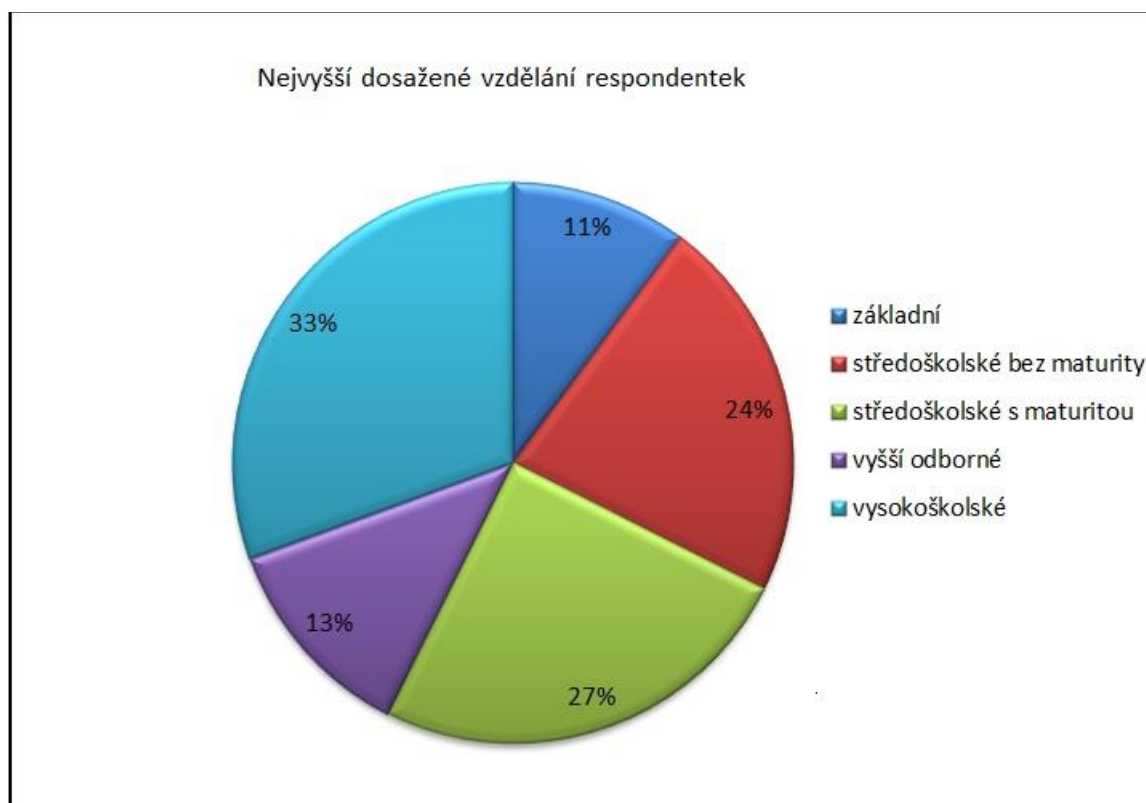
Položka číslo 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 2: Vzdělání respondentek

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
základní	11	11%
středoškolské bez maturity	24	24%
středoškolské s maturitou	27	27%
vyšší odborné	13	13%
vysokoškolské	33	33%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 2: Vzdělání respondentek

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: V průzkumu bylo zjištěno, že nejpočetnější skupinu tvořily respondentky s vysokoškolským vzděláním, což činilo 33 %. Respondentky se středoškolským vzděláním ukončeným maturitní zkouškou tvořily 27 %, respondentky se středoškolským vzděláním ukončeným výučním listem tvořily 24 %, respondentky s vyšším odborným vzděláním zastupovaly 13 % a 11 % respondentek uvedlo základní vzdělání.

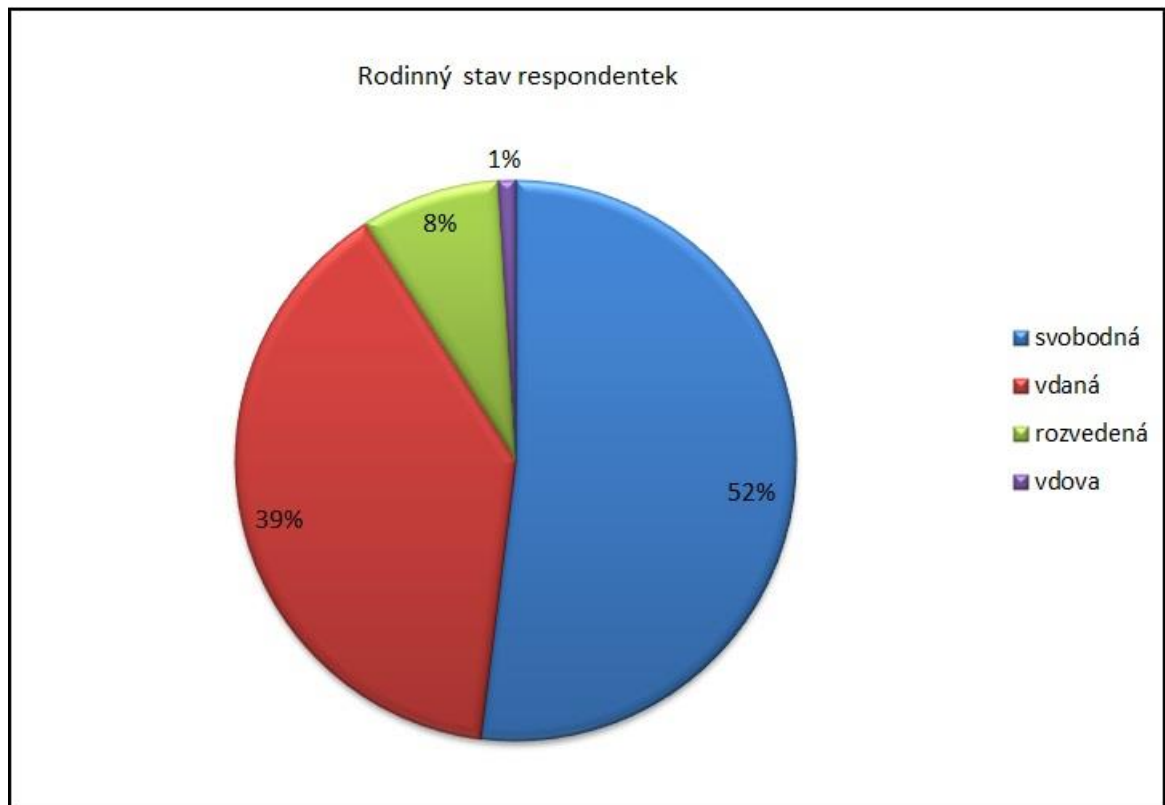
Položka číslo 3: Váš rodinný stav?

Tab. 3: Rodinný stav respondentek

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
svobodná	52	52%
vdaná	39	39%
rozvedená	8	8%
vdova	1	1%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 3: Rodinný stav respondentek

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Průzkum ukázal, že nejpočetnější skupinu tvořily svobodné ženy (52 %). Naopak vdané ženy tvořily skupinu s četností 39 %. Ženy rozvedené zastupovaly skupinu 8 % a 1 % žen uvedlo, že ovdovělo.

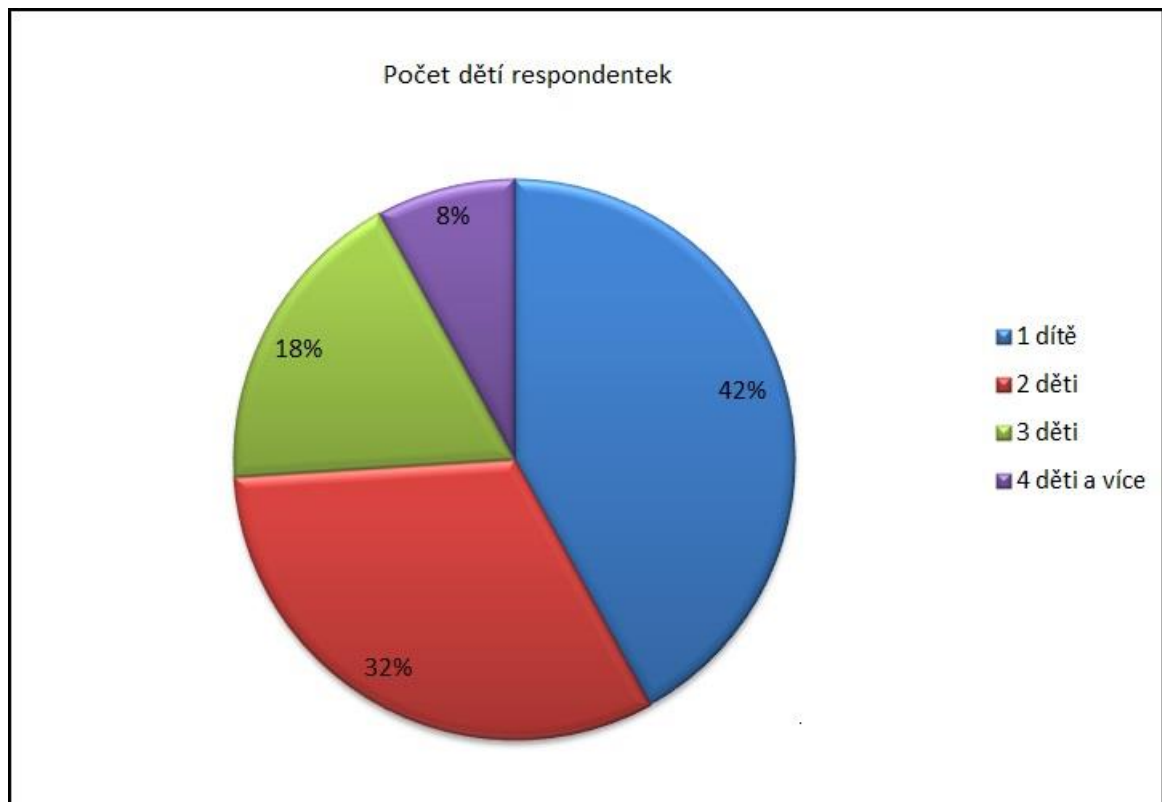
Položka číslo 4: Kolik máte dětí?

Tab. 4: Počet dětí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 dítě	42	42%
2 děti	32	32%
3 děti	18	18%
4 děti a více	8	8%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 4: Počet dětí



Zdroj: Vlastní

Komentář: Bylo zjištěno, že 42 % respondentek uvedlo, že má nyní své první dítě, 32 % respondentek uvedlo děti dvě a 18 % uvedlo děti tři. Čtyři a více dětí uvedlo 8 % respondentek.

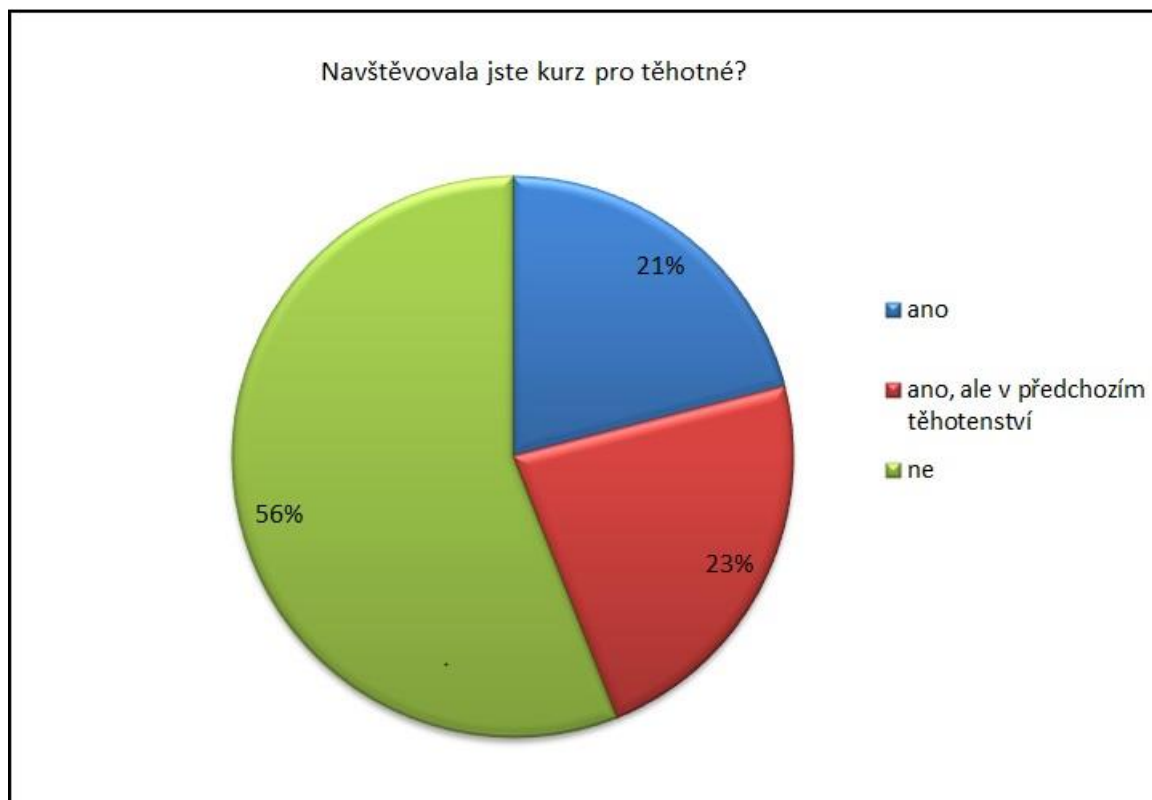
Položka číslo 5: *Navštěvovala jste kurz pro těhotné?*

Tab. 5: Návštěvnost kurzu pro těhotné

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	21	21%
ano, ale v předchozím těhotenství	23	23%
ne	56	56%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 5: Návštěvnost kurzu pro těhotné

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Průzkumem bylo zjištěno, že pouze 21 % respondentek nyní navštěvovalo kurz pro těhotné ženy. Respondentky, které navštěvovaly kurz pro těhotné ženy v předchozím těhotenství, tvoří skupinu v zastoupení 23 %. Až 56 % respondentek však přípravu v podobě kurzů nepodstoupilo.

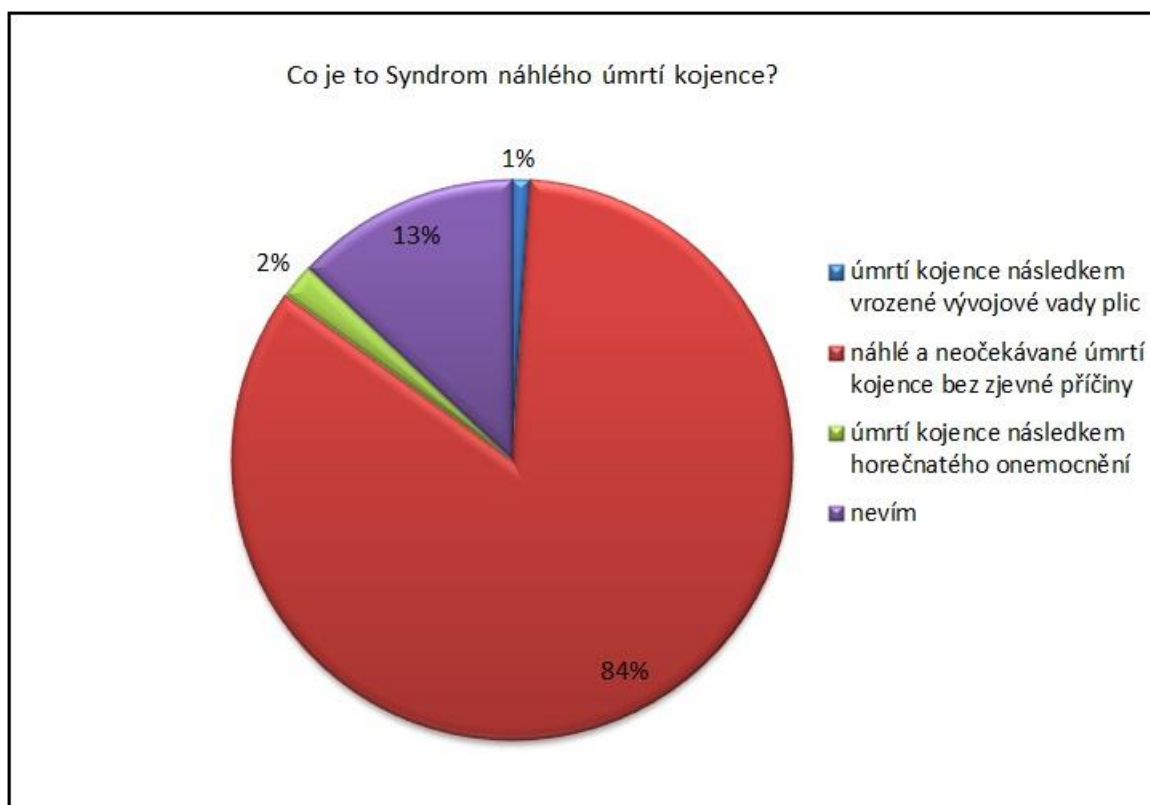
Položka číslo 6: Co je to Syndrom náhlého úmrtí kojence?

Tab. 6: Správná definice Syndromu náhlého úmrtí kojence

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
úmrtí kojence následkem vrozené vývojové vady plic	1	1%
náhlé a nečekané úmrtí kojence bez zjevné příčiny	84	84%
úmrtí kojence následkem horečnatého onemocnění	2	2%
nevím	13	13%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 6: Správná definice Syndromu náhlého úmrtí kojence



Zdroj: Vlastní

Komentář: Z průzkumu vyplívá, že 84 % respondentek správně odpovědělo, že Syndrom náhlého úmrtí je náhlé a neočekávané úmrtí kojence bez zjevné příčiny. Úmrtí kojence následkem horečnatého onemocnění odpovědělo 2 % respondentek a 1 % dotazovaných respondentek odpovědělo, že Syndrom náhlého úmrtí kojence je úmrtí následkem vrozené vývojové vady plic. Celých 13 % respondentek odpovědělo, že definici neví.

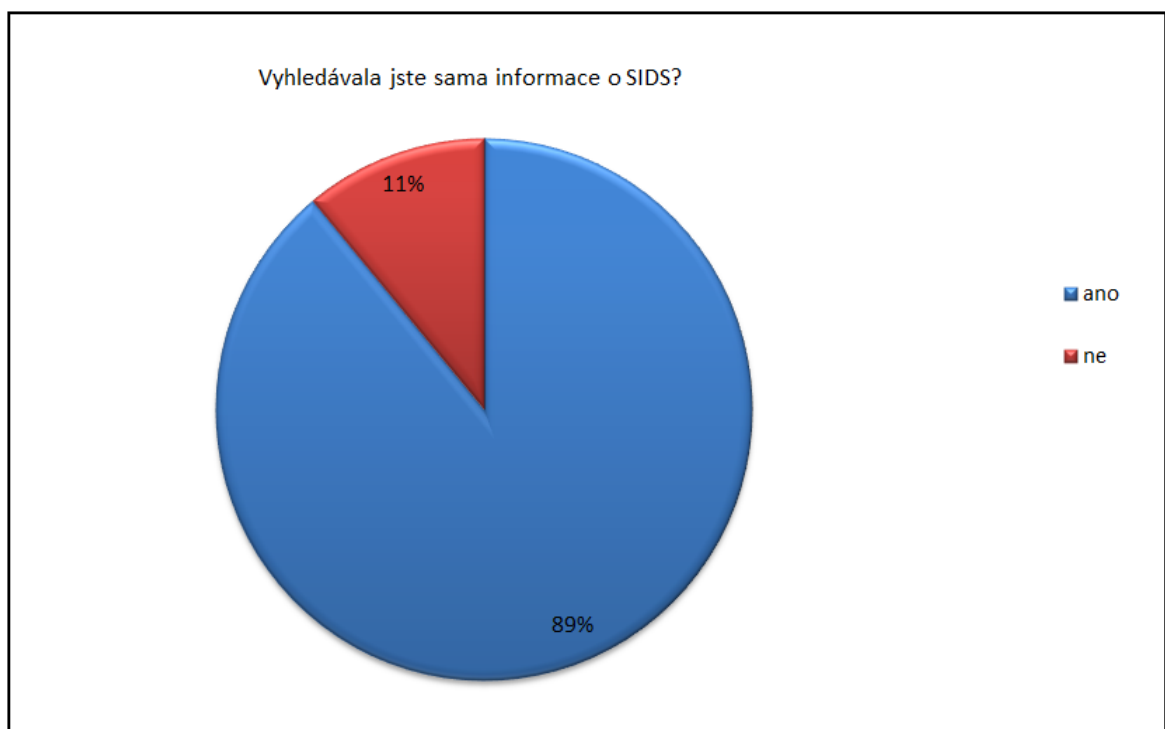
Položka číslo 7: Vyhledávala jste sama informace o SIDS?

Tab. 7: Cílené vyhledávání informací

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	89	89%
ne	11	11%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 7: Cílené vyhledávání informací



Zdroj: Vlastní

Komentář: Z výzkumu vyplívá, že 89 % respondentek samo vyhledávalo informace o SIDS. Informace cíleně nevyhledávalo 11 % respondentek.

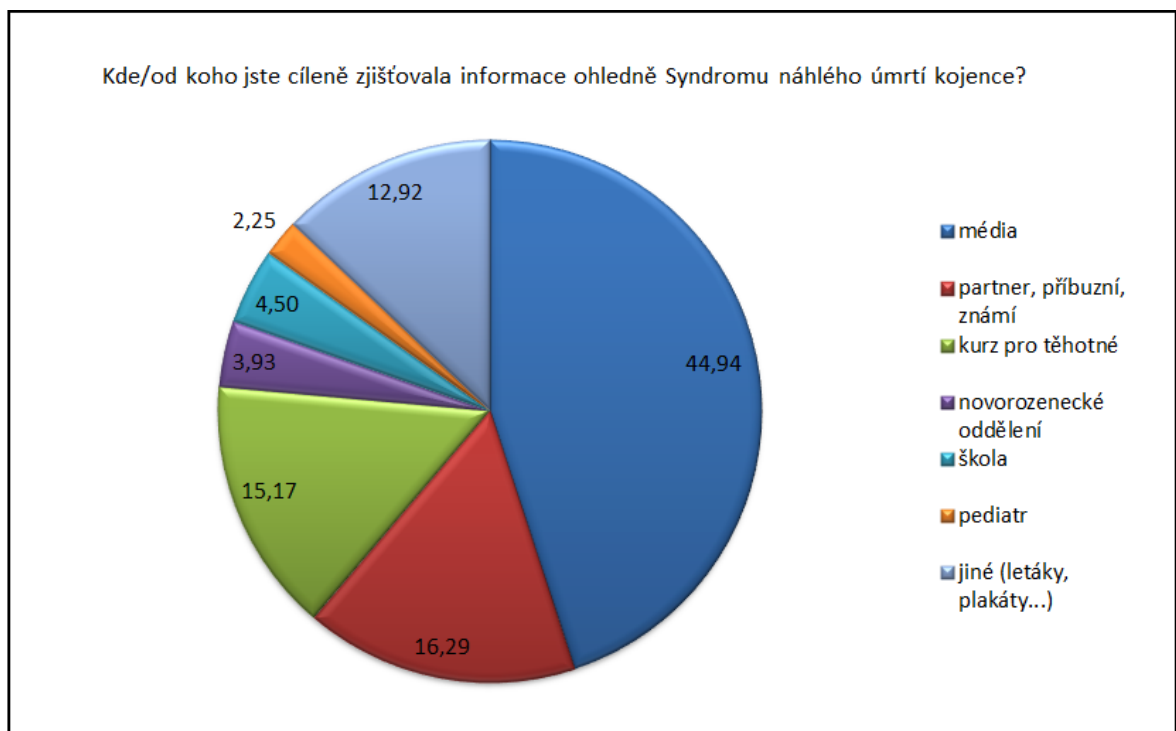
Položka číslo 8: Kde/od koho jste informace vyhledávala?

Tab. 8: Možnosti vyhledávání informací

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
média	80	44,94
partner, příbuzní, známí	29	16,29
kurz pro těhotné	27	15,17
novorozenecké oddělení	7	3,93
škola	8	4,50
pediatr	4	2,25
jiné (letáky, plakáty...)	23	12,92
Celkem	178	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 8: Možnosti vyhledávání informací



Zdroj: Vlastní

Komentář: Na otázku odpovídalo 89 respondentek, které na otázku č. 7 odpovědělo, že samy vyhledávaly informace o Syndromu náhlého úmrtí kojence. Dotazované respondentky měly možnosti výběru více odpovědí. Celkem bylo 178 odpovědí (100 %). Z výzkumu bylo zjištěno, že nejvíce respondentky vyhledávaly informace v médiích. Média měla účast 44,94 %. Informovanost od partnerů, příbuzných a blízkých činila

16,29%, kurzy pro těhotné činily 15,17 %, 3,93 % měla účast na informovanosti od novorozeneckého oddělení a 2,25 % od pediatra. Informace získané ze školy tvořily 4,50 % a 12,92 % byly informace z jiných zdrojů, jako například letáky, plakáty nebo reklamy.

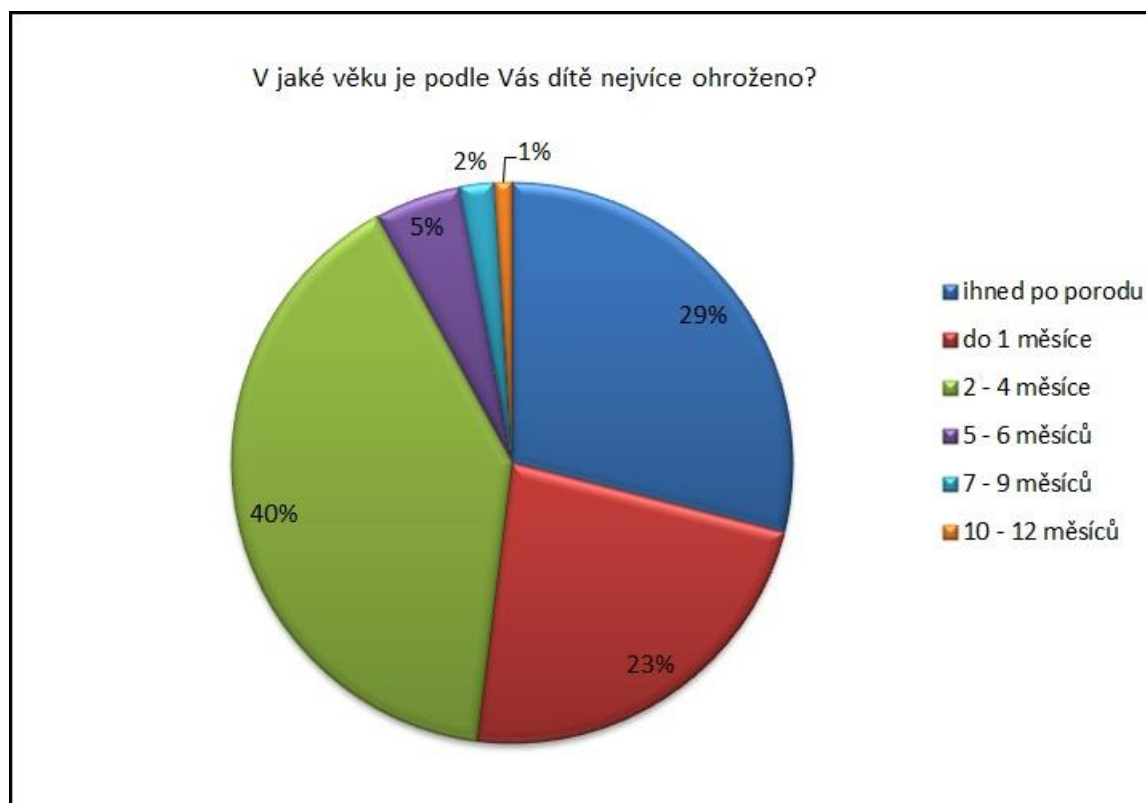
Položka číslo 9: *V jakém věku je podle Vás dítě nejvíce ohroženo?*

Tab. 9: Věk největšího ohrožení dítěte SIDS

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ihned po porodu	29	29%
do 1 měsíce	23	23%
2 - 4 měsíce	40	40%
5 - 6 měsíců	5	5%
7 - 9 měsíců	2	2%
10 - 12 měsíců	1	1%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 9: Věk největšího ohrožení dítěte SIDS

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Z průzkumného šetření vyplývá, že nejvíce respondentek (40 %) zvolilo správnou odpověď, že nejvíce je dítě ohroženo ve věku 2 – 4 měsíce. Celých 29 % respondentek je přesvědčeno, že dítě je nejvíce ohroženo ihned po porodu, 23 % žen uvádí, že je dítě nejvíce ohroženo do 1 měsíce věku. Až 5 % respondentek odpovědělo,

že nejrizikovější věk je 5 – 6 měsíců, 2 % žen odpovídá 7 – 9 měsíců a 1% respondentek uvedlo, že nejvíce ohroženo je dítě ve věku 10 – 12 měsíců.

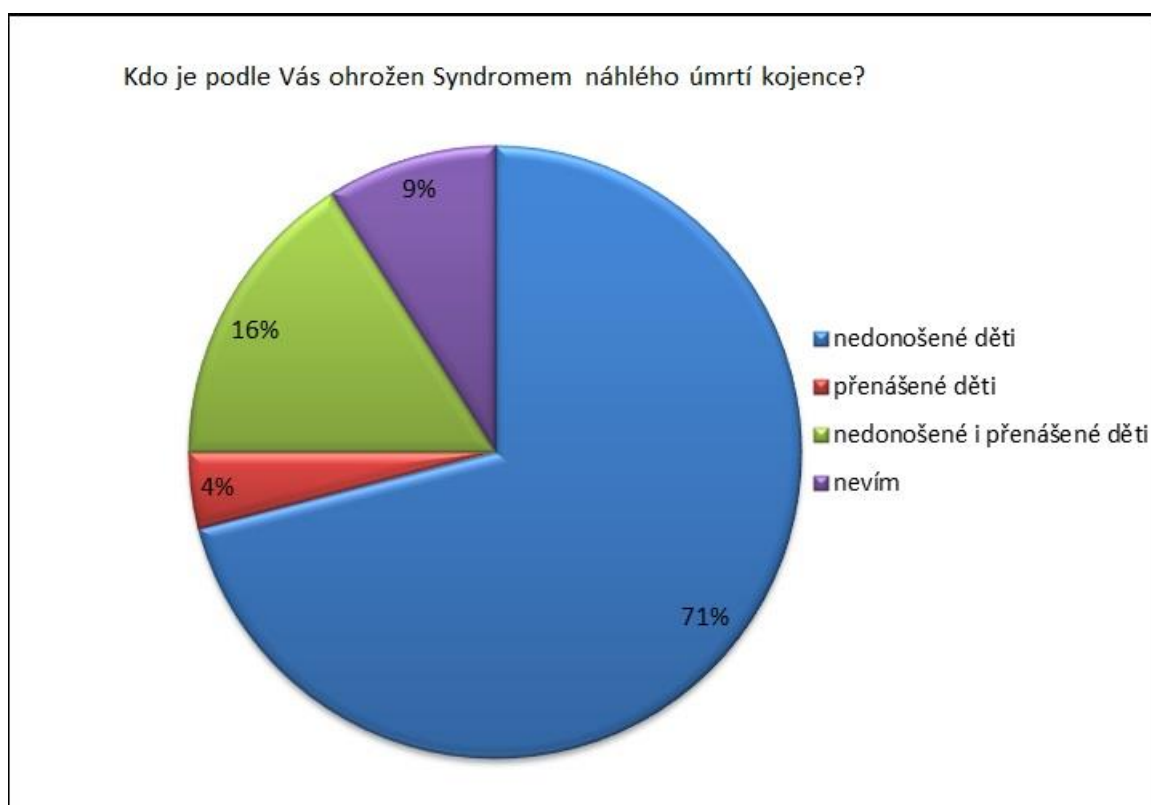
Položka číslo 10: Kdo je podle Vás ohrožen Syndromem náhlého úmrtí kojence?

Tab. 10: Rizikové faktory

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
nedonošené děti	71	71%
přenášené děti	4	4%
nedonošené i přenášené děti	16	16%
nevím	9	9%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 10: Rizikové faktory

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Průzkum ukazuje, že 71 % respondentek správně odpovědělo, že ohroženy jsou nedonošené děti. Přenášené děti jako rizikové označily 4 % respondentek, 16 % uvádí, že rizikové jsou děti nedonošené i přenášené a 9 % odpověď na otázku neví.

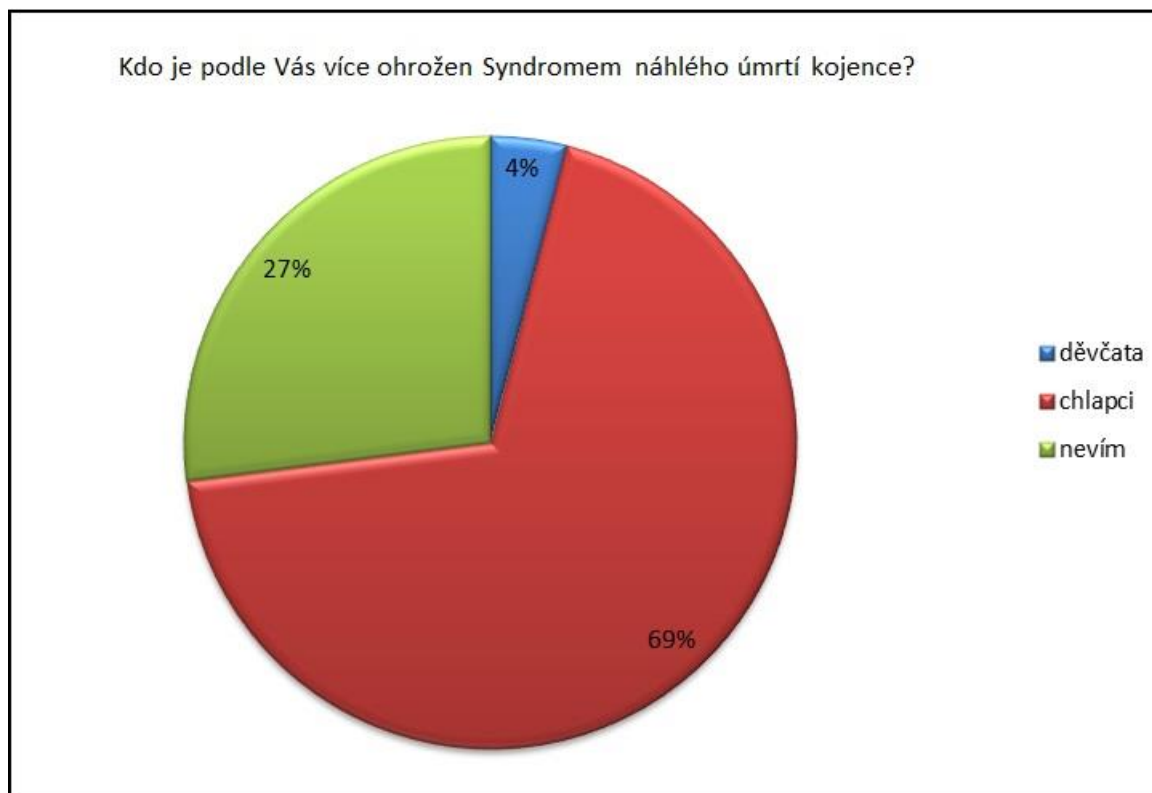
Položka číslo 11: *Které pohlaví je bráno jako jeden z rizikových faktorů SIDS?*

Tab. 11: Rizikové faktory

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
děvčata	4	4%
chlapci	69	69%
nevím	27	27%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 11: Rizikové faktory



Zdroj: Vlastní

Komentář: Průzkumem bylo zjištěno, že 69 % respondentek ví, že jedním z rizikových faktorů je mužské pohlaví, 4 % respondentek si myslelo, že rizikovým faktorem je pohlaví ženské a 27 % respondentek odpověď na otázku nevědělo.

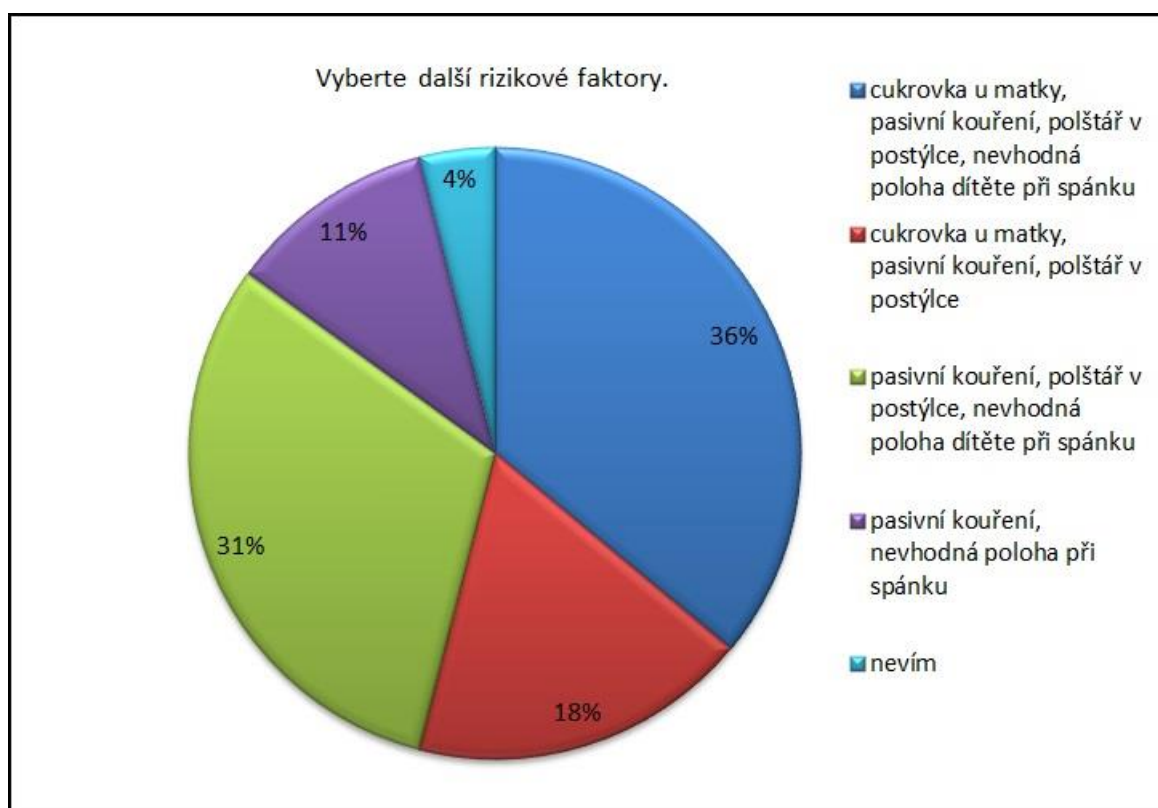
Položka číslo 12: Vyberte další rizikové faktory

Tab. 12: Rizikové faktory

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
cukrovka u matky, pasivní kouření, polštář v postýlce, nevhodná poloha při spánku	36	36%
cukrovka u matky, pasivní kouření, polštář v postýlce	18	18%
pasivní kouření, polštář v postýlce, nevhodná poloha při spánku	31	31%
pasivní kouření, nevhodná poloha při spánku	11	11%
nevím	4	4%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 12: Rizikové faktory



Zdroj: Vlastní

Komentář: Z průzkumu vyplívá, že jen 31 % respondentek správně určila jako rizikové faktory pasivní kouření, polštář v postýlce a nevhodnou polohu dítěte při spánku. Cukrovku u matky, pasivní kouření, polštář v postýlce a nevhodnou polohu dítěte při spánku určilo jako rizikové faktory 36 % respondentek. Cukrovku u matky, pasivní kouření a polštář v postýlce považuje za rizikové 18 % respondentek a 11 % respondentek

je přesvědčeno, že rizikové je jen pasivní kouření a nevhodná poloha dítěte při spánku.
Na otázku 4 % respondentek odpovědělo, že správnou odpověď neví.

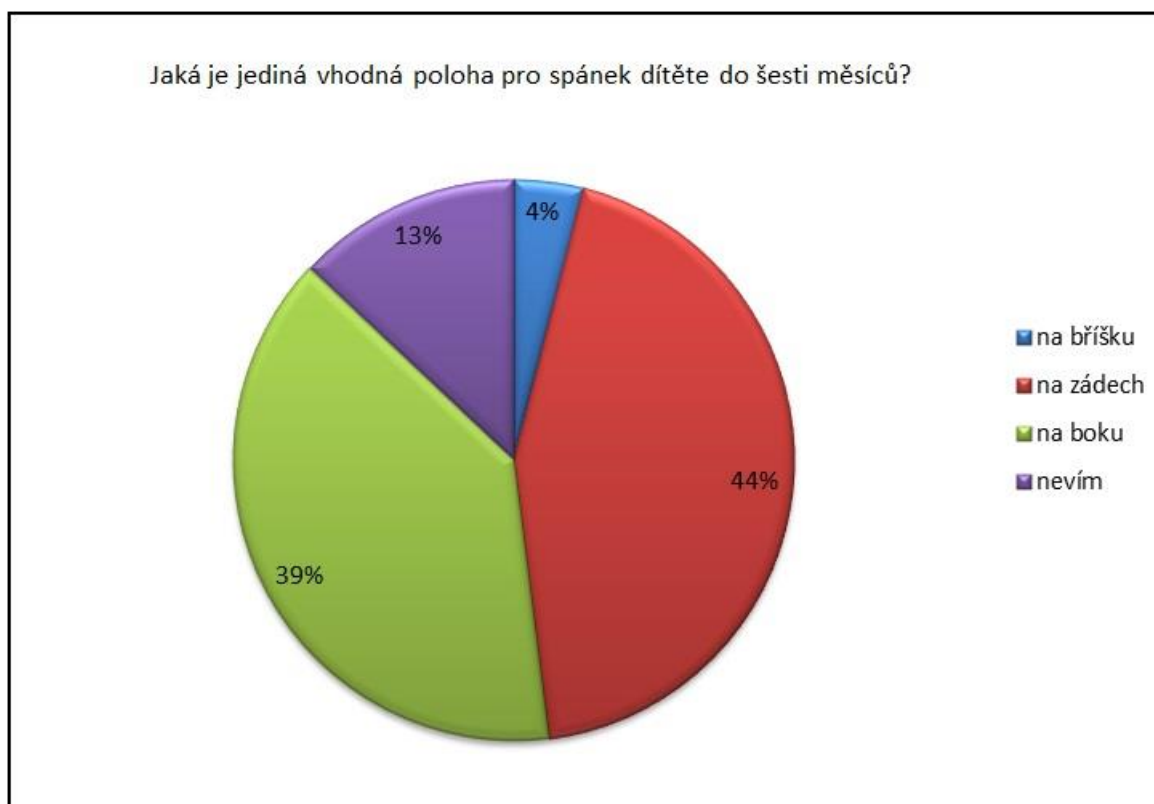
Položka číslo 13: *Jaká je jediná vhodná poloha pro spánek dítěte do šesti měsíců?*

Tab. 13: Správná poloha pro spánek

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
na bříšku	4	4%
na zádech	44	44%
na boku	39	39%
nevím	13	13%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 13: Správná poloha pro spánek

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Nejpočetnější skupina respondentek tvořena 44 % udává, že jediná vhodná poloha pro spánek kojence do šesti měsíců je poloha na zádech. Polohu na boku udává jako jedinou vhodnou 39 % respondentek, 4 % považuje za nejvhodnější polohu na bříšku a 13 % respondentek neví, která poloha je nejvhodnější.

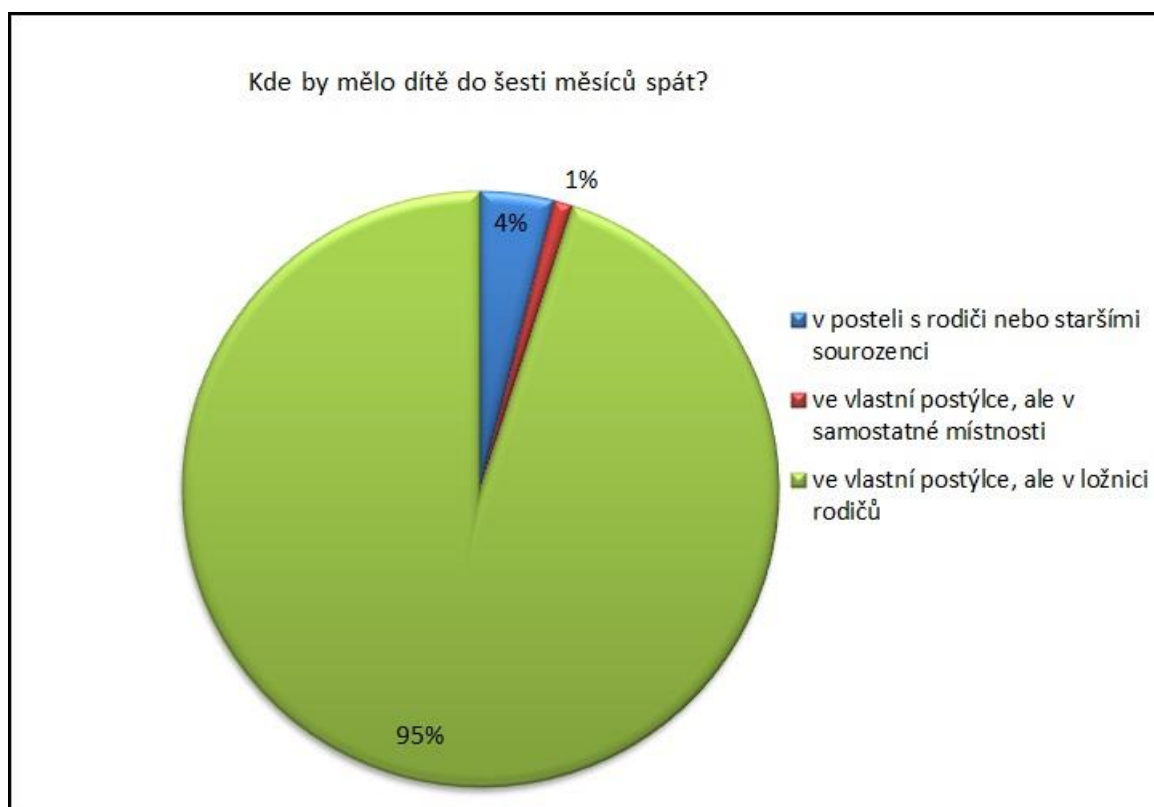
Položka číslo 14: *Kde by mělo dítě do šesti měsíců spát?*

Tab. 14: Vhodné místo pro spánek dítěte

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
v posteli s rodiči nebo staršími sourozenci	4	4%
ve vlastní postýlce a samostatné místnosti	1	1%
ve vlastní postýlce, ale v ložnici rodičů	95	95%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 14: Vhodné místo pro spánek dítěte

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Z průzkumu bylo zjištěno, že 95 % respondentek považuje za nejvhodnější místo pro spánek dítěte do šesti měsíců vlastní postýlku uloženou v ložnici rodičů, 4 % respondentek považuje za nejvhodnější spánek v posteli s rodiči nebo staršími sourozenci a 1% respondentek odpovídá, že dítě by mělo ideálně spát ve vlastní postýlce v samostatné místnosti.

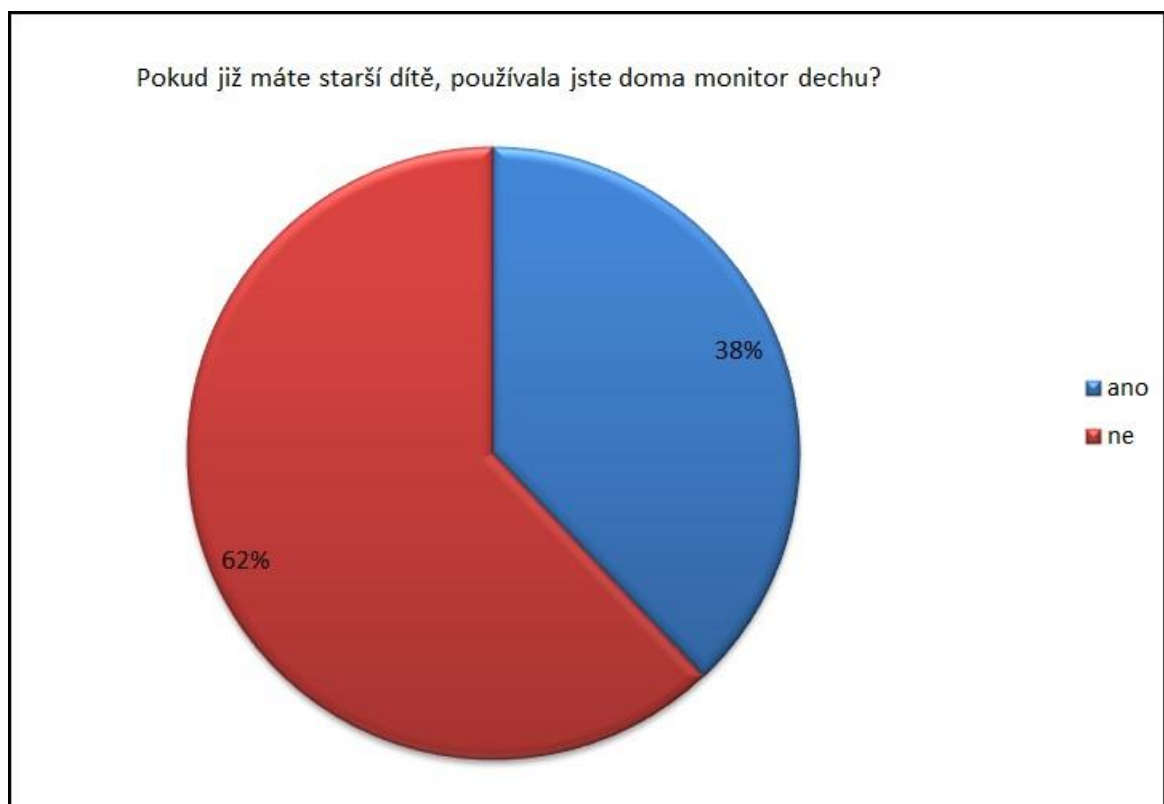
Položka číslo 15: *Pokud již máte starší dítě, používala jste doma monitor dechu?*

Tab. 15: Používání monitorů dechu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	22	38%
ne	36	62%
Celkem	58	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 15: Používání monitorů dechu



Zdroj: Vlastní

Komentář: Na otázku ohledně používání monitoru dechu odpovědělo 58 respondentek. Z průzkumu vyplívá, že 38 % respondentek používalo doma monitor dechu. Monitor dechu doma nepoužívalo 62 % dotázaných respondentek.

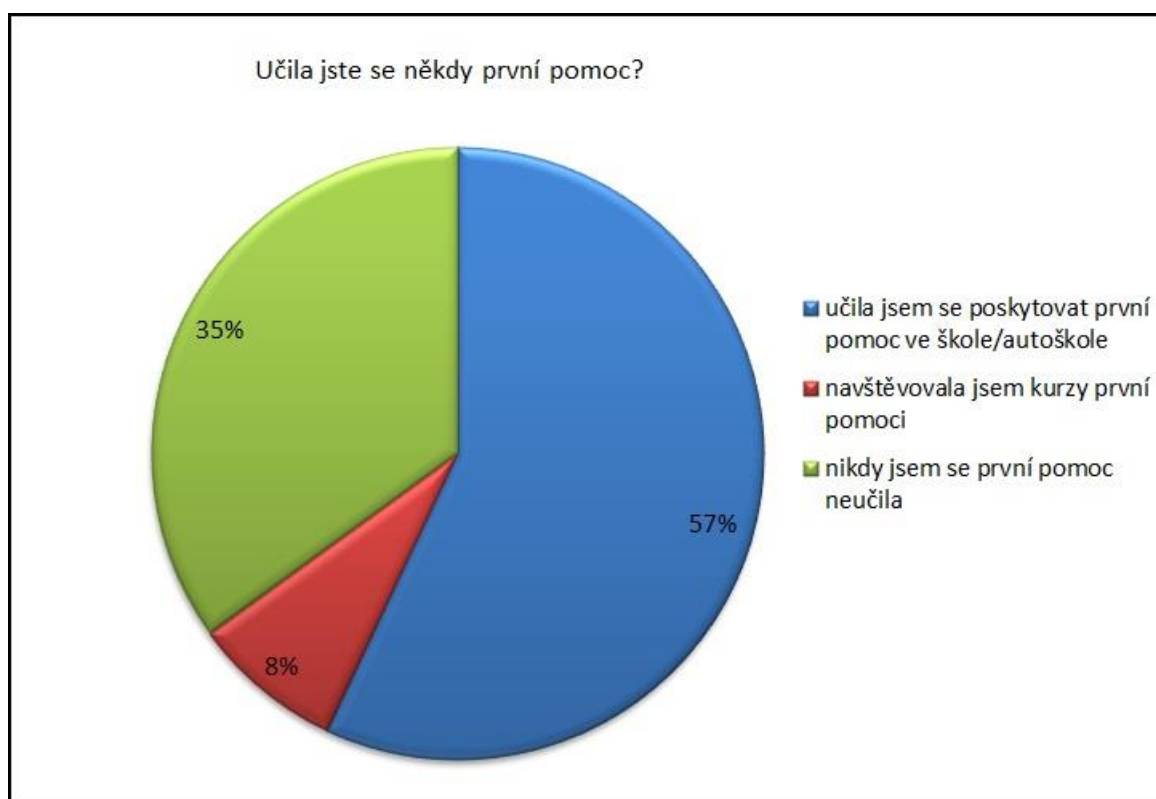
Položka číslo 16: Učila jste se někdy poskytovat první pomoc?

Tab. 16: Poskytování první pomoci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
učila jsem se poskytovat první pomoc ve škole/autoškole	57	57%
navštěvovala jsem kurz první pomoci	8	8%
nikdy jsem se první pomoc neučila	35	35%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 16: Poskytování první pomoci



Zdroj: Vlastní

Komentář: Z průzkumu bylo zjištěno, že 57 % respondentek se učilo poskytovat první pomoc ve škole nebo autoškole, 8 % respondentek navštěvovalo kurzy první pomoci a 35 % respondentek se nikdy poskytovat první pomoc neučilo.

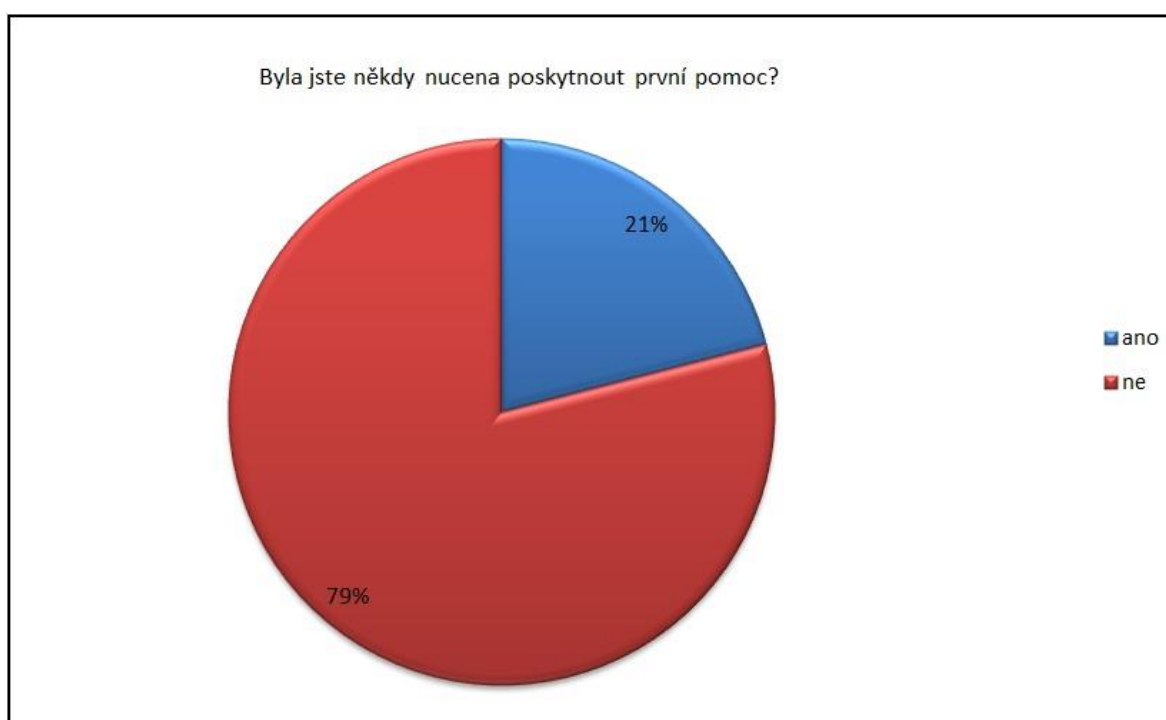
Položka číslo 17: *Byla jste někdy nucena poskytnout první pomoc?*

Tab. 17: Zkušenost respondentek s poskytováním první pomoci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	21	21%
ne	79	79%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 17: Zkušenost respondentek s poskytováním první pomoci



Zdroj: Vlastní

Komentář: Z výzkumného šetření vyplívá, že 21 % respondentek bylo v životě nuceno poskytnout první pomoc. Celých 79 % respondentek nikdy nebylo nuceno poskytnout první pomoc.

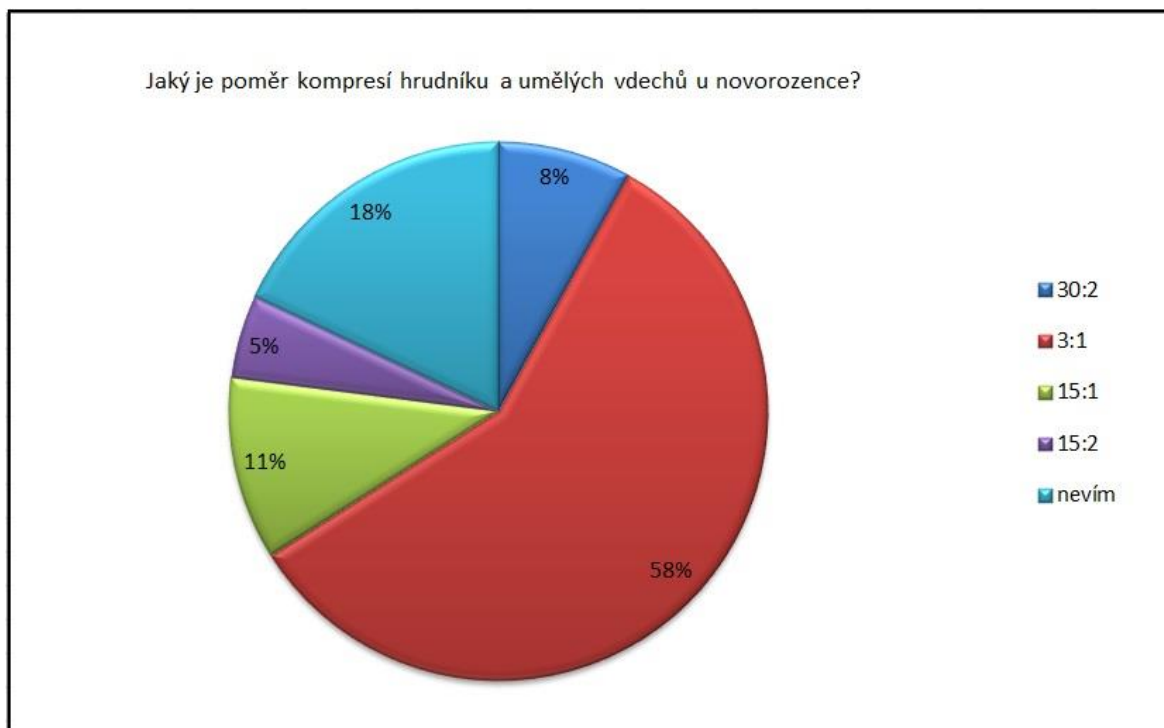
Položka číslo 18: *Jaký je poměr kompresí hrudníku a umělých vdechů u novorozence?*

Tab. 18: Poměr resuscitace u novorozence

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
30:2	8	8%
3:1	58	58%
15:1	11	11%
15:2	5	5%
nevím	18	18%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 18: Poměr resuscitace u novorozence



Zdroj: Vlastní

Komentář: Nejpočetnější skupina respondentek, tedy 58 %, udává, že poměr kompresí hrudníku a umělých vdechů u novorozence je 3:1, 11 % udává, že správný poměr je 15:1 a 5 % udává poměr 15:2. Dalších 8 % tvrdí, že poměr je 30:2 a 18 % respondentek udává, že správný poměr nezná.

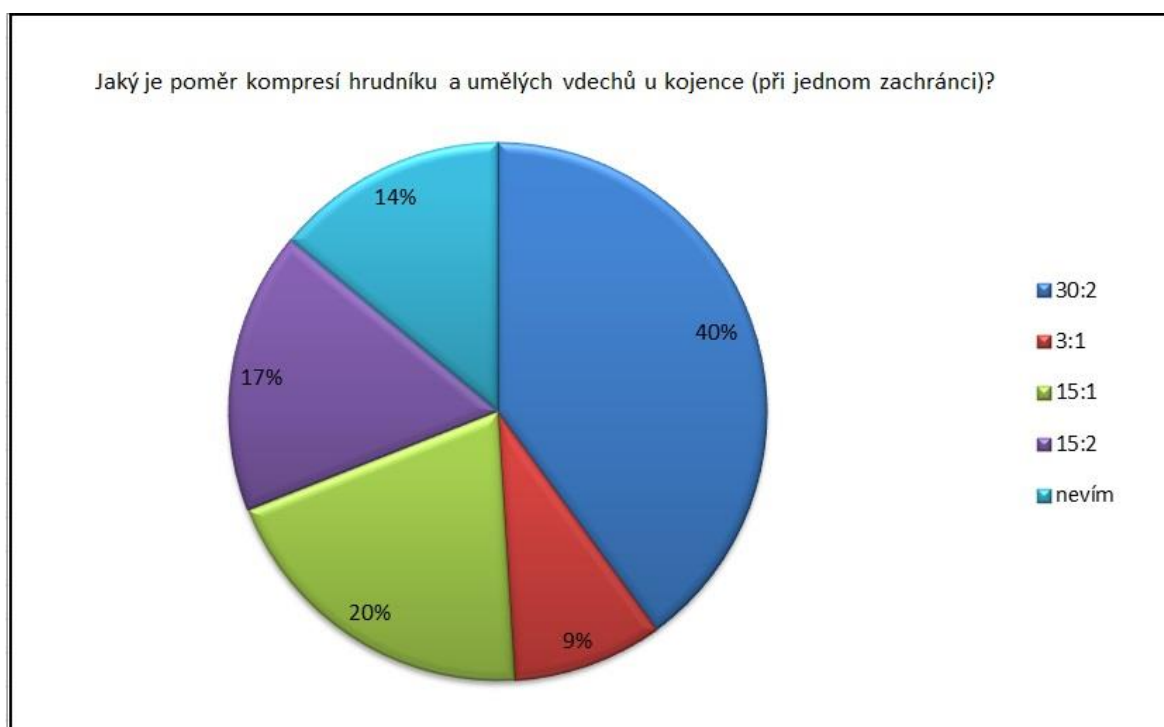
Položka číslo 19: *Jaký je poměr kompresí hrudníku a umělých vdechů u kojence (při jednom zachránci)?*

Tab. 19: Poměr resuscitace u kojence při jednom zachránci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
30:2	40	40%
3:1	9	9%
15:1	20	20%
15:2	17	17%
nevím	14	14%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 19: Poměr resuscitace u kojence při jednom zachránci



Zdroj: Vlastní

Komentář: Největší skupina respondentek tvoří 40 % a udává, že správný poměr kompresí hrudníku a umělých vdechů u kojence v případě jednoho zachránce je 30:2. Další skupina, 9 %, tvrdí, že správný poměr je 3:1 a 20 % udává poměr 15:1. Poměr 15:2 zvolilo 17 % a zbývajících 14 % na otázku nezná odpověď.

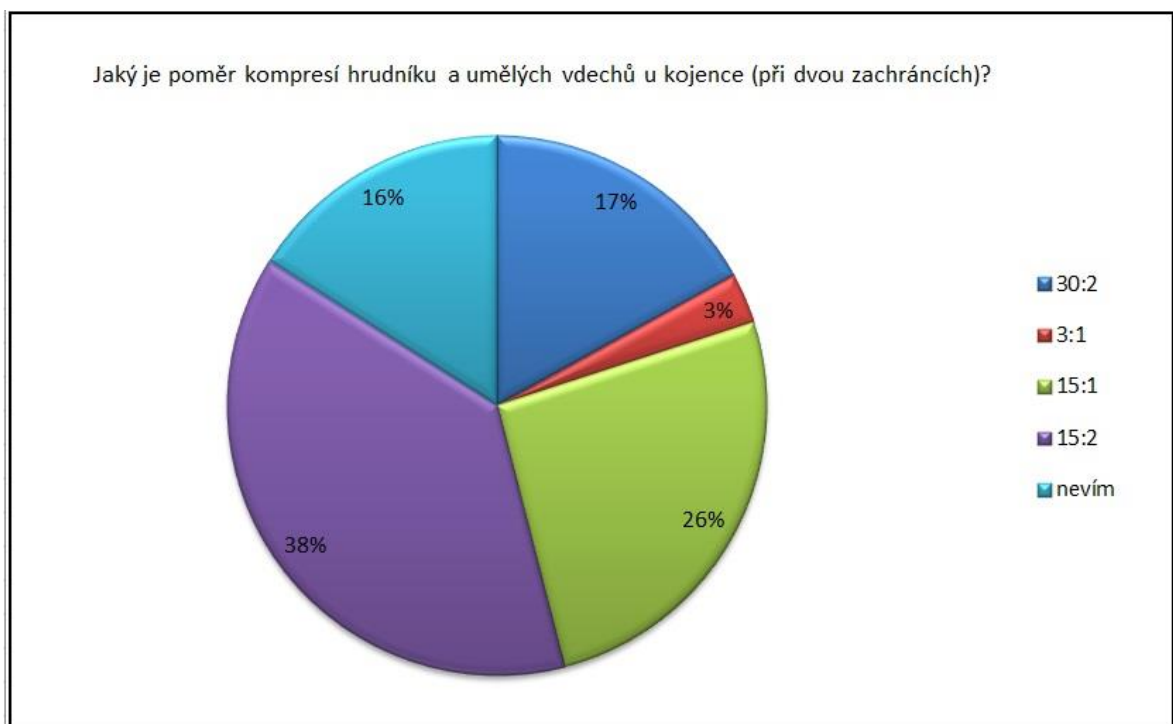
Položka číslo 20: *Jaký je poměr komprese hrudníku a umělých vdechů u kojence (při dvou zachráncích)?*

Tab. 20: Poměr resuscitace u kojence při dvou zachráncích

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
30:2	17	17%
3:1	3	3%
15:1	26	26%
15:2	38	38%
nevím	16	16%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 20: Poměr resuscitace u kojence při dvou zachráncích



Zdroj: Vlastní

Komentář: Nejpočetnější skupina respondentek, 38 %, udává správný poměr kompresí hrudníku a umělých vdechů 15:2. Poměr 15:1 volilo 26 % a 17 % udává poměr 30:2. Jako správnou odpověď volí poměr 3:1 skupina 3 % respondentek a zbývající skupina, 16 %, na otázku neví odpověď.

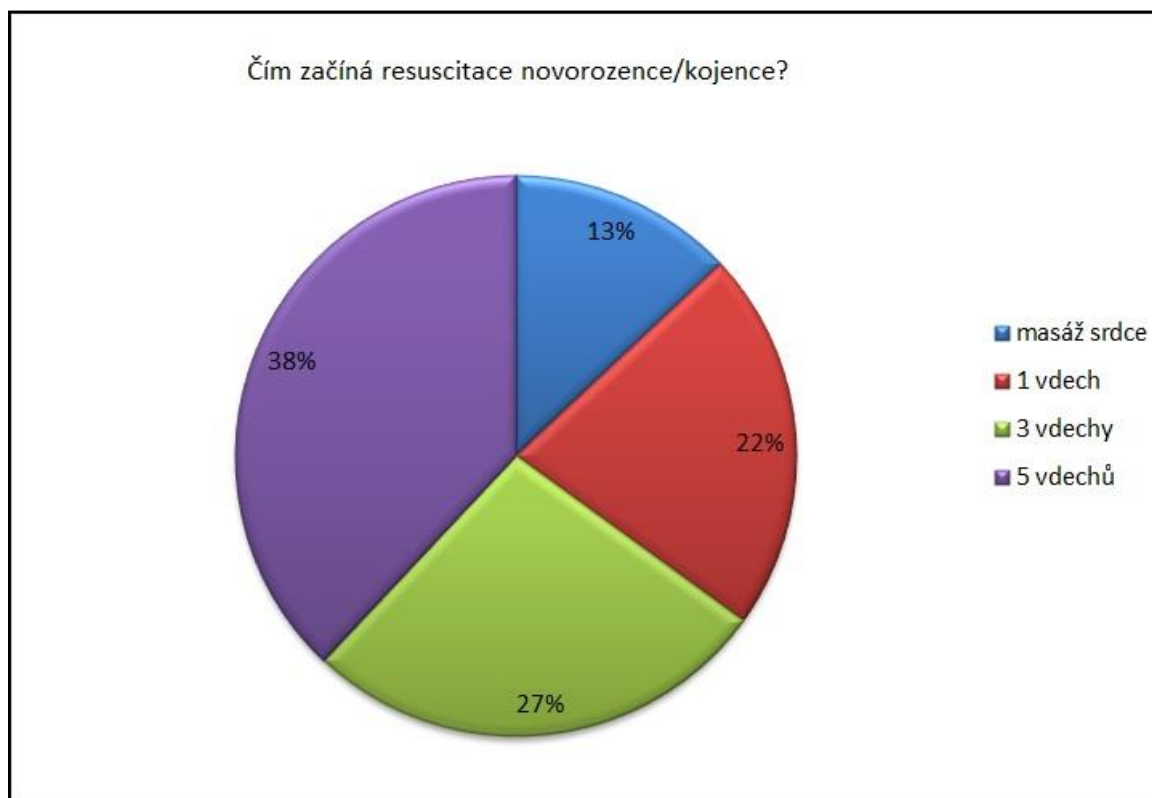
Položka číslo 21: Čím začíná resuscitace novorozence/kojence?

Tab. 21: Zahájení resuscitace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
masáž srdce	13	13%
1 vdech	22	22%
3 vdechy	27	27%
5 vdechů	38	38%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 21: Zahájení resuscitace

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Z výzkumu vyplývá, že 38 % respondentek by zahájilo resuscitaci novorozence a kojence pěti vdechy, 27 % respondentek by zahájilo resuscitaci třemi vdechy a 22 % jedním vdechem. Masáží srdce by resuscitaci zahajovalo 13 % respondentek.

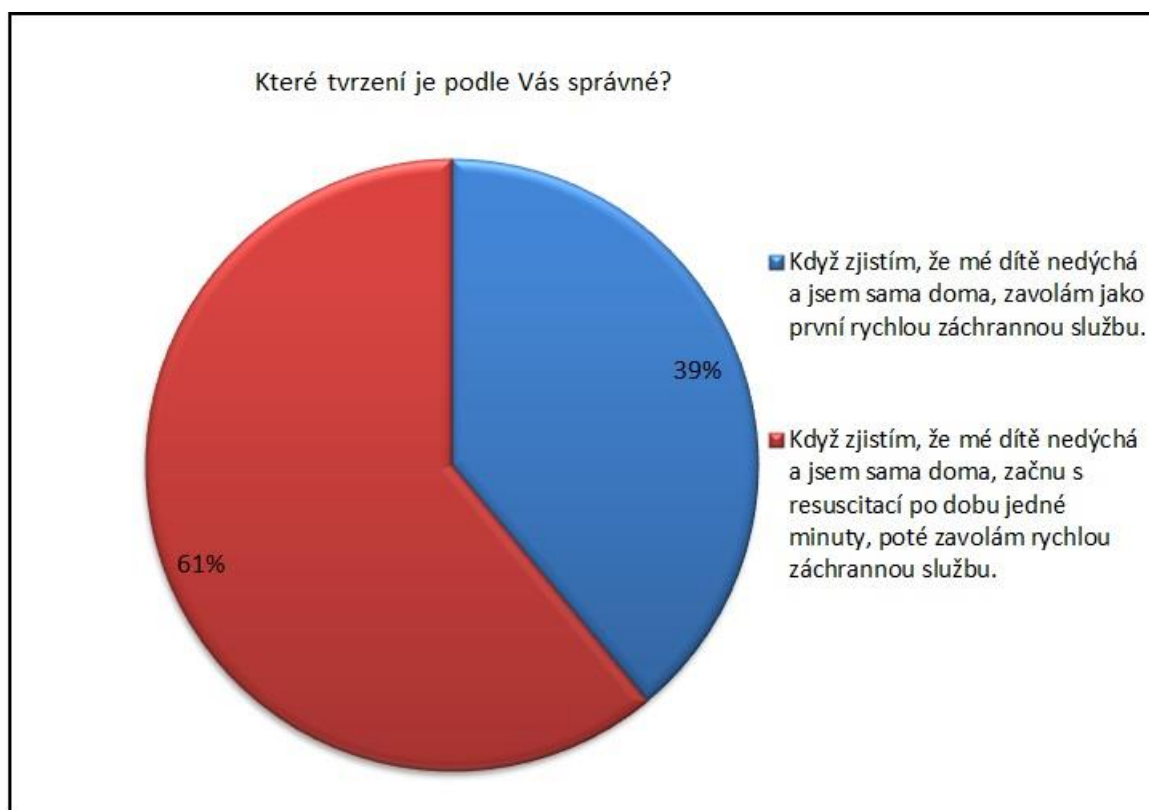
Položka číslo 22: Které tvrzení je podle Vás správné?

Tab. 22: Správné tvrzení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Když zjistím, že mé dítě nedýchá a jsem sama doma, zavolám jako první rychlou záchrannou službu.	39	39%
Když zjistím, že mé dítě nedýchá a jsem sama doma, začnu s resuscitací po dobu jedné minuty, poté zavolám rychlou záchrannou službu	61	61%
Celkem	100	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 22: Správné tvrzení

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Početnější skupina respondentek, tedy 61 %, zastává názor, že je vhodné začít s nepřetržitou resuscitací po dobu alespoň jedné minuty a až poté volat rychlou záchrannou službu, 39 % respondentek by volala rychlou záchrannou službu ihned.

9 DISKUSE

Jelikož je velmi důležité, aby každá žena měla povědomí o Syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence, bylo hlavním cílem praktické části zjištění míry informovanosti ohledně obecných znalostí SIDS pomocí kvantitativního výzkumu.

Druhým cílem bylo zjištění znalosti základní neodkladné resuscitace poskytované novorozenci a kojenci.

Dalším cílem bylo zjištění, zda se respondentky samy teoreticky zajímaly o poskytování první pomoci a zda s poskytováním mají osobní zkušenost.

9.1 Porovnání výsledků s jinými výzkumy

Autorka Bc. Hnízdiuchová (2014) ve své bakalářské práci na téma Znalosti žen v oblasti resuscitace novorozence a kojence zkoumá míru znalostí resuscitace ve skupině náhodně oslovených žen. Výzkumu se zúčastnilo 103 respondentek ve věku 18 – 56 let.

Autorka Bc. Tlachová Markéta (2012) se ve své bakalářské práci zabývá přímo problematikou Syndromu náhlého úmrtí novorozence. Jejího výzkumu se zúčastnilo 81 nelékařských zdravotnických pracovníků.

Otázka č. 2

Na základě otázky ohledně vzdělání respondentek bylo zjištěno, že nejpočetnější skupinou respondentek zúčastněných ve výzkumném šetření byly vysokoškolsky vzdělané ženy, a to ve 33 % odpovědí. Vyšší odborné vzdělání uvedlo 13 %, středoškolsky vzdělaných respondentek s maturitou bylo 27 % a středoškolské vyučení bez maturity uvedlo 24 % respondentek. Nejmenší skupinu, 11 %, tvořily ženy se základním vzděláním.

Oproti tomu u autorky Hnízdiuchové bylo nejčastěji uvedeno vzdělání středoškolské s maturitou a to u 39 % respondentek. Druhou nejpočetnější skupinu, 25 %, tvořily ženy se středním odborným vyučením. Vysokoškolské vzdělání uvedlo 20 % žen a základní vzdělání uvádělo 9 % respondentek. Nejmenší skupinou byly ženy s vyšším odborným vzděláním a to v 7 % odpovědí.

Rozdílné výsledky mohou být způsobeny odlišným výběrem respondentek a odlišnými věkovými kategoriemi dotázaných žen.

Otázka č. 5

Otázka č. 5 zjišťovala, kolik respondentek navštěvovalo kurz pro těhotné. Průzkum ukázal, že kurz nyní navštěvovalo 21 % respondentek a 23 % respondentek uvedlo, že kurz navštěvovalo v předchozím těhotenství. Dohromady tedy kurz navštěvovalo 44 % dotázaných respondentek. Odpověď, že kurz nenavštěvovalo, uvedlo zbývajících 56 % respondentek.

Ve výzkumu autorky Hnízdiuchové bylo zjištěno, že kurz navštěvovalo pouhých 28 % žen. Zbývajících 72 % odpovídalo, že do kurzu nedocházely.

Tady se výsledky liší z důvodu výběru odlišných respondentek. Zatímco v prvním výzkumu jsou respondentkami ženy na oddělení šestinedělí, druhý průzkum je složen z odpovědí náhodných respondentek.

Otázka č. 8

Otázka se zabývala informovaností ohledně Syndromu náhlého úmrtí kojence, respektive kde k danému tématu respondentky hledaly informace. Z grafu vyplývá, že 44,94 % respondentek vyhledává informace pomocí médií a 16,29 % sbírá informace o SIDS ve svém okolí, tedy před partnera, příbuzné či známé. V kurzech pro těhotné si vyžádalo více informací o dané problematice 15,17 % respondentek. Informace prostřednictvím personálu novorozeneckého oddělení získávaly 3,93 % žen, prostřednictvím školy 4,50 % a od pediatra si vyžádalo informace 2,25 % respondentek. Zbývajících 12,92 % žen sbíralo informace z jiných zdrojů, např. letákem, plakátem, reklamou atd.

Ve výzkumu z roku 2012, autorky Tlachové, získávaly informace o SIDS nejčastěji ze školy (33,8 %), druhá nejpočetnější možnost byla získávání informací z jiných zdrojů (20,7 %). Internet i odborné semináře uvedlo 19,3 % a 6,9 % uvádělo jako zdroj informací odborné časopisy a knihy.

V této otázce jsou odpovědi naprosto odlišné. Důvodem je jiná skupina respondentů. Ve výzkumu z roku 2012 byly respondenti nelékařští zdravotní pracovníci.

Otázka č. 10, 11 a 12

Zmíněné otázky výzkumu se všechny týkají rizikových faktorů Syndromu náhlého úmrtí kojence.

Graf otázky č. 10 ukázal, že 71 % respondentek správně uvedla odpověď nedonošené dítě, 4 % respondentek označilo odpověď přenášené dítě a 16 % žen myslí, že rizikové pro vznik SIDS je dítě nedonošené i přenášené. Zbývajících 9 % odpovědělo, že na otázku odpověď nezná.

Graf otázky č. 11 ukázal, že 69 % respondentek ví, že rizikovým faktorem SIDS je mužské pohlaví, 4 % žen označilo odpověď ženské pohlaví a 27 % respondentek uvedlo, že odpověď na otázku neví.

Graf otázky č. 12 zjistil, že 36 % žen odpovědělo, že dalšími rizikovými faktory jsou: cukrovka u matky, pasivní kouření, polštář v postýlce a nevhodná poloha dítěte při spánku. Jako rizikové faktory cukrovku u matky, pasivní kouření a polštář v postýlce označilo 18 % respondentek. Dalších 11 % respondentek myslí, že rizikovými faktory jsou pasivní kouření a nevhodná poloha dítěte při spánku. Správnou odpověď, že rizikovými faktory jsou: pasivní kouření, polštář v postýlce a nevhodná poloha dítěte při spánku označilo 31 %.

Druhý výzkum (z roku 2012) ukázal, že možnost správné odpovědi, tudíž rizikovými faktory jsou: pasivní kouření, hračky v postýlce a spánek s rodiči, označilo 30,9 %. Nesprávné odpovědi zvolilo zbývajících 69,1 %.

Průměr správných odpovědí na otázky ohledně rizikových faktorů z prvního výzkumu tvořil 57 %. První výzkum tvořily respondentky ženy na oddělení šestinedělí. Druhý výzkum získal pouze 30,9 % správných odpovědí i přes to, že respondenty byly nelékařští zdravotničtí pracovníci.

Otázka č. 19

Otázka č. 19 se týkala znalosti poměru kompresí hrudníku a umělých vdechů u kojence. Výzkumné šetření ukázalo, že 40 % respondentek odpovědělo správný poměr 30:2, 20% respondentek odpovídalo možnost 15:1 a 17 % respondentek odpovědělo, že správný poměr by měl být 15:2. Celých 9 % respondentek označilo odpověď 3:1 a zbývajících 14 % respondentek odpověď na otázku neví.

Ve výzkumu autorky Hnízdiuchové správnou odpověď 30:2 označilo 22 % respondentek a 30 % respondentek označilo odpověď 5:2. Dalších 12 % odpovídalo, že správná odpověď je 15:3. Zbývajících 36 % označilo možnost, že správnou odpověď neví.

I přesto, že v prvním výzkumu měly ženy na výběr z reálných, ale matoucích možností, vyhodnocení správného výsledku dopadlo lépe než respondentky ve druhém šetření, kdy celých 36 % na otázku odpověděly, že odpověď neví.

Otázka č. 21

Otázka č. 21 se týkala výběru správné odpovědi, čím začíná resuscitace u kojence. V prvním výzkumu 38 % respondentek zvolilo správnou odpověď, tedy resuscitaci zahajujeme 5 umělými vdechy, 27 % respondentek volilo odpověď 3 vdechy a 22 % respondentek zvolilo odpověď jedním vdechem. Zbývajících 13 % volilo odpověď, že resuscitaci zahajujeme masáží srdce.

Výzkum z roku 2014, autorky Hnízdiuchové, dopadl o něco hůře. Správnou možnost 5 vdechů volilo pouze 21 % respondentek. Masáž srdce zvolilo 29 % respondentek a možnost jednoho vdechu 19 %. Zbývajících 30 % na otázku nevědělo správnou odpověď.

Výsledky výzkumu mohou být odlišné nejspíše z důvodu jiného výběru skupiny respondentek. V prvním výzkumu byly respondentky ženy na oddělení šestinedělí, a proto se o problematiku resuscitace kojence mohly ve svém zájmu více informovat, než skupina náhodně vybraných respondentek v druhém výzkumu.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce byla zaměřena na Syndrom náhlého úmrtí kojence. V teoretické části byly rozvedeny informace ohledně historie SIDS, rizikových faktorech, prevenci a základní neodkladné resuscitace. Poslední kapitola pojednávala o péče o pozůstalé. Praktická část byla zhodnocením kvantitativního výzkumu a zpracováním edukačního materiálu. Dotazníkové šetření bylo složeno z uzavřených otázek, jen měly za úkol zjistit informovanost žen. Výzkum byl rozdělen do tří částí. První část obsahovala otázky k poznání respondentek (věk, vzdělání, rodinný stav, počet dětí, návštěvnost kurzu pro těhotné). Druhá část se skládala z dotazů týkajících se SIDS, především toho, jestli ženy samy vyhledávaly informace, popřípadě kde a rizikové faktory vzniku Syndromu náhlého úmrtí kojence. Třetí část obsahovala soubor otázek týkajících se první pomoci a kardiopulmonální resuscitace. Zhodnocení probíhalo pomocí přehledných tabulek a grafů.

Hlavním cílem bylo zjistit informovanost respondentek ohledně obecných znalostí o Syndromu náhlého úmrtí kojence.

Na tento cíl se zaměřovaly otázky č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 a 14. Bylo zjištěno, že 84 % respondentek ví, co je to Syndrom náhlého úmrtí kojence, 13 % respondentek odpověď neznalo. Celkově 89 % respondentek samo vyhledávalo informace ohledně SIDS. Nejčastěji vyhledávaly informace přes média (44,94 %) a od příbuzných, známých a partnera (16,29 %). Co se týče rizikových faktorů, 40 % respondentek správně odpovědělo, že nejvíce je ohroženo dítě ve věku 2 – 4 měsíce, 29 % respondentek je přesvědčeno, že dítě je nejvíce ohroženo ihned po porodu a dítě do jednoho měsíce uvádělo 23 %. Nejméně respondentek bylo přesvědčeno, že dítě je ohroženo mezi 10 – 12 měsícem. Výzkum navíc ukázal, že 71 % respondentek ví, že rizikovým faktorem je nedonošené dítě a 69 % správně odpovědělo, že dalším rizikovým faktorem je mužské pohlaví. Pouhých 31 % respondentek správně určilo jako rizikové faktory pasivní kouření, polštář v postýlce a nevhodná poloha při spánku. Více respondentek (36 %) se spíše domnívalo, že mezi rizikové faktory patří cukrovka u matky, pasivní kouření, polštář v postýlce a nevhodná poloha při spánku. Jako správnou polohu při spánku určilo 44 % žen polohu na zádech, 39 % určilo polohu na boku. Vhodné místo pro spánek vybralo 95 % respondentek jako vlastní postýlku v ložnici rodičů. Pro 4 % žen je nejvhodnější varianta, aby dítě spalo s rodiči nebo staršími sourozenci.

Hlavní cíl – splněn.

Očekávaný výsledek hlavního cíle: Předpokládám, že ženy budou vědět základní informace ohledně Syndromu náhlého úmrtí kojence.

Správně na otázky týkající se SIDS odpovídala v průměru polovina respondentek. Nejvíce špatných odpovědí bylo na otázky další rizikové faktory (36 % vybralo odpověď obsahující jako faktor mimo jiné i cukrovku u matky) a správná poloha při spánku (39 % určilo polohu na boku).

Cílem č. 2 bylo zjistit znalosti základní neodkladné resuscitace poskytované novorozenci a kojenci.

Na tento cíl se zaměřovaly otázky č. 18, 19, 20, 21, 22. Z výzkumného šetření vyplívá, že 58 % respondentek správně volí poměr kompresí hrudníku a umělých vdechu u novorozence 3:1, 18 % na otázku nevědělo odpověď. Poměr resuscitace u kojence při jednom zachránci označilo správně 40 % (30:2) a odpověď nevědělo 14 %. Poměr resuscitace u kojence při dvou zachráncích označilo správně 38 % respondentek, odpověď „nevím“ volilo 16 %. Při zahájení resuscitace volilo 5 počátečních vdechů 38 %, 3 vdechy volilo 27 % respondentek.

Druhý cíl – splněn.

Očekávaný výsledek druhého cíle: Předpokládám, že znalost správného poměru resuscitace u novorozence a kojence projeví jen necelá polovina respondentek.

Očekávaný výsledek se shoduje s konečným výsledkem.

Cílem č. 3 bylo zjistit, zda se respondentky někdy teoreticky zajímaly o poskytování první pomoci a zda mají s poskytováním osobní zkušenost.

Třetího cíle se týkaly otázky č. 16 a 17. Ve škole nebo autoškole se první pomoc učilo 57 % respondentek, 8 % chodilo do kurzu první pomoci. Nuceno poskytnout někdy první pomoc bylo 21 % respondentek.

Třetí cíl – splněn.

Očekávaný výsledek třetího cíle: Předpokládám, že se ze své vlastní vůle, o správné teoretické postupy v první pomoci zajímala většina respondentek, ale jen velmi málo z nich jich má s poskytováním osobní zkušenosti.

Pouhých 21 % respondentek bylo nuceno poskytnout někdy první pomoc.

Cílem číslo 4 bylo vypracovat edukační materiál se základními informacemi o SIDS a resuscitaci.

Čtvrtý cíl – splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BOUŠKA, Ivan a Pavel TOUPALÍK. 2007. *Soudnělékařská diagnostika náhlé smrti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 53 s. ISBN 978-802-4613-277.
- BYDŽOVSKÝ, Jan. 2011. *Předlékařská první pomoc*. Vyd. 1. Praha: Grada, 117 s. Zdraví. ISBN 978-802-4723-341.
- CABRNOCHOVÁ, Hana, Josef ŠVEJCAR a Pavel FRŮHAUF. 2009. *Péče o dítě: nové, přepracované vydání*. Vyd. 1. Praha: HBT, 320 s. ISBN 978-80-87109-14-4.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 133 s. ISBN 978-807-0134-894.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. 2011. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly*. 1 vyd. Praha: Grada, 189 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4739-403.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 447 s. ISBN 978-807-0135-471.
- GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 229 s. ISBN 978-802-4730-813.
- GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. 2013. *Čekáme děťátko*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 373 s. ISBN 978-80-247-3781-2
- HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, 538 s. ISBN 978-802-4745-299.
- HRONEK, Miloslav a Hana BAREŠOVÁ. 2012. *Strava těhotných a kojících*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 151 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. 18. ISBN 978-808-7250-204.
- JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.
- KAMMERER, Doro. 2007. *První tři roky života dítěte: průvodce pro rodiče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 494 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-1839-2.
- KELNAROVÁ, Jarmila. 2012. *První pomoc: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 100 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4741-994.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. 2010. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 162 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-701.

KIEDROŇOVÁ, Eva. 2005. *Něžná náruč rodičů: moderní poznatky o významu správné manipulace s novorozencem a malým dítětem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 299 s. Šťastné dítě (Grada), 1. ISBN 80-247-1210-5.

KOHNER, Nancy a Alix HENLEY. 2013. *Když dítě zemře: zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stadiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtím novorozence*. Praha: Triton, 349 s. ISBN 978-807-3876-432.

KUPKA, Martin. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 216 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4746-500.

MUNTAU, Ania. 2014. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada, xx, 588 s. ISBN 978-802-4745-886.

NOVÁK, Ivan. 2008. *Intenzivní péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 579 s. ISBN 978-802-4614-748.

SEDLÁŘOVÁ, Petra, a kolektiv. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 248 s. ISBN 978-802-4716-138.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 400 s., xvi s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4744-346.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2008. *Poradenství pro pozůstalé*. Vyd. 1. Praha: Grada, 143 s. ISBN 978-802-4717-401.

TRAPANI, Gianfranco a Enrico BERTINO. 2006. *První pomoc a zdraví dítěte*. Vyd. 1. Praha: Portál, 144 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-736-7137-9.

Baby Control Digital. ©2015. *SIDS* [online]. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: <http://www.babycontroldigital.cz/sids.php>

Babysense. ©2015. *O nás* [online]. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: <http://babysense.cz/cs/kontakt>

Dětský lékař.cz: Časopis Vox. ©2006. *Vox Pediatrae - rok 2006: Vox Pediatrae - 05/2006* [online]. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: http://www.detskylekar.cz/cps/rde/xbcr/dlekar/2006_vox5.pdf

Dlouhá cesta: Pro okolí a veřejnost. ©2015. *Nejbližší okolí* [online]. [cit. 2015-05-14]. Dostupné z: <http://www.dlouhacesta.cz/nejblicsi-okoli/>

Healthvermont: Children & Families. ©2015. *Sudden Unexpected Death of an Infant / Sudden Infant Death Syndrome* [online]. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: <http://www.healthvermont.gov/family/SUDI/index.aspx>

Hnízdiuchová, Barbora. ©2014. Znalosti žen v oblasti resuscitace novorozence a kojení [online]. Brno, Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/419415/lf_b/bakalarska_prace_Hnizdiuchova.pdf

KRATOCHVÍLOVÁ, Lída, 2008. Postýlková smrt – syndrom náhlého úmrtí. In: *Sestra* [online]. 13.5.2008 [cit. 27.7.2011]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/postylkova-smrt-syndrom-nahleho-umrti-363459>

MATĚJŮ, Eva a Peter KOVÁČ, ©2006. Pediatrie pro praxi: ARCHIV. *Pediatr. pro Praxi, 2006; 2: RETROSPEKTIVNÍ STUDIE VÝSKYTU SIDS V ČR BĚHEM OBDOBÍ 1999–2004* [online]. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2006/02/10.pdf>

Nanny Monitor dechu. ©2015. *Nanny BM-02 monitor dechu kojence* [online]. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: <http://www.nanny-monitor.cz/monitor-dechu-nanny.html>

Prázdná kolébka: Ztráta dítěte a truchlení. ©2015. Desatero pro pozůstalé [online]. [cit. 2015-05-14]. Dostupné z: <http://www.prazdnakolebka.cz/desatero-pro-pozustale>

PROGRAM ZÁKON. ©2015. *Zákon o péči o zdraví lidu* [online]. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1966/020966/Sb_020966_-----_.php

Public Health Association of Australia. ©2009. *Policy-at-a-glance - Sudden Unexpected Death in Infancy (SUDI) and Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) Policy* [online]. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: <http://www.phaa.net.au/documents/policy/20091028SuddenUnexpectedDeathinInfancyandSIDsPolicy.pdf>

Respisense. ©2015. *Respisense - monitor dechu* [online]. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: <http://www.respisense.cz/>

SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDICÍNY a MEDICÍNY KATASTROF. ©2011. *Neodkladná resuscitace* [online]. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: www.urgmed.cz/postupy/2011_nr.pdf

Tlachová, Markéta. ©2012. Syndrom náhlého úmrtí novorozence [online]. Plzeň, bakalářská práce. západočeská univerzita v plzni, fakulta zdravotnických studií. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/z6304w/?furl=%2Fid%2Fz6304w%2F;so=nx;lang=en>

Vašutová. ©2015. *KOUŘENÍ V TĚHOTENSTVNÍ* [online]. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: <http://www.lekarnaslunce.cz/koueni-v-thotenstvi>

Zákony pro lidi: Sbírka zákonů ČR. ©2009. *Předpis č. 40/2009 Sb. Zákon trestní zákoník: ČÁST DRUHÁ - ZVLÁŠTNÍ ČÁST* [online]. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#cast2>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

A - Airway – zajištění průchodnosti dýchacích cest

ALTE – příhoda zjevně ohrožující život

ALS – Advance Life Support – rozšířená kardiopulmonální resuscitace

B - Breathing – zajištění dýchání

BLS – Basic Life Support - základní kardiopulmonální resuscitace

C - Circulation – zajištění krevního oběhu

ELWB – extrémně nízká porodní hmotnost

KPR – kardiopulmonální resuscitace

LBW – nízká porodní hmotnost

SIDS – Syndrom náhlého úmrtí kojence

SUDI – náhlá a neočekávaná smrt kojence

VLBW – velmi nízká porodní hmotnost

ZZS – zdravotnická záchranná služba

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk respondentek	33
Graf 2: Vzdělání respondentek	34
Graf 3: Rodinný stav respondentek	35
Graf 4: Počet dětí	36
Graf 5: Návštěvnost kurzu pro těhotné	37
Graf 6: Správná definice Syndromu náhlého úmrtí kojence.....	38
Graf 7: Cílené vyhledávání informací	39
Graf 8: Možnosti vyhledávání informací.....	40
Graf 9: Věk největšího ohrožení dítěte SIDS	42
Graf 10: Rizikové faktory	44
Graf 11: Rizikové faktory	45
Graf 12: Rizikové faktory	46
Graf 13: Správná poloha pro spánek.....	48
Graf 14: Vhodné místo pro spánek dítěte	49
Graf 15: Používání monitorů dechu	50
Graf 16: Poskytování první pomoci.....	51
Graf 17: Zkušenost respondentek s poskytováním první pomoci.....	52
Graf 18: Poměr resuscitace u novorozence.....	53
Graf 19: Poměr resuscitace u kojence při jednom zachránci.....	54
Graf 20: Poměr resuscitace u kojence při dvou zachráncích	55
Graf 21: Zahájení resuscitace	56
Graf 22: Správné tvrzení.....	57

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Věk respondentek	33
Tab. 2: Vzdělání respondentek	34
Tab. 3: Rodinný stav respondentek.....	35
Tab. 4: Počet dětí	36
Tab. 5: Návštěvnost kurzu pro těhotné	37
Tab. 6: Správná definice Syndromu náhlého úmrtí kojence.....	38
Tab. 7: Cílené vyhledávání informací	39
Tab. 8: Možnosti vyhledávání informací	40
Tab. 9: Věk největšího ohrožení dítěte SIDS	42
Tab. 10: Rizikové faktory	44
Tab. 11: Rizikové faktory	45
Tab. 12: Rizikové faktory	46
Tab. 13: Správná poloha pro spánek.....	48
Tab. 14: Vhodné místo pro spánek dítěte	49
Tab. 15: Používání monitorů dechu	50
Tab. 16: Poskytování první pomoci.....	51
Tab. 17: Zkušenost respondentek s poskytováním první pomoci.....	52
Tab. 18: Poměr resuscitace u novorozence.....	53
Tab. 19: Poměr resuscitace u kojence při jednom zachránci	54
Tab. 20: Poměr resuscitace u kojence při dvou zachráncích	55
Tab. 21: Zahájení resuscitace.....	56
Tab. 22: Správné tvrzení.....	57

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA II: VLASTNÍ DOTAZNÍK

PŘÍLOHA III: EDUKAČNÍ MATERIÁL

PŘÍLOHA I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní Bc. Novotná,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, gynekologicko-porodnickém oddělení, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

Téma bakalářské práce	Syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Matky na oddělení šestinedělí
Pracoviště	KNTB
Autor bakalářské práce	Masláková Markéta
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Kateřina Žárská

Ve Zlíně dne..... 28-04-2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Z. Dorková

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Zlín
gynekologicko-porodnické odd.
Bc. Helena Novotná

Helena Novotná
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA II: VLASTNÍ DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Markéta Masláková a jsem studentkou 3. ročníku na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, studijního oboru Porodní asistentka. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který poslouží jako součást mé bakalářské práce na téma Syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence.

Předem děkuji za ochotu a Váš čas

Masláková Markéta

1) Kolik je Vám let?

- 18 let a méně 19 – 25 let 26 – 30 let
 31 – 35 let 36 – 40 let 41 let a více

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
 středoškolské bez maturity středoškolské s maturitou
 vyšší odborné vysokoškolské

3) Váš rodinný stav?

- svobodná vdaná rozvedená vdova

4) Kolik máte dětí?

- 1 dítě 2 děti 3 děti 4 děti a více

5) Navštěvovala jste kurz pro těhotné?

- ano ano, ale v předchozím těhotenství ne

6) Co je to Syndrom náhlého úmrtí kojence?

- úmrtí kojence následkem vrozené vývojové vady plic
 náhlé a neočekávané úmrtí kojence bez zjevné příčiny
 úmrtí kojence následkem horečnatého onemocnění
 nevím

7) Vyhledávala jste sama informace o SIDS?

- ano ne

8) Kde/od koho jste informace vyhledávala?

- média partner, příbuzní, známí kurz pro těhotné
 novorozenecké oddělení škola pediatr
 jiné (letáky, plakáty...)

9) V jakém věku je podle Vás dítě nejvíce ohroženo?

- ihned po porodu do 1 měsíce 2 – 4 měsíce
 5 – 6 měsíců 7 – 9 měsíců 10 – 12 měsíců

10) Kdo je podle Vás ohrožen Syndromem náhlého úmrtí kojence?

- nedonošené děti přenášené děti
 nedonošené i přenášené děti nevím

11) Které pohlaví je bráno jako jeden z rizikových faktorů SIDS?

- děvčata chlapci nevím

12) Vyberte další rizikové faktory

- cukrovka u matky, pasivní kouření, polštář v postýlce, nevhodná poloha při spánku
- cukrovka u matky, pasivní kouření, polštář v postýlce
- pasivní kouření, polštář v postýlce, nevhodná poloha při spánku
- pasivní kouření, nevhodná poloha při spánku
- nevím

13) Jaká je jediná vhodná poloha pro spánek dítě do šesti měsíců?

- na bříšku na zádech na boku nevím

14) Kde by mělo dítě do šesti měsíců spát?

- v posteli s rodiči nebo staršími sourozenci
- ve vlastní postýlce a samostatné místnosti
- ve vlastní postýlce, ale v ložnici rodičů

15) Pokud již máte doma starší dítě, používala jste monitor dechu?

- ano ne

16) Učila jste se někdy poskytovat první pomoc?

- učila jsem se poskytovat první pomoc ve škole/autoškole
- navštěvovala jsem kurz první pomoci
- nikdy jsem se první pomoc neučila

17) Byla jste někdy nucena poskytnout první pomoc?

- ano ne

18) Jaký je poměr kompresí hrudníku a umělých vdechů u novorozence?

- 30:2 3:1 15:1 15:2 nevím

19) Jaký je poměr kompresí hrudníku a umělých vdechů u kojence (při jednom zachránci)?

- 30:2 3:1 15:1 15:2 nevím

20) Jaký je poměr komprese hrudníku a umělých vdechů u kojence (při dvou zachráncích)?

- 30:2 3:1 15:1 15:2 nevím

21) Čím začíná resuscitace novorozence/kojence?

- masáž srdce 1 vdech 3 vdechy 5 vdechů

22) Které tvrzení je podle Vás správné?

- Když zjistím, že mé dítě nedýchá a jsem sama doma, zavolám jako první rychlou záchrannou službu.
- Když zjistím, že mé dítě nedýchá a jsem sama doma, začnu s resuscitací po dobu jedné minuty, poté zavolám rychlou záchrannou službu.

PŘÍLOHA III: EDUKAČNÍ MATERIÁL

SYNDROM NÁHLÉHO ÚMRTÍ KOJENCE

- Náhlé a neočekávané úmrtí dítěte do jednoho roku života.
- Nemá příčinu ani příznaky.
- Zdravé dítě zmírá ve spánku.
- Okolnosti úmrtí jsou nejasné

PREVENTIVNÍ DOPORUČENÍ

- Jediná vhodná poloha pro spánek dítěte do šesti měsíců je na zádech.
- Dítě nepřehřívejte zbytečnými vrstvami oblečení.
- V těhotenství nekuřte! Pokud i přes všechna rizika a dopady na zdraví dítěte kouříte, nekuřte v místnosti, kde dítě spí.
- Dítě by mělo spát ve vlastní postýlce. Nikdy neusínejte s dítětem v posteli, pokud jste příliš vyčerpaná, nebo užila léky na spaní či alkohol.

MONITORY DECHU

- Monitor dechu **NENÍ** PREVENCE SIDS, pouze na tuto skutečnost zavčasu upozorní.
- Monitory Babysence a Nanny fungují ns principu podložky pod matrací, která snímá pohyby a dech miminka a vyhodnocovací jednotky, která při poklesu pod 8 dechů/min spustí hlasitý zvukový a světelný alarm.
- Respiance funguje na principu malého snímače upovněného přímo na plence.

PRO ZÁCHRANU SVÉHO DÍTĚTE MŮŽETE UDĚLAT JEDINÉ – NAUČIT SE POSKYTNOUT MU PRVNÍ POMOC

- Resuscitace každého dítěte začíná pěti úvodními vdechy.
- Při dýchání do dítěte kontrolujte, zda se zvedá hrudník – jen tak poznáte, jestli byl Váš vdech efektivní.
- U novorozence a malého kojence nezacpávejte při vdechu nos – svými rty obemkněte dětská ústa i nos.
- U malého dítěte nezaklánějte hlavu, jen ji narovnejte do střední roviny.

Novorozenec:

- Poměr kompresí hrudníku a umělých vdechů je 3:1.
- Hrudník stláčejte bříškem ukazováčku a prostředníčku, nebo hrudník obemkněte dlaněmi a stláčejte oběma palci.

Kojenec:

- Poměr kompresí hrudníku a umělých vdechů je 30:2.
- Hrudník stláčejte celou dlaní jedné ruky do hloubky 1/3 hrudníku.

Použitá literatura:

Šebelová Jana, Knor Jiří a kolektiv. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře, 2013.

Fendrychová Jaroslava. Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii, 2009.

Gregora Martin a Miloš Velemínský, Čekáme děťátko 2. aktualizované vydání, 2013.

www.babysense.cz

www.nanny-monitor.cz

www.respisenze.cz