

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Eliška Budková

**Informovanost matek o péči o předčasně
narozené dítě**

bakalářská práce

Praha 2021

Autor práce: **Eliška Budková**

Vedoucí práce: **PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., PhD.**

Oponent práce: **PhDr. Hana Nikodemová**

Datum obhajoby: **2. června 2021**

Bibliografický záznam

BUDKOVÁ, Eliška. Informovanost matek o péči o předčasně narozené dítě. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2021. 85 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce: Šárka Tomová, MPH, Ph.D., PhD.

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Informovanost matek o péči o předčasně narozené dítě“ je zaměřena na vyhodnocení efektivity informovanosti matek zdravotnickým personálem. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části je nejprve zaznamenána klasifikace novorozence a popis rozdílu mezi fyziologickým a nedonošeným novorozencem. Teoretická část je zaměřena na popis jednotlivých úkonů spojených s péčí o předčasně narozené dítě od narození až po riziko vzniku náhlého úmrtí dítěte. Mezi ně se řadí první ošetření novorozence na porodním sále, zajištění nezralého novorozence na oddělení, specifika péče o nedonošené dítě, informovanost matek o hygienické péči a výživě, rehabilitace a úmrtí.

V empirické části bylo provedeno dotazníkové šetření 90 respondentů. Data k výzkumu byla zajištěna metodou dotazníkového šetření, které jsem rozdala matkám nedonošených dětí v porodnici fakultního i nefakultního typu. V dotazníku jsem se především zajímala o informovanost v péči a jejich specifika u dříve narozených dětí.

Výsledky výzkumu prokazují, že matky jsou o péči informované dobře, jen je potřeba se více zaměřit na informovanost matek o riziku vzniku SIDS.

Abstract

The bachelor's thesis „Mothers' awareness of premature newborn's care“ is focused on evaluating the effectiveness of informing new mothers by medical staff. The essay consists of a theoretical and a practical part.

In the theoretical part I first describe the classification of newborns, the differences between a term and preterm newborn. Afterwards the focus is shifted to the description of individual procedures in the care for the preterm infant which includes the delivery room, the ward, physical therapy, hygienic care and nutrition. Information about sudden infant death syndrome is also included

In the empirical part, an analysis of a questionnaire survey of 90 respondents from maternity wards was conducted. I was mainly interested in maternal awareness of preterm infants' care.

Research shows that mothers are well informed about care. Nurses need to teach mothers more about the risk of developing SIDS.

Klíčová slova

Informovanost; Neonatologie; Novorozenec; Péče; Předčasně narozené dítě; Syndrom náhlého úmrtí

Keywords

Awareness; Neonatology; Newborn; Care; Premature Baby; Sudden Infant Death Syndrome

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA 2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Eliška Budková**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Informovanost matek o péči o předčasně narozené dítě**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

Dropbox – Mhairi G. MacDonald, Mary M.K. Seshia – Avery's Neonatology_ Pathophysiology and Managment of the Newborn-LWW (2015).pdf – Simplify you life. [online].
DOKOUPILOVÁ, Milena, Barbora FIŠÁRKOVÁ, Alena KOKEŠOVÁ, Lenka NOVOTNÁ, Eva KOPASOVÁ, Eubica KAISEROVÁ a Ladislav MÜLLER. Narodilo se předčasně: průvodce péči o nedonošené děti. 2. vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1072-6.
DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. Neonatologie. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3936-9.
FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Hodnotící metodiky v neonatologii. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-560-0.
Neonatologické listy. Praha: Ústav pro péči o matku a dítě, 1995-. ISSN 1211-1600.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka, MPH, Ph.D., Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. Nikodemová Hana**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 29.4.2020

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 29.4.2020


.....
Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství (2)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DiČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Šárky Tomové, MPH, Ph.D., PhD., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 27.4. 2021

Eliška Budková

Poděkování

Velice děkuji především vedoucí mé práce doktorce Šárce Tomové za její ochotu, užitečné rady a informace, které mi během psaní práce poskytovala. Také děkuji mému konzultantovi práce doktoru Truong An Nguyen za odborný dohled a překlad odborných pojmů z anglického jazyka. Děkuji vedení neonatologie ve VFN v Praze a v ÚPMD za vstřícnost a umožněné dotazníkové šetření.

Mé díky patří i rodině, která mi byla po celou dobu studia velkou oporou.

OBSAH

1	ÚVOD	7
2	TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	8
2.1	KLASIFIKACE NOVOROZENCE.....	8
2.1.1	Klasifikace dle délky těhotenství.....	8
2.1.2	Klasifikace dle porodní hmotnosti.....	9
2.1.3	Klasifikace dle zralosti.....	9
2.2	FYZIOLOGICKÝ NOVOROZENEC.....	9
2.3	NEDONOŠENÝ NOVOROZENEC.....	10
2.4	PRVNÍ OŠETŘENÍ NEZRALÉHO NOVOROZENCE NA PORODNÍM SÁLE.....	10
2.4.1	Skórování dle Apgarové.....	10
2.4.2	Zajištění novorozence po porodu.....	11
2.5	ZAJIŠTĚNÍ NEZRALÉHO NOVOROZENCE NA ODDĚLENÍ.....	12
2.5.1	První ošetření novorozence na oddělení.....	12
2.5.2	Vliv prostředí a manipulace s dítětem.....	12
2.6	SPECIFIKA PÉČE O NEZRALÉHO NOVOROZENCE.....	13
2.6.1	Udržení termoregulace.....	13
2.6.2	Oxygenoterapie a umělá plicní ventilace u RDS.....	14
2.6.3	Intubace.....	15
2.6.4	Zavedení gastrické sondy.....	15
2.6.5	Fototerapie a výměnná transfuze.....	16
2.6.6	Katetrizace močového měchýře.....	17
2.6.7	Abstinenční syndrom.....	17
2.6.8	Kanylace pupeční žíly, arterie.....	20
2.7	INFORMOVANOST MATEK O HYGIENICKÉ PÉČI U NEZRALÉHO NOVOROZENCE.....	20
2.7.1	Koupání.....	20
2.7.2	Péče o pupeční pahýl.....	21
2.7.3	Péče o kůži.....	21
2.7.4	Přebalování.....	21
2.8	INFORMOVANOST MATEK O VÝŽIVĚ NEZRALÝCH NOVOROZENCŮ.....	22
2.8.1	Kojení.....	22
2.8.2	Enterální výživa.....	22
2.8.3	Parenterální výživa.....	23
2.9	REHABILITACE U NEZRALÉHO NOVOROZENCE.....	23
2.9.1	Klokánkování.....	23
2.9.2	Bazální stimulace.....	24
2.9.3	Iniciální dotek.....	24
2.9.4	Orofaciální stimulace.....	24
2.9.5	Vojtova metoda.....	25
2.10	ÚMRTÍ NOVOROZENCE.....	25
2.10.1	Umírání novorozence hospitalizovaného v nemocnici.....	25
2.11	SYNDROM NÁHLÉHO ÚMRTÍ.....	26
2.12	PŘEHLED DŘÍVE REALIZOVANÝCH STUDIÍ NA TOTO TÉMA.....	27
3	EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE	28
3.1	CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY.....	28
3.1.1	Cíle empirické části práce.....	28
3.1.2	Pracovní hypotézy.....	29
3.2	METODIKA ŠETŘENÍ.....	29
3.2.1	Metodika vlastního šetření.....	29
3.2.2	Stavba dotazníku.....	30
3.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ A POPIS ZPRACOVÁNÍ DAT.....	31
3.3.1	Organizace šetření.....	31
3.3.2	Popis zpracování dat.....	31
3.3.3	Test nezávislosti chí-kvadrát.....	32
3.4	CHARAKTERISTIKA A POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU.....	33

3.5	VÝSLEDKY VLASTNÍHO ŠETŘENÍ.....	34
3.5.1	Pracovní a statistické hypotézy.....	58
3.6	DISKUZE.....	63
3.6.1	Zhodnocení vlastních výsledků šetření.....	63
4	ZÁVĚR.....	68
5	REFERENČNÍ SEZNAM SEŘADIT PODLE ABECEDY.....	69
6	SEZNAM PŘÍLOH.....	76
7	PŘÍLOHY.....	77

1 ÚVOD

Téma své bakalářské práce „Informovanost matek o péči o předčasně narozené dítě“ jsem si vybrala na základě svého dlouholetého zájmu o tuto problematiku. Již 3. rokem pracuji na intermediálním oddělení ve Všeobecné fakultní nemocnici na gynekologicko-porodnické klinice. Proto mám k tomuto tématu velmi blízko a ráda bych přispěla touto prací ke zlepšení informovanosti matek v péči.

Výsledky výzkumu této práce jsou dobrou zpětnou vazbou ve spokojenosti s podanými informacemi matkám a také lze takto získat aspekty, na které je potřeba se v budoucnu více zaměřit. Tato práce je pro mě výzvou a zároveň přínosem do mého profesního růstu.

Nedostatečná informovanost matek je rizikovým faktorem a nezbytnou součástí pro správný vývoj dítěte. Z důvodu rychlého medicínského pokroku a novým technikám se doporučené postupy často mění a nastává tak rozdíl v informacích, které zdravotní sestry matkám podávají. Proto považuji tuto problematiku za významnou.

Například pokud matka dostane informaci od jedné zdravotní sestry, že má své dítě z inkubátoru vyndat na přebalovací pult, kde se jí bude lépe o novorozence pečovat a bude mít tak lepší přístup a kontrolu nad ním, matka tak bude tento úkon provádět už pokaždé stejně. V jiný den může ale přijít jiná zdravotní sestra a u novorozence, kterému se nezměnil zdravotní stav z předešlého dne, vyžaduje od matky veškerou péči pouze v inkubátoru. V tomto případě je matka dítěte zmatená a neví který z postupu je správný, také může mít strach, zda se dítěti nezhoršil zdravotní stav nebo zda péči mimo inkubátor v předchozím dnu nějak dítěti neublížila. Tento problém může také vzbudit nedůvěru matky ve zdravotnický personál.

Na otázku, zda je možné předejít informačním neshodám, mě napadlo hned několik řešení, a to v podobně pravidelných seminářích o nových technikách a postupech v neonatologii a jiných vzdělávacích akcích. Klíčové je o této problematice vědět a znát, které informace matkám nejvíce chybí.

V této práci se nejprve zaměřím na teoretickou část, kde popíšu jednotlivá hlediska neonatologie a odborné informace ohledně tématu informovanosti matek o péči o předčasně narozené dítě.

Ve výzkumné části zpracuji data z dotazníkového šetření a vyobrazím je v grafech.

2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

2.1 Klasifikace novorozence

2.1.1 Klasifikace dle délky těhotenství

Obecně se novorozenec klasifikuje dle délky těhotenství a podle vztahu gestačního věku s porodní hmotností. Dle délky těhotenství se dělí na nedonošené dítě, které je narozené před 38. týdnem těhotenství, dále donošené, které je narozené v rozmezí mezi 38. až 42. týdnem těhotenství a přenášené dítě, které bylo narozené po 42. týdnu těhotenství. K hodnocení dle somatické zralosti se používá skóre dle Ballardové (viz Obrázek 1)

Neuromuscular Maturity

Score	-1	0	1	2	3	4	5
Posture							
Square window (wrist)	> 90°	90°	60°	45°	30°	0°	
Arm recoil		180°	140–180°	110–140°	90–110°	< 90°	
Popliteal angle	180°	160°	140°	120°	100°	90°	< 90°
Scarf sign							
Heel to ear							

Physical Maturity

Skin	Sticky, friable, transparent	Gelatinous, red, translucent	Smooth, pink; visible veins	Superficial peeling and/or rash; few veins	Cracking, pale areas; rare veins	Parchment, deep cracking; no vessels	Leathery, cracked, wrinkled
Lanugo	None	Sparse	Abundant	Thinning	Bald areas	Mostly bald	Maturity Rating
Plantar surface	Heel-toe 40–50 mm: -1 < 40 mm: -2	> 50 mm, no crease	Faint red marks	Anterior transverse crease only	Creases anterior 2/3	Creases over entire sole	
Breast	Imperceptible	Barely perceptible	Flat areola, no bud	Stippled areola, 1–2 mm bud	Raised areola, 3–4 mm bud	Full areola, 5–10 mm bud	Score Weeks
Eye/Ear	Lids fused loosely: -1 tightly: -2	Lids open; pinna flat; stays folded	Slightly curved pinna; soft; slow recoil	Well curved pinna; soft but ready recoil	Formed and firm, instant recoil	Thick cartilage, ear stiff	-10 20
Genitals (male)	Scrotum flat, smooth	Scrotum empty, faint rugae	Testes in upper canal, rare rugae	Testes descending, few rugae	Testes down, good rugae	Testes pendulous, deep rugae	-5 22
Genitals (female)	Clitoris prominent, labia flat	Clitoris prominent, small labia minora	Clitoris prominent, enlarging minora	Majora and minora equally prominent	Majora large, minora small	Majora cover clitoris and minora	0 24
							5 26
							10 28
							15 30
							20 32
							25 34
							30 36
							35 38
							40 40
							45 42
							50 44

Obrázek 1 Skóre dle Ballardové(neonatology.cz)

2.1.2 Klasifikace dle porodní hmotnosti

Rozlišujeme tři kategorie novorozenců ve vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu stáří:

1. Hypotrofické – novorozenec má nižší porodní váhu, než odpovídá gestačnímu stáří dítěte
2. Eutrofické – porodní váha odpovídá gestačnímu stáří novorozence
3. Hypertrofické – novorozenec má vyšší porodní váhu, než odpovídá gestačnímu stáří dítěte (Fendrychová, 2013, s. 11).

2.1.3 Klasifikace dle zralosti

Rozdělujeme čtyři kategorie dle zralosti dítěte:

1. Lehce nezralý novorozenec – narozený pod 38. gestačním týdnem a hmotností 2000-2499 gramů
2. Středně nezralý novorozenec – narozený do 34. gestačního týdne a hmotností 1500-1999 gramů
3. Těžce nezralý novorozenec – narozený do 32. gestačního týdne a hmotností 1000-1499 gramů
4. Extrémně nezralý novorozenec – narozený do 28. gestačního týdne a hmotností do 999 gramů (Fendrychová, 2013, s. 12).

2.2 Fyziologický novorozenec

Fyziologický novorozenec je narozený ve 38. až 42. gestačním týdnu, jeho hmotnost je 2500 až 4500g, délka 44 až 55 cm, obvod hlavy 32 až 37 cm a obvod hrudníku bývá o 1 až 2 cm menší než obvod hlavy. Další znaky fyziologického novorozence je růžově zabarvená kůže krytá mázkem, a to hlavně v kožních záhybech. U takových novorozenců se mohou vyskytovat zbytky lanuga neboli jemných chloupků na zádech, nehty jsou dlouhé tak, že přesahují konce prstů, chrupavka na ušních boltcích je vyvinutá a celé chodidlo je rýhované. U chlapců je fyziologické sestouplá varlata a u dívek labia majora kryjí labia minora (Fendrychová, 2013, s. 12).

2.3 Nedonošený novorozenec

Každý novorozenec narozený před 38. týdnem těhotenství, který projevuje příznaky nezralosti, se nazývá nedonošený novorozenec. Úroveň nezralosti se odvíjí od schopnosti orgánů dítěte samostatně fungovat mimo matčinu dělohu. Gestační stáří je důležitější k posouzení novorozence než jeho váha. Předčasně narozený novorozenec bývá u matek s infekcí (chorioamniitida), chronickým onemocněním, kardiálním onemocněním či u matek s hypovitaminózou nebo celkovou podvýživou. Dále je také rizikovým faktorem předčasného porodu vysoký tlak, placentární abnormality a užívání vysoce návykových látek. Nejčastějšími problémy u předčasně narozených dětí bývá respirační tíseň způsobená nezralostí plicní tkáně a chybějícím surfaktantem, ventilační nestabilita, persistující tepenná dučej, intraventrikulární krvácení, hypoglykémie a hypokalcémie, hypotermie, hypotenze, anémie, hyperbilirubinémie a náchylnost k infekcím z důvodu nízké imunitní obranyschopnosti (Fendrychová, 2013, s. 12-13).

2.4 První ošetření nezralého novorozence na porodním sále

2.4.1 Skórování dle Apgarové

Apgar skóre zavedla americká anestezioložka Virginia Apgarová v roce 1953 k hodnocení stavu novorozence bezprostředně po jeho narození. Hodnocení provádí vždy zkušený a proškolený zdravotnický pracovník, nejlépe nezávislá osoba, která dítě nerodila. Jako nejvhodnější se nabízí dětská sestra, která provádí první ošetrovatelskou péči o dítě na porodním sále. Dítě se hodnotí v prvních 10. minutách, přesněji v 1., v 5. a v 10. minutě života po porodu. Hodnotí se pět projevů, kterými jsou:

Srdeční frekvence – klasifikuje se za pomoci fonendoskopu přiloženého na hrudníku nebo palpací pulzace pupečníku (žádná srdeční frekvence 0b., <100 tepů/min 1b., >100 tepů/min. 2b.)

Dechová aktivita – zjišťuje se pozorováním pohybů hrudníku nebo poslechem za pomoci fonendoskopu (žádná dechová aktivita 0b., nepravidelná 1b., křik 2b.)

Svalový tonus – klasifikuje se zkoumáním polohy dítěte v klidu (atonie 0b., flexe končetin 1b., pohyb 2b.)

Barva kůže – hodnotí se jak centrální, tak i periferní cyanóza, která může přetrvávat déle než centrální (cyanotická, bledá kůže 0b., akrocyanóza 1b., růžová 2b.) (Fendrychová, 2013, s. 24-25).

2.4.2 Zajištění novorozence po porodu

Cílem prvního ošetření novorozence je dobrá adaptace dítěte po porodu, toto ošetření u nedonošeného novorozence provádí dětská sestra s pediatrem. Veškerá manipulace a výkony se musí provádět šetrně a obezřetně. Pokud to stav dítěte dovoluje, provádí se tzv. bonding, při kterém leží nahé dítě hrudníkem k hrudníku matky. Bonding je důležitý čas k navázání vztahu mezi matkou a dítětem a také napomáhá k rozvoji laktace matky. Pediatr podrobně vyšetřuje novorozence, zhodnocuje poporodní adaptaci, určuje aktuální zdravotní stav a kontroluje možnou přítomnost vývojových vad. Mezi první ošetření dítěte sestrou patří:

1. Zabránění ztrátám tepla osušením dítěte, vhodná teplota prostředí je 25°C
2. Podvázání pupečníku sterilní gumou nebo svorkou
3. Změření tělesné teploty a zvažení, měření délky je vhodné nechat až na později po uvolnění vysokého napětí svalů dolních končetin
4. Označení novorozence identifikačním náramkem a číslem, které má stejné se svou matkou
5. Zabalení novorozence nebo vložení do pláštěnky, aby nedošlo ke ztrátám tepla, které je u nezralých novorozenců velmi rychlé
6. Vykapání očí antibakteriálním prostředkem
7. Pokud to stav dítěte dovoluje tak přiložení dítěte k prsu matky, bonding
8. Zavedení dokumentace a transport na specifická oddělení podle stavu novorozence (Dort, 2018, s. 19-20).

2.5 Zajištění nezralého novorozence na oddělení

2.5.1 První ošetření novorozence na oddělení

Při příjmu dítěte na oddělení zajišťujeme termoregulaci uložením dítěte do inkubátoru na předehřátých 35-38°C a vlhkostí na 40-75% dle gestačního stáří. Napojíme dítě na monitor životních funkcí, který zahrnuje kardiorespirogram a pulzní oxymetr. Změříme tělesnou teplotu, která by se v axile měla pohybovat v rozmezí 36,5-37,2°C. Kvůli malé hmotnosti dítěte tělesnou teplotu raději v rektu neměříme. Zkontrolujeme, zda pupeční pahýl nekrvácí a utáhneme ještě jedním uzlem. U extrémně až středně nezralých novorozenců zavedeme orogastrickou sondu, zafixujeme, zkusíme rezidua a podáváme cizí pasterované mateřské mléko v objemu dle hmotnosti dítěte. První ošetření novorozence na oddělení se velmi liší v závislosti na stavu dítěte. Nejdůležitější je však vždy udržení tělesné teploty, zajištění fyziologických funkcí, monitoring funkcí, šetrné ošetření, adekvátní ventilační podpora a oxygenoterapie, podpora krevního oběhu, parenterální, popřípadě enterální výživa a prevence krvácivé nemoci podáním vitamínu K do 4 hodin od narození (Dort, 2018, s. 21).

2.5.2 Vliv prostředí a manipulace s dítětem

Nedonošený novorozenec se předčasně nachází v prostředí, ve kterém se ještě neměl vyskytovat a je velice náchylný na hluk, prudké světlo a změny teplot prostředí. Negativní vlivy okolí ovlivňují správný vývoj dítěte, proto je nutno zajistit novorozenci co největší komfort a napodobit prostřední v děloze k co největšímu omezení působení stresových podnětů na novorozence se dítě hned při příjmu na oddělení ukládá do předem předehřátého inkubátoru. U inkubátoru i v jeho okolí se chováme tiše, opatrně otevíráme i zavíráme dvířka inkubátoru, aby nedošlo k nadměrnému hluku. Nikdy nesvítime přímým světlem na dítě, a při nutné potřebě světla cloníme novorozenci oči. V době mezi manipulací s dítětem inkubátor kryjeme. Veškeré úkony sjednocujeme do jednoho časového období, protože mozek novorozence vyžívá jen v době spánku, a tak mu na něj dopřáváme dostatek času. Na oddělení JIRP se dítě potýká s bolestivými úkony jako je intubace, zavádění gastrické sondy, odebírání biologických vzorků. Kompenzujeme a vyvažujeme nepříjemné s příjemným. Dítě při bolestivých výkonech tišíme sacharózou nebo farmakologickou analgosedací. Dopřáváme mu pozitivní dotyky jak od zdravotníků, tak i od jeho rodičů, ke kterým patří hlazení, chování, klokánkování či masáže (Dort, 2018, s. 42).

2.6 Specifika péče o nezralého novorozence

2.6.1 Udržení termoregulace

Prevence nadměrných ztrát tělesné teploty novorozence výrazně zvyšuje šance na přežití. Novorozenec se musí udržovat v tepelně neutrálním prostředí. Takové prostředí zajišťuje novorozenci optimální tělesnou teplotu (36,5-37,5°C) v axile, v rektu je zhruba o 0,1-0,5°C vyšší. Znamená to, že musí být rovnováha mezi produkcí tepla a tepelnými ztrátami, aby byla optimální rychlost metabolismu a potřeba kyslíku. Předčasně narozené děti jsou náchylné ke ztrátám tepla, protože mají vysoký poměr povrchové plochy k tělesné hmotnosti a málo podkožního tuku. Novorozenec na rozdíl od dospělého jedince není schopen kompenzace tepelných ztrát zvýšením produkce tepla chvěním a zvýšenou svalovou aktivitou. Výroba tepla probíhá zejména v hnědém tuku. Komplikace zvýšené produkce tepla prostřednictvím zvýšené rychlosti metabolismu jsou:

- Hypoxie ze zvýšené spotřeby kyslíku
- Hypoglykémie z vyčerpání zásob glykogenu
- Metabolická acidóza způsobená hypoxií a periferní vazokonstrikcí
- Plicní hypertenze jako důsledek acidózy a hypoxie
- Apnoe (Gomella 2020, str. 92-93).

Hypotermie se léčí pomalým zahříváním tělesné teploty rychlostí 1°C/h za pomoci zvyšování teploty vzduchu v inkubátoru, přidáním vlhkosti vzduchu nebo zvyšováním produkce tepla výhřevnou dečkou. Takto zahřívané dítě je dobré kontinuálně kontrolovat za pomoci kožního teplotního čidla. Dítě se také může zahřívát při klokánkování u matky mezi jejími prsy. Nevýhodou je nemožnost neustálé kontroly teploty dítěte. U stabilizovaných dětí s hmotností nad 2500g stačí, pokud je dítě zabaleno do teplých příkrývek a umístěno do matčiny náruče. Velmi důležitá je čepice, která zabraňuje velkým ztrátám tepla u novorozenců. Je nutné myslet na to, že u nastavených vyšších teplot v inkubátoru a popřípadě přidané vlhkosti se nesmí otevírat dvířka inkubátoru na příliš dlouhou dobu, je zapotřebí tuto dobu co nejvíce minimalizovat a provádět pouze v případě nutnosti. Naopak hypertermie, tělesná teplota, která je vyšší než normální teplota, tedy vyšší než 37,5°C, vzniká na podkladě:

- Příliš vysoké teplotě prostředí dítěte
- Abstinenčního syndromu
- Infekce bakteriálního či virového původu

- Dehydratace (Gomella, 2020, s. 94-97).

2.6.2 Oxygenoterapie a umělá plicní ventilace u RDS

Novorozenci a kojenci s dýchacími potížemi jsou již dlouho součástí léčby na intenzivních jednotkách. Díky dlouholetým zkušenostem je úmrtí novorozence na akutní respirační selhání neobvyklé, a to dokonce i mezi extrémně předčasně narozenými. Aktuální trendy v novorozenecké ventilaci se zaměřují na snížení iatrogenního poškození plic umělou plicní ventilací. Přítomnost znaků k rozpoznání dechové tísně:

- Rozšiřování nosních dírek – alární souhyb
- Grunting, který se běžně vyskytuje na počátku syndromu respirační tísně
- Tachypnoe
- Cyanóza
- Abnormální zvuky dechu, jako je inspirativní stridor nebo expirační dýchání
- Změny acidobazické rovnováhy
- Poklesy saturace
- Apnoické pauzy

Jako léčba respirační tísně se již od roku 1971 používá metoda kontinuálního přetlaku v dýchacích cestách. K této neinvazivní metodě se používá CPAP, který je efektivní a zabraňuje nutnosti intubace, která má daleko více nežádoucích účinků na nezralou plicní tkáň. Metoda CPAP je natolik rozšířená, že se nepoužívá jen v intenzivní péči, ale také na odděleních intermediární péče a při transportu novorozence. Při respiračním selhání za podpory touto neinvazivní metodou, která u poměrně velkého množství nezralých novorozenců postačuje, je indikována mechanická ventilace (Juren, 2016, s. 3).

2.6.3 *Intubace*

Indikace k intubaci nezralého dítěte jsou:

- Poskytování mechanické ventilační podpory
- Podání surfaktantu
- Zajištění dýchacích cest při obstrukci
- Podání i.t. léků
- Odběr intratracheálního aspirátoru
- Toaleta dýchacích cest (Gomella, 2020, s. 340).

Vybavení k intubaci:

- Laryngoskop a správná velikost lžice (velikost 00 pro extrémně nezralé novorozence, 0 pro středně nezralé novorozence a 1 pro donošené novorozence)
- Endotracheální kanyla bez balonku ve správné velikosti (dělení podle vnitřního průměru) a zavaděč
- Odsávačka
- Fixace (páska, Neobar)
- Ambuvak/Neopuff
- Fonendoskop k ověření polohy kanyly
- Ventilátor (Gomella, 2020, s. 341).

2.6.4 *Zavedení gastrické sondy*

Žaludeční sonda se zavádí přes nos (nasogastrická sonda) nebo přes ústa (orogastrická sonda) do žaludku. Indikací k zavedení gastrické sondy je:

- Vysoká dechová frekvence, aby se snížilo riziko aspirační pneumonie
- Nutriční podpora u předčasně narozených dětí, které mohou mít nezralé sání a polykací mechanismy, které se normálně vyvíjejí až po 32. gestačním stáří
- Neurologické onemocnění, které zhoršuje sací reflex nebo schopnost dítěte kojit
- Abnormální dávivý reflex
- Žaludeční dekomprese při nekrotizující enterokolitidě
- Podávání léků
- Analýza žaludečního obsahu (Gomella, 2020, s. 356-358).

2.6.5 Fototerapie a výměnná transfuze

Indikací k fototerapii a výměnné transfúzi je hyperbilirubinémie, ta se hodnotí podle gestačního stáří. U novorozenců nad 37. gestační týden je indikace k výměnné transfúzi hodnota bilirubinu v krvi nad 450 $\mu\text{mol/l}$, u 33.-37. gestačního stáří je 380 $\mu\text{mol/l}$, u 28.-32. je 300 $\mu\text{mol/l}$ a pod 27. týden je indikace nad 250 $\mu\text{mol/l}$. K vysokým hodnotám bilirubinu v krvi dochází u hemolytické nemoci při Rhloimunizaci. Cílem výměnné transfuze je odstranění Rh pozitivních erytrocytů a antierytrocytárních protilátek s cílem zastavit hemolýzu a progresi bilirubinémie. Podává se deleukotizovaná a ozářená erymasa 0 Rh negativní. Dítě musí být k výměnné transfúzi nalačno 3 hodiny, aby nedošlo během výkonu k aspiraci. Výkon se provádí přes kanylovanou v. umbilicalis. Během výkonu je nutná monitorace fyziologických funkcí jako je saturace, pulz, tělesná teplota, krevní tlak a v polovině výměny se provádí vyšetření kapilární krve na ABR. Podle hmotnosti novorozence je různé množství podávané a odebírané krve v jedné etapě:

Hmotnost nad 3000 g – 20 ml

Mezi 2000 až 3000 g – 15 ml

Mezi 1000 až 2000 g – 10 ml

Mezi 850 až 1000 g – 5 ml

Pod 850 g – 1 až 3 ml

V průběhu výměnné transfúze se také aplikuje 10% Ca gluconicum. Po ukončení výkonu, který trvá přibližně 1,5 až 2 hod. se opět vyšetřuje ABR, glykémie, bilirubin, krevní obraz vč. trombocytů. Kanyla se ponechává pro možnost nutnosti opakování výměny transfúze. Novorozenec se nesmí 12-24 hodin krmit a pokračuje ve fototerapii. (Liška, 2015, s. 50-53).

2.6.6 Katetrizace močového měchýře

Indikace ke katetrizaci močového měchýře jsou:

- Sběr vzorku moči na kultivaci
- Při cystourethrografii
- Stanovení zbytkového objemu moči v močovém měchýři
- Aplikace kontrastu pro diagnostickou cystografii (Gomella, 2020, s. 325-327).

Komplikace:

- Infekce, k zamezení vzniku infekce je důležité dbát na dodržení sterilního postupu
- Poranění močového měchýře (perforace), častější u chlapců, nikdy nezavádět katetr silou
- Hematurie, obvykle přechodná
- Striktura uretry, nejčastěji způsobená příliš velkým katetrem (Gomella, 2020, s. 328).

2.6.7 Abstinenční syndrom

Novorozenec s abstinenčním syndromem je ten, jehož matka užívala drogy a některé léky v těhotenství. Je to soubor příznaků spojených s odnětím. Množství případů se syndromem novorozenecké abstinence roste. Ve Spojených Státech mezi lety 2000 a 2012 se zvýšil téměř pětinašobně a nadále roste. Výskyt novorozenecké abstinence je přibližně u 6 porodů z 1000. Drogy se přenášejí do plodové vody přes placentu. Poločas rozpadu léků je obvykle u plodu prodloužen ve srovnání s dospělým. Některé látky jsou přímo toxické pro buňky plodu, např. kokain má vysoké vasokonstrikční vlastnosti. Naopak heroin může mít příznivý účinek na plod. Výskyt respiračního syndromu je v tomto případě skoro nulový. Hlavním problémem takto vystavených novorozenců návykových drog je porušení vývoje CNS. Kokain brání zpětnému vychytávání neurotransmiterů na nervových zakončeních a způsobuje přecitlivělost nebo přehnané reakce. Dále kokain také způsobuje pokles děložního průtoku krve s následnou hypoxií plodu. Alkohol má depresivní účinek na CNS. Jak ethanol, tak jeho metabolit acetaldehyd jsou toxické. Užívání návykových látek matky v těhotenství doprovází také jiné nebezpečné faktory pro správný vývoj a rozvoj dítěte. Mezi ně patří:

- Špatné sociální a ekonomické okolnosti
- Žádné nebo minimální vzdělání
- Přidružené onemocnění jako je hepatitida B, syfilis, HIV, anémie, malnutrice a další
- Špatně sledovaná gravidita

Příznaky:

- Omezený růst plodu, hypotrofie
- Třes, zvýšený svalový tonus
- Vysoce laděný pláč
- Nespavost
- Urputné sání ručiček či dudlíku
- Kýchání, ucpaný nos
- Průjem a zvracení
- Horečka
- Tachypnoe, apnoe
- Zívání, škytavka
- Neprosívání (Gomella, 2020, s. 945-948).

Abstinenční syndrom se skóruje dle Finnegan (viz. Obrázek 2). U mnohých novorozenců projevy abstinčního syndromu vymizí během několika dní a není tak nutná farmakoterapie. Před nasazením farmak obvykle stačí podpůrná péče, do které spadá udržení novorozence v temném a tichém prostředí, stažení dítěte do zavinovačky, tišení dudlíkem a chováním. Indikace k zahájení farmakoterapie je, pokud podpůrná péče nestačí, nebo pokud jsou příznaky obzvláště závažné – obtíže s krmením, významná ztráta hmotnosti, skóre dle Finneganové nad 7 ve třech po sobě jdoucích skórování, které se provádí každé 3-4 hodiny. Farmakologická léčba zahrnuje podávání Morfinu nebo tinktury. Léčba se zahajuje dávkou Morfinu 0,04mg/kg a podává se každé 3-4 hodiny. Pokud abstinční příznaky neustupují, navyšuje se dávka až do zmírnění abstinčních symptomů. Poté se léčba udržuje 72 hodin. Odvykání se provádí každý den snížením dávky o 10%. Pokud se objeví při odstavení symptomy, dávka se opět zvýší a celý proces se opakuje znovu až do vymizení příznaků. Opiová tinktura, nazývaná též tinktura opia obsahuje 10mg/ml morfinu (Gomella, 2020, s. 950-953).

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
Gynekologicko-porodnická klinika - Neonatologické oddělení

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111



Formulář | F-NEO-037 | verze 3

Skórovací systém pro neonatální abstinční syndrom

* Finnegan, Yoon, dle doporučeného postupu České neonatologické společnosti ČLS JEP, 2006

příjmení:

Tiskněte oboustranně!

jméno:

nalepte štítek

číslo pojištění:

číslo záznamu:

datum:		body	čas hodnocení (příznaky se hodnotí mezi krmením)											
křik	vysoko laděný	2												
	kontinuální	3												
doba spánku	1 hodina	3												
po jídle	2 hodiny	2												
	3 hodiny	1												
Moro reflex	hyperaktivní	2												
	značný	3												
třes při stimulaci	mírný	2												
	značný	3												
třes v klidu	mírný	3												
	značný	4												
zvýšený svalový tonus	mírně	3												
	značně	6												
křeče		8												
krmení	usilovné sání ruček	1												
	špatně pije	1												
	regurgitace	1												
	projektilové zvracení	1												
stolice	řidká	2												
	vodnatá	3												
horečka		2												
dechová frekvence	přes 60/min se zatahováním	1 2												
exkoriace	nosu	1												
	kolen	1												
	prstů	1												
časté zívání		1												
kýchání		1												
ucpaný nos		1												
pocení		1												
celkem bodů:														

podpis zdravotnického pracovníka:

Obrázek 2 Skórovací systém pro neonatální abstinční syndrom

2.6.8 Kanylace pupeční žíly, arterie

Kanylaci pupečních cév využíváme v ten moment, kdy potřebujeme přístup do centrálního žilního řečiště (podávání léků, parenterální výživy) a arteriální linku (invazivní měření tlaku, odběry). Nejčastěji tuto metodu používáme u extrémně nezralých lidí do 28. týdne, ale lze ji využít ve všech gestačních týdnech v případě že to zdravotní stav vyžaduje (donošené děti po intrapartální axfyxii, obtížné zavedení periferního žilního katetru). Pupeční katetry lze zavést v prvních dnech života, pokud udržujeme vlhký pupeční pahýl, nejnáze to však provedeme v prvních hodinách života dítěte (Liška, 2015, s. 57).

2.7 Informovanost matek o hygienické péči u nezralého novorozence

2.7.1 Koupání

První koupání se provádí jen u stabilních novorozenců, a to nejdříve ve 24. hodině života. Další koupání je vhodné ve frekvenci 2-3x za týden. Teplota vody by se měla pohybovat mezi 37-38°C a místnost kde se koupe, by měla ideálně mít 32-34°C. Je dobré se vyvarovat častému používání kosmetických přípravků, aby nedošlo k narušení přirozeného ochranného filmu pokožky. Vždy je zapotřebí s koupáním začít až po přípravě veškerých potřebných pomůcek jak ke koupání, tak k ostatním potřebným výkonům, jako je například měření obvodů, aby se nemuselo odbíhat od dítěte, které nesmí zůstat bez dozoru v otevřeném prostoru. Dítě do vody vkládáme opatrně schoulené s nohama napřed. Žínkou omýváme postupně od hlavy až k patě a nevynecháváme žádné záhyby jako je za ušima a v podpaží. K dítěti se chováme klidně, klidně k němu mluvíme a využíváme přirozené nadnášení dítěte vodou. Z koupele novorozence vyndáváme stejně, takže schoulené a pokládáme ho na osušku či látkovou plenu a ihned zabalíme tak aby mělo děťátko pocit bezpečí a jistoty. Osušíme od hlavy k patě a opět nevynecháváme žádné záhyby. Po koupeli se dítě promaže přírodním olejíčkem nejdříve rozetřeným do vlastních rukou a až poté do kůže novorozence (Dokoupilová, 2016, s. 290-292).

2.7.2 Péče o pupeční pahýl

Při možné potřebě kanylace pupečního pahýlu se pahýl ošetřuje čtvercem navlhčeným Aquou, aby nedošlo k nekróze. Pokud pahýl nebude potřeba tak se nechá samovolně odpadnout. Než vznikne nekróza, musí se pupeční pahýl polohovat směrem nahoru od pohlavního orgánu dítěte, aby nedošlo k jeho znečištění od stolice či moči. Po odpadnutí se pupík ošetřuje dezinfekčním prostředkem na čtverci při každém přebalování (Avery 2015, s. 126).

2.7.3 Péče o kůži

Předčasně narození novorozenci mají velmi tenkou vrchní vrstvu kůže zvanou epidermis, a proto se veškeré kosmetické přípravky použité na pokožku dítěte velmi rychle vstřebávají do krevního oběhu. Proto se mají používat přírodní oleje na suchá místa na těle a po koupání. Vhodný je lehký panenský olej, který se nejdříve zkusí na malou část pokožky a až když epidermis dobře na olej reaguje, může se teprve používat na celé tělo (Dokoupilová 2016, s. 292).

2.7.4 Přebalování

Ošetřování zadečku je velmi důležité jako prevence ke vzniku ragád či opruzenin. U nedonošených dětí je optimální otírání zadečku za pomoci vlhčených ubrousků. Nevýhoda používání vlhčených ubrousků je možnost podráždění pokožky z důvodů parfémování a přidávání chemických prostředků od výrobce, proto je dobré používat neparfémované vlhčené ubrousky nebo vlhčený perlan vlažnou vodou. Dbáme na správnou velikost jednorázové pleny, aby nedocházelo ke škrcení novorozence či naopak neunikala moč a stolice ven ze špatně přiléhavé pleny. Nezralému novorozenci nikdy nezvedáme příliš nohy nahoru, aby nedošlo k překrvení mozku. Raději dítě přetočíme na bok, upravíme polohu pleny, přetočíme zpět na záda a až poté zapínáme. Nezralý novorozenec se přebaluje podle potřeby, a ne jako u fyziologických novorozenců, kdy se dítě přebaluje před každým krmením (Dokoupilová, 2016, s. 293).

2.8 Informovanost matek o výživě nezralých novorozenců

2.8.1 Kojení

Už v průběhu těhotenství se díky estrogeneru připravují mléčné žlázy na kojení. Po porodu se může díky odloučení placenty, která do té doby blokuje prolaktin, začít tvořit mateřské mléko. Laktaci nejvíce zvyšuje časté přikládání dítěte k prsu. Dále také napomáhá dodržování pitného režimu, pití kojících čajů a pravidelné odsávání mléka mechanickou odsávačkou. Správná technika kojení je velice důležitá a poloha při kojení se odvíjí od stavu matky a dítěte. Tělo dítěte musí být bříškem přitisknuté k tělu matky a ústa novorozence jsou v úrovni bradavek matky. Dítě vždy jde za bradavkou, nikoliv bradavky za dítětem. Kojení u nedonošených novorozenců je možné až tehdy, kdy je dítě stabilizované a vyzrálé k tomu, aby zvládlo koordinovat sání, polykání a dýchání. Při kontraindikaci kojení jako jsou například některá farmaka, která užívá matka (psychostimulancia, cytostatika), při onemocnění matky jater, ledvin, srdečního selhávání nebo infekčních onemocnění jako je HIV či TBC je připuštěno k nasazení umělé výživy. Kromě těchto kontraindikací ke kojení se umělá strava dává i při nedostatečné tvorbě mateřského mléka matkou (Dortová, 2018, s. 23-26).

2.8.2 Enterální výživa

Potřeba energetické hodnoty výživy pro zajištění váhového přírůstku je u nezralých novorozenců stanovena na 100-120 kcal/kg/den. Pro zachování bazálního metabolismu je potřeba pouhých 50-60 kcal/kg/den z toho glukóza by měla obsahovat 40-50%, proteiny 7-15% a lipidy 40-55% energie. Správná enterální výživa vede ke kvalitnímu a kvantitativnímu růstu nezralého novorozence. Dítě by mělo průměrně do 3. měsíce přibývat o 25-30 gramů za den, a to hned po návratu na porodní hmotnost po 10-15% (dle gestace) úbytku na váze po porodu, který je fyziologický v prvním týdnu života dítěte. K návratu by mělo dojít do 14. dne života. Pokud není dítě schopno příjmu potravy per os jak kojením či jinou alternativou jako je např. krmení ze stříkačky je nutno podávat výživu přes oro/nazogastrickou sondu. Krmení přes orogastrickou či nazogastrickou sondu musí vždy probíhat pomalu a novorozenec by měl být ve zvýšené poloze, třeba při klokánkování. Také lze krmit samospádem do žaludeční sondy nebo za pomoci dávkovací pumpy. Nezralým novorozencům se v prvních dnech života podává cizí pasterizované mléko od dárek až do nástupu laktace matky dítěte. Pokud se u matek dětí laktace dostatečně nerozběhne nebo je jejich stav či farmakoterapie

kontraindikována s kojením je indikováno podávání umělé výživy od gestačního týdne dle zvyklostí pracoviště. Vhodné umělé formule pro předčasně narozené děti jsou PreBeba 1, PreBeba 2 Discharge, Nutrilon 0 Nenatal a Nutrilon 1 Nenatal. Děti, u kterých se objevují potíže se zažíváním a vyprazdňováním je vhodné zvážení dietetika jako je např. Alfaré a Alfamino. Nejvhodnější výživou pro nezralé novorozence je však mateřské mléko, v prvních dnech podáváme dítěti kolostrum a v následujících dnech při dobrém rozvoji laktace vlastní nepasterizované mléko. Eventuelně se při nedostatku vlastního mateřského mléka dá kombinovat s mlékem od dárkyň či s umělou formulí. U nedonošenců s porodní hmotností pod 1500g nebo u hypotrofických novorozenců s hmotností mezi 1500-2000g se do mateřského mléka přidává fortifikace, která obsahuje dodatečné množství makro i mikronutrientů k dosažení jejich adekvátního příjmu pro nezralého novorozence (Burianová, 2015, s. 121-131).

2.8.3 Parenterální výživa

Pokud je kontraindikováno podávání stravy enterálně, jako je například u atrézie anu, pooperačních stavů nebo jiných poruch funkcí GIT, je indikováno podávání stravy parenterálně, což je zajištění přísunu životně důležitých živin, vitamínů a minerálů dítěti intravenózně. Intravenózní výživa se zajišťuje přes periferní či centrální žilní katetr, do které se nejčastěji podává vak all-in-one, který obsahuje aminokyseliny, tuky, cukry a vitamíny. Důležité je dbát na dostatečný přísun nutričně důležitých složek potravy. Denní energie je stanovena na 90-120kcal/kg/den, a z toho by měly proteiny tvořit 15-20%, glukóza 50-60% a lipidy 30-40% energie (Burianová, 2015, s. 361-346).

2.9 Rehabilitace u nezralého novorozence

2.9.1 Klokánkování

Klokánkování se provádí přiložením miminka k matce kůží na kůži. Při této metodě dochází k navázání vztahu mezi matkou a dítětem. Tato metoda se historicky začala používat kvůli nedostatku inkubátorů a matka tak 24 hodin denně dokázaly hrát své dítě. Klokánkování se přerušovalo jen kvůli přebalení, krmení a občasnému koupání. Zjistilo se, že takto chované děti dobře prospívaly a rostly stejně rychle jako děti v inkubátoru. Tento tělesný kontakt má také dobrý vliv na psychiku matky, protože odloučení dítěte od matky není biologicky normální. Navíc tento kontakt zvyšuje produkci mateřského mléka. Správné klokánkování se provádí tak, že se novorozenec položí na hrudník

matky mezi prsa skin to skin. Takto by měl novorozenec u své matky být delší dobu, optimálně 3 hodiny v kuse mezi krmením. Bonding je stejná metoda navazování vazby mezi matkou a dítěte v tom rozdílu, že bonding se provádí těsně po porodu a vytváří tak úplně prvotní vazbu (Dokoupilová, 2016, s. 90-92).

2.9.2 Bazální stimulace

Cílem bazální stimulace je podpora psychomotorického vývoje. U novorozenců je tedy bazální stimulací veškerá pozitivní péče o novorozence. Například:

Chování, klokánkování, bonding

Přebalování, koupání, promazávání kůže

Přikládání k prsu, kojení, jiné alternativní krmení

2.9.3 Iniciální dotek

Iniciální dotek je první dotek, kterým by měli zdravotní pracovníci i rodiče zahajovat manipulaci s dítětem. Rodiče si vyberou místo pohlazení, nejpraktičtější je hlavička kvůli její snadné dostupnosti. Matka dítě nejdříve pohládí, osloví a až poté pokračuje s péčí o své dítě. Některé zdroje uvádí, že by měli mít rodiče se zdravotnickým personálem rozdílné místo iniciálního dotyku, protože si novorozenec dokáže spojit místo pohlazení s následným průběhem péče. Tento dotyk je však nutný provádět pokaždé stejně. Dle mého názoru, vzhledem k časté nutnosti rychlého zásahu v intenzivní péči, například u ventilační nestability, je nemožné dodržovat pokaždé iniciální dotek. Proto bych ho zanechala jako pravidlo pouze pro rodiče a zdravotnickí pracovníci, pokud je to možné, by dítě oslovili a následně veškerou péči prováděli co nejvíce šetrně.

2.9.4 Orofaciální stimulace

Je technika, která pomocí hlazení, masírování, vibrací a stlačování různých míst obličeje zlepšuje svalovou mimiku obličeje, sání, polykání, dýchání a také má pozitivní vliv na vývoj řeči. Tuto metou je vhodné používat před krmením, a to zejména v situaci, kdy je novorozenec spavý. Stimulace se provádí jak na povrchu obličeje, tak i uvnitř úst, když se zkouší sací reflex (Kokešová, 2016, s. 295).

2.9.5 Vojtova metoda

„*Vojtova metoda, které se též říká princip reflexní lokomoce, vychází ze základního principu, že v centrálním nervovém systému člověka jsou geneticky zakódované vrozené pohybové vzory.*“ Díky stimulaci různých reflexních bodů je možné stimulovat tělo k samovolnému pohybu a zabránit tak k rozvinutí pohybových poruch, které způsobuje poškození mozku (Fišárková, 2016, s. 294).

2.10 Úmrtí novorozence

2.10.1 Umírání novorozence hospitalizovaného v nemocnici

Terminální stav je definován jako stav, kdy dochází k postupnému a nezvratnému selhávání orgánů, jehož důsledkem je smrt. Komunikace s rodiči v kritickém stavu dítěte je velmi důležitá a lékař musí informovat rodiče velice citlivě a konkrétně. Rodiče se vyrovnávají se ztrátou dítěte v sedmi stádiích, kterými jsou stádium šoku, popření, pocitu viny, popření pocitu viny, pocitu beznaděje, smíření a oplakávání. Rodiče mají právo na rozloučení s dítětem, proto je důležité vždy v čas rodičům zavolat, aby přijeli a následně jim byl ponechán dostatek času a soukromí k rozloučení. Ke stanovení úmrtí je nutná dlouhá a pečlivá auskultace srdečních ozev a v ideálním případě i monitorování EKG. Ztráta mozkových funkcí a funkcí mozkového kmene je určujícím faktorem pro smrt organismu. Z těla zemřelého se odstraňují veškeré invazivní vstupy kromě drénů a centrálního žilního katétru. Mrtvému novorozenci se zavřou oči a ústa a provede se očista těla. Nejdříve 2 hodiny po úmrtí se identifikované tělo převáží na pitevnu, která je dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, části sedmé, povinná u dětí zemřelých do 18 let věku. Výjimkou pro neprovedení patologicko-anatomické pitvy je výslovný nesouhlas s provedením pitvy zákonným zástupcem zemřelého, přičemž je zřejmá příčina úmrtí (Procházková, 2015, s. 519-520).

2.11 Syndrom náhlého úmrtí

SIDS je oficiální zkratka syndromu náhlého úmrtí z anglického názvu Sudden Infant Death Syndrome. K náhlému úmrtí nejčastěji dochází ve spánku do 6. měsíce života dítěte a z toho nejrizikovější jsou 2. až 4. měsíc. I když je příčina náhlého úmrtí vždy nejasná, častěji se vyskytuje u:

- Předčasně narozených dětí z důvodu nezralosti centrálního nervového systému, kvůli kterým i v pozdějším věku může docházet k apnoickým pauzám
- Nekojených či jen částečně kojených dětí
- Matek kuřaček či jinak drogově závislých, nikotin tlumí dechové centrum člověka
- Ukládání dítěte na břicho, proto je vhodné polohovat jen na záda, maximálně mírný bok tak aby se případně dítě samo přetočilo na záda, a ne na břicho
- Metabolického onemocnění dítěte
- Výskytu SIDS v minulosti v rodině
- Přehřátí, které působí na dechové centrum dítěte

(<https://www.nutriklub.cz/clanek/syndrom-nahleho-umrti-kojence-sids>)

Prevence:

- Používání monitoru dechu u nedonošených dětí či u dětí, kde byl již v minulosti přítomen SIDS v rodině
- Kojení alespoň v prvních 6 měsících života dítěte
- Nekouřit v těhotenství a ani v domácnosti s dítětem
- Optimální teplota pokoje v rozmezí 20-24°C
- Nenutit dítěti dudlík
- Nebrat si kojence na spaní do své postele
- Ukládat dítě ke spánku na záda
- Nepoužívat příliš přikrývek ani přítomnost více hraček v posteli kojence není optimální (<https://www.nutriklub.cz/clanek/syndrom-nahleho-umrti-kojence-sids>)

2.12 Přehled dříve realizovaných studií na toto téma

V této kapitole uvádím přehled dříve realizovaných studií na téma „Informovanost matek o péči o předčasně narozené dítě“.

Brožovičová, Martina. Informovanost matek o péči o novorozence na JIRP a IMP. Zlín, 2017. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií

Tato práce byla inspirací pro sepsání vlastní bakalářské práce, protože Brožovičová v závěru své práce píše „*Matky mají dostatečnou informovanost na obou odděleních, jak JIP tak i IMP. Informace jsou podávány postupně, vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte.*“ (Brožovičová 2017)

Podle mých výsledků je informovanost matek různá a nelze 100% tvrdit, že u všech respondentů dostatečná. Tento fakt je ale dle mého podmíněn rozdílným počtem respondentů. V naší studii bylo 90 respondentů a ve studii Brožovičové jen 20.

O předčasně narozených dětí bylo napsáno spoustu prací, ale žádná jiná z nich se přímo nevěnuje informovanost matek dříve narozených dětí. Proto zde uvádím jen odkazy na práce, které se daného tématu týkají.

HOŠTETROVÁ, Alena. Znalosti matek v jihlavském regionu o syndromu náhlého úmrtí kojence. Brno, 2016. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Miroslava KYASOVÁ

GREŠOVÁ, Michaela. Zkušenosti s doporučením 10 kroků k úspěšnému kojení a jejich vliv na kojení termínových novorozenců. Olomouc, 2020. diplomová práce (Mgr.). Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd

3 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

Tato kapitola obsahuje cíle a pracovní hypotézy, které se týkají průzkumného šetření bakalářské práce. Empirická část je zaměřená na popis pracovního postupu, organizaci zkoumaného vzorku, charakteristiku zkoumaného vzorku a analýzu získaných dat. Dále jsou zde uvedené výsledky vlastního průzkumného šetření získané prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku. Závěr empirické části je věnován diskuzi, která se zabývá analýzou získaných výsledků dotazníkového průzkumu.

3.1 Cíle empirické části práce a pracovní hypotézy

3.1.1 Cíle empirické části práce

K uskutečnění vlastního záměru bakalářské práce byly stanoveny následující cíle, které se vztahují k empirické části této práce.

Cíl 1: Provést analýzu získaných údajů z nestandardizovaného dotazníkového šetření a získané údaje statisticky vyhodnotit.

Cíl 2: Posoudit prostřednictvím výsledků nestandardizovaného dotazníkového šetření úroveň informovanosti o péči o předčasně narozené dítě mezi prvorodičkami a několikanásobnými matkami.

Cíl 3: Porovnat informovanost rodiček o péči o předčasně narozené dítě ve zdravotnickém zařízení fakultního typu a jiného typu zdravotnického zařízení.

Cíl 4: Zjistit informovanost matek o syndromu náhlého úmrtí novorozence.

Cíl 5: Komparovat vztah dosaženého vzdělání rodiček a jejich informovanost o péči o předčasně narozené dítě.

3.1.2 Pracovní hypotézy

Podle výše stanovených cílů byly formulovány následující pracovní hypotézy. Validita těchto hypotéz byla ověřena provedením průzkumného šetření a vyhodnocena v empirické části této bakalářské práce.

H1: Lze předpokládat, že matky předčasně narozených dětí s vysokoškolským vzděláním mají povědomí o termínu SIDS, zatímco matky s nižším vzděláním termín SIDS neznají.

H2: Lze předpokládat, že několikanásobné matky znají rozdíl mezi klockánkováním a bondingem, více než matky prvorodičky.

H3: Lze předpokládat, že matky mladší 32 let se o termínu SIDS dozvěděly z internetu, zatímco matky ve věku 32 let a více se o termínu dozvěděly od zdravotnického personálu či od známého/známé.

H4: Lze předpokládat, že matky, které znají pojem SIDS, vědí, že jedním z hlavních rizikových faktorů pro vznik SIDS je kouření matky v těhotenství, zatímco matky, které pojem neznají, o riziku spojeném s kouřením nevědí.

3.2 METODIKA ŠETŘENÍ

V této pasáži práce bude detailně vyobrazena metodika vlastního šetření a stavba dotazníku.

3.2.1 Metodika vlastního šetření

Šetření bylo provedeno prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Jako způsob k provedení kvantitativního výzkumu bylo zvoleno dotazníkové šetření. Dotazníky byly distribuovány v tištěné podobě. Jako způsob ke zpracování informací byl zvolen program Microsoft Excel 2007.

3.2.2 Stavba dotazníku

Pro získání potřebných dat a k dosažení stanovených cílů byl vytvořen nestandardizovaný dotazník. Byl určen pro matky předčasně narozených dětí hospitalizovaných v porodnici Apolinář ve VFN v Praze a pro matky předčasně narozených dětí hospitalizovaných v Ústavu pro péči o matku a dítě v Podolí. Dotazník je uveden v příloze této práce (Příloha č. 1). Dotazníky byly anonymní a zahrnovaly otevřené a uzavřené otázky. U otázky číslo 24 a 21 bylo možné zvolit více správných odpovědí a ostatní zbylé otázky měly vždy možnost volby jen jedné odpovědi. Dotazník obsahoval celkem 35 otázek. První 4 se zaměřovaly na všeobecné informace o matce předčasně narozeného dítěte, poslední otázka mířila na spokojenost matek s podanými informacemi od zdravotnického personálu, a zbylé otázky se věnovali kvantitě informovanosti matek o péči o předčasně narozené dítě.

Před vlastním šetřením byla provedena pilotáž odpovědí na otázky v dotazníku u dvou matek ve VFN a také byl dotazník předložen oběma vrchním sestřám porodnic ke schválení, kde výzkum probíhal. V dotazníku bylo potřeba opravit první otázku týkající se věku respondentů tak, aby byl v odpovědi uveden i věk 32 let, který chyběl. Výsledné papírové dotazníky byly předány respondentům ve VFN osobně. Z důvodu pandemické situace v České republice v průběhu výzkumu, nebyla možnost osobního předání matkám hospitalizovaných v porodnici v Podolí, proto byly dotazníky předány staničním sestřám oddělení observace, JIP a ARO, které dotazníky respondentům předaly a po vyplnění zase vybraly.

3.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ A POPIS ZPRACOVÁNÍ DAT

3.3.1 Organizace šetření

Vlastní šetření respondentů proběhlo od června 2020 do února 2021. Ve VFN byly dotazníky rozdány respondentům na intermediální oddělení pro novorozence v lehké až střední nezralosti a na intermediální oddělení pro novorozence v původní těžké až extrémní nezralosti. V ÚPMD byly dotazníky rozdány především na oddělení JIP a intermediární péče.

Na intermediární oddělení ve VFN bylo respondentům rozdáno celkem 50 dotazníků, z toho jich bylo respondenty vyplněno 46. Na oddělení JIP a intermediální péče v ÚPMD bylo rozdáno stejné množství, tzn. 50 dotazníků, z toho jich bylo respondenty vyplněno 44.

Šetření ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze proběhlo s písemným souhlasem etické komise VFN, které předsedal MUDr. Josef Šedivý, CSc. Dále jsme získali písemný souhlas s dotazníkovým šetřením náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání a kvalitu Mgr. Dity Svobodové, Ph.D., MHA. Šetření v Ústavu pro péči o matku a dítě v Podolí proběhlo s písemným svolením vedoucí sestry Mgr. Martiny Vackové. Obě kliniky, na kterých šetření probíhalo, požádaly o sdělení výsledků výzkumné části této bakalářské práce.

3.3.2 Popis zpracování dat

Data z obou dotazníků byla zadána do programu Microsoft Excel 2007, kde byla zpracována a převedena do tabulárních a grafických přehledů. Hlavní body dotazníkového šetření byly zpracovány pomocí tabulek četností. Zvolenou metodu pro ověřování vztahu mezi jevy byl zvolen test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku.

3.3.3 Test nezávislosti chí-kvadrát

Data, se kterými jsem pracovala, mají binární rozdělení, protože po úpravách nabývají hodnotu ano nebo ne. Proto jsem použila pro testování hypotéz Pearsonův chí-kvadrát test dobré shody. Test ověřuje nulovou hypotézu, která tvrdí, že získané četnosti ze vzorků se rovnají, tj. že pozorované jevy jsou nezávislé. To nastává, pokud vypočtená hodnota χ^2 nepřekročí kritickou hodnotu na stanovené hladině významnosti pro daný počet stupňů volnosti. Pokud však vypočtená hodnota χ^2 překročí kritickou hodnotu, znamená to, že rozdíl skutečných a očekávaných četností je tak velký, že nemůže být náhodný a mezi sledovanými jevy existuje určitý vztah. Nejčastější hladina významnosti je 5 %, neboť ve statistice je jev, který nastává s pravděpodobností 95 %, označován jako jev jistý.

Ze zdrojového excelového souboru vytvořeného z dotazníků jsme data pro hypotézy získali pomocí kontingenčních tabulek. Počet stupňů volnosti se v tomto případě vypočte podle vzorce (počet sloupců-1)*(počet řádků-1). V našem případě máme vždy tabulky s dvěma řádky a dvěma sloupci, proto počet stupňů volnosti je roven $(2-1)*(2-1)=1$.

3.4 CHARAKTERISTIKA A POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU

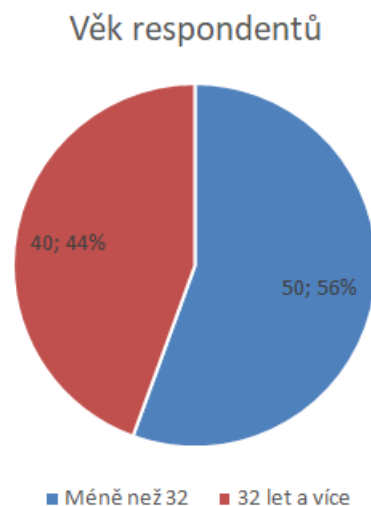
Výzkumný soubor tvořilo celkem 90 respondentů. První skupinu tvořily matky předčasně narozených dětí hospitalizovaných ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. V období od června 2020 do února 2021 bylo na oddělení IMP2 a IMP3 hospitalizováno s dítětem 180 matek. Bylo osloveno 50 matek a to tak, že se dotazníky rozdaly vždy všem matkám na odděleních první týden v měsíci, z důvodu, že obvyklá doba hospitalizace dítěte je jeden měsíc. Z toho 46 respondentů tištěný dotazník vyplnilo. Druhou skupinu respondentů tvořily matky předčasně narozených dětí hospitalizovaných v ÚPMD v Podolí. Tištěných dotazníků bylo rozdáno 50 kusů na oddělení IMP a JIP. Vybraných dotazníků z ÚPMD bylo od 44 respondentů, které dotazník vyplnily.

Z celkového počtu 90 matek (100%) jich bylo 46 (51%) z VFN a 44 (49%) z ÚPMD. Z nich bylo ve věku pod 32 let 50 (56%) a 32 let a více bylo 40 (40%) matek. Základní vzdělání mělo 2 (1%) matek, střední odborné vzdělání s výučním listem 25 (21%) matek, střední odborné vzdělání s maturitou 25 (21%) matek, vyšší odborné vzdělání 2 (2%) matek, vysokoškolské vzdělání 47 (40%) matek. Z celkového počtu respondentů (100%) bylo 57 (63%) prvorodiček a matek s jedním a více předchozích porodů bylo 33 (37%).

3.5 VÝSLEDKY VLASTNÍHO ŠETŘENÍ

Následné obrázky představují data o výsledcích vlastního šetření. Otázky jsou seřazeny v pořadí tak, jak byly uvedeny v dotazníku. Odpovědi jsou seřazeny podle správnosti odpovědi.

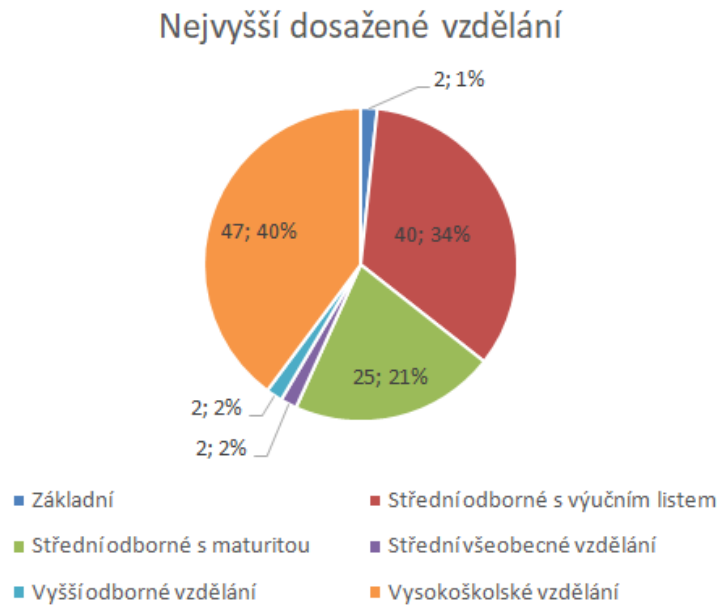
První část dotazníku je zaměřená na identifikační informace, jako je věk, místo porodu, četnost porodů a vzdělání matek nedonošených dětí.



Obrázek 3 Věk respondentů

Na otázku „Váš věk“ odpovědělo 40 (44%) respondentů „32 let a více“ a 50 (56%) respondentů odpovědělo, že je ve věku méně než 32 let.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.



Obrázek 4 Nejvyšší dosažené vzdělání

Na otázku: „Vaše nejvyšší dosažené vzdělání“ odpovědělo 90 (100%) respondentů. Nejvíce zastoupené matky byly s vysokoškolským vzděláním 47 (40%) respondentů, dále se střední odbornou školou s výučním listem 40 (34%) respondentů a se střední odbornou školou s maturitou 25 (21%) respondentů. Ostatní vzdělání jako je základní, střední všeobecné vzdělání a vyšší odborné vzdělání bylo u respondentů zastoupené vždy po 2 (2%).

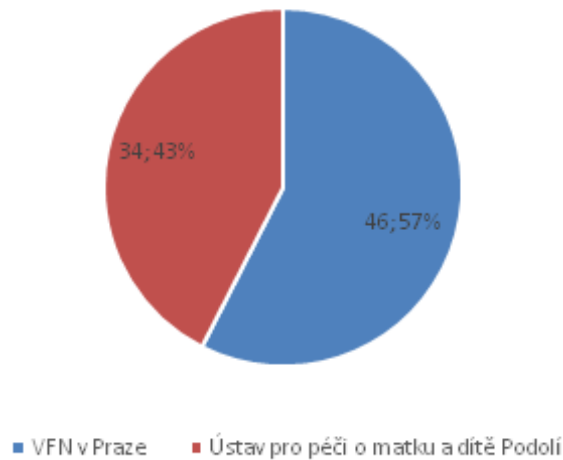


Obrázek 5 Počet předchozích porodů

Na otázku „Počet předchozích porodů“ odpovědělo 33 (37%) matek „Žádné, jsem prvorodička“ a zbylých 57 (63%) respondentů odpovědělo „Jeden a více předchozích porodů“.

Na tuto otázku zodpovědělo 90 (100%) respondentů.

Zařízení, ve kterém je dítě hospitalizováno

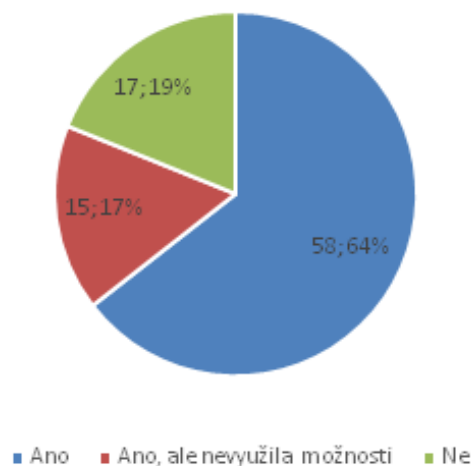


Obrázek 6 Zařízení, ve kterém je dítě hospitalizováno

Na otázku: „Ve kterém zdravotnickém zařízení je nyní hospitalizované Vaše dítě?“ zodpovědělo 34 (43%) respondentů v ÚPMD a 46 (57%) respondentů hospitalizovaných ve VFN.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Možnost hospitalizace s dítětem



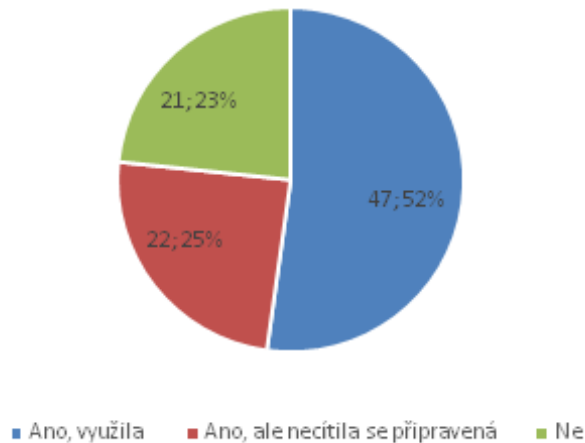
Obrázek 7 Možnost hospitalizace s dítětem

Na otázku: „Měla jste možnost být hospitalizovaná s Vaším dítětem?“ zodpovědělo 58 (64%) matek ano, 15 (17%) matek „Ano, ale nevyužila jsem ji“ a 17 (19%) ne.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Druhá část dotazníku je zaměřena na informovanost matek o péči o předčasně narozené dítě.

Možnost pečovat o miminko

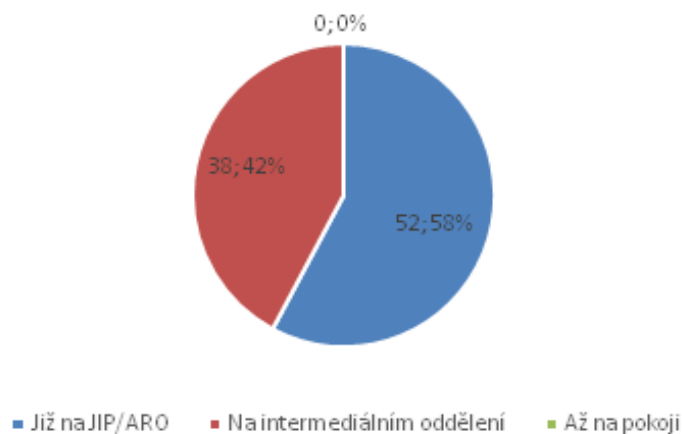


Obrázek 8 Možnost pečovat o miminko

Na otázku „Byla Vám zdravotnickým personálem ihned po porodu umožněna péče o vaše miminko?“ zodpovědělo 47 (52%) matek „Ano, využila jsem ji“, 22 (25%) matek „Ano, ale necítila jsem se na ni dostatečně připravená“ a 21 (23%) matek ne.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Kde poprvé pečovali o své dítě

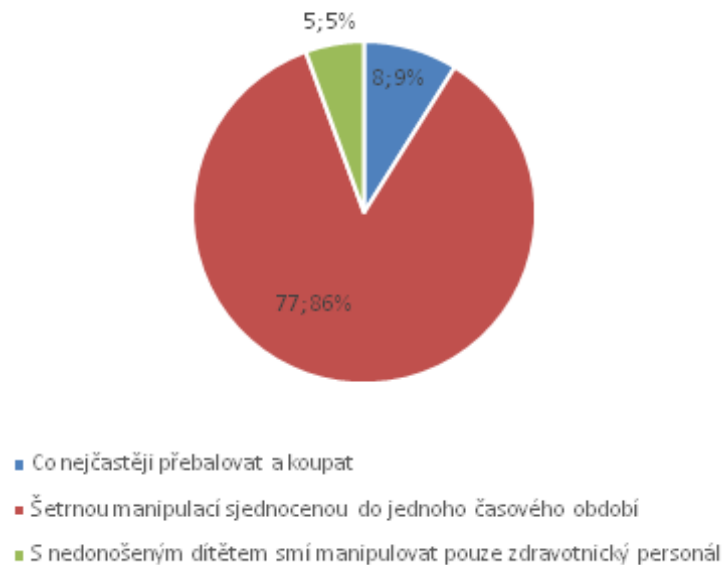


Obrázek 9 Kde poprvé pečovali o své dítě

Na otázku: „Kde jste mohla poprvé pečovat o Vaše dítě?“ zodpovědělo 52 (58%) matek „Již na JIP/ARO“ a 38 (42%) matek „Na intermediálním oddělení“. Odpověď „Až když jsme byli spolu ubytováni na pokoji“ nevybrala žádná z matek.

Na tuto odpověď zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Jak často se manipuluje s nedonošeným dítětem

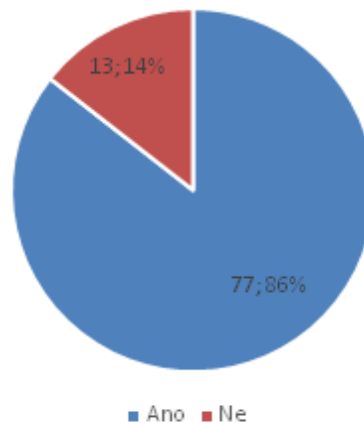


Obrázek 10 Jak často se manipuluje s nedonošeným dítětem

Na otázku: „Jak často by se mělo podle Vás manipulovat s nedonošeným dítětem?“ zodpovědělo správně „Šetrnou manipulací sjednotit do jednoho časového období“ 77 (86%) matek, nesprávnou odpověď zvolilo 8 (9%) matek „Co nejčastěji přebalovat a koupat“ a 5 (5%) matek „S nedonošeným dítětem smí manipulovat pouze zdravotnický personál“.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Znalost pojmu klokánkování

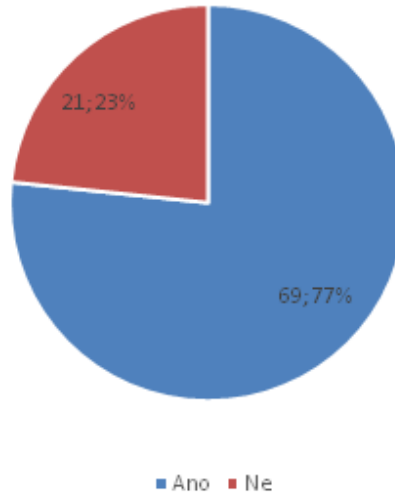


Obrázek 11 Znalost pojmu klokánkování

Na otázku: „Znáte pojem klokánkování?“ zodpovědělo 77 (96%) matek „Ano“ a 13 (14%) matek „Ne“.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Znalost pojmu bonding

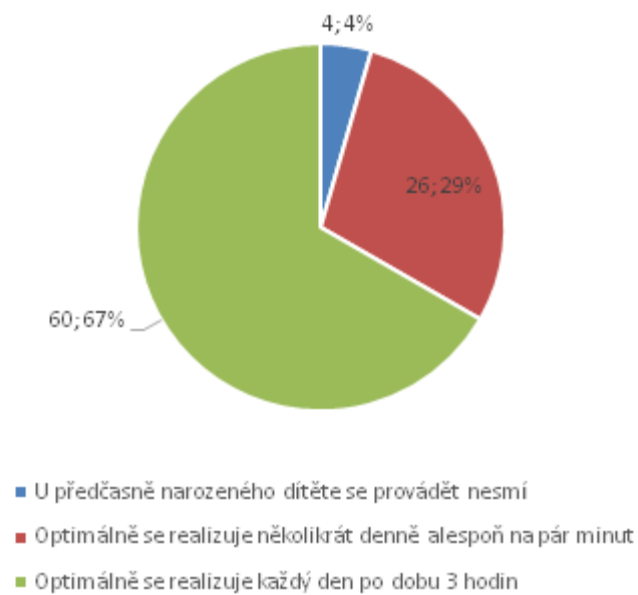


Obrázek 12 Znalost pojmu bonding

Na otázku: „Znáte pojem bonding?“ zodpovědělo 69 (77%) matek „Ano“ a 21 (23%) matek odpovědělo variantou „Ne“.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Správnost provádění klokánekování

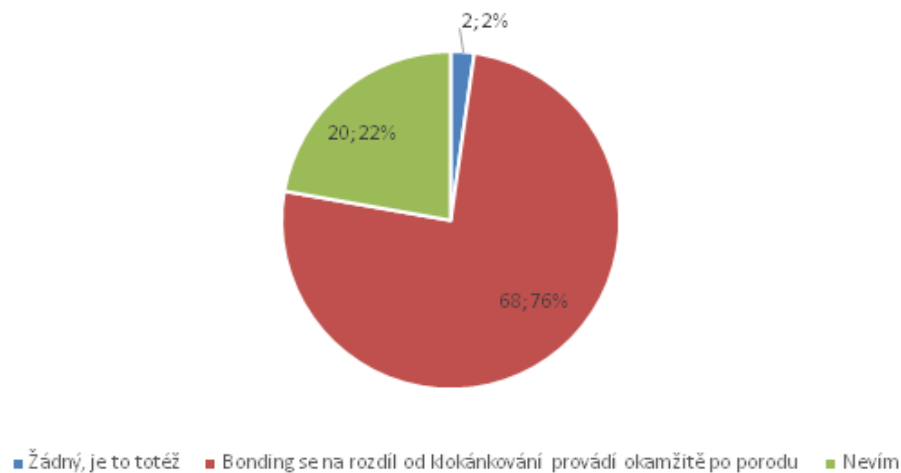


Obrázek 13 Správnost provádění klokánekování

Na otázku „Jak si myslíte, že se klokánekování správně provádí?“ zodpovědělo správně 60 (67%) matek „Optimálně se realizuje každý den po dobu 3 hodin“. Špatně odpovědělo 26 (29%) matek „Optimálně se realizuje několikrát denně alespoň na pár minut“ a 4 (4%) matek „U předčasně narozeného dítěte se provádět se nesmí“.

Na tuto otázku odpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Rozdíl mezi klokánkováním a bondingem



Obrázek 14 Správnost provádění klokánkování

Na otázku: „Jaký je podle Vás rozdíl mezi klokánkováním a bondingem?“ zodpovědělo správně 68 (76%) matek „Bonding se na rozdíl od klokánkování provádí okamžitě po porodu“, špatně odpověděly 2 (2%) matky „Žádný je to totéž“ nevědělo 20 (22%) matek.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 respondentů (100%).

Jak často se měří tělesná teplota

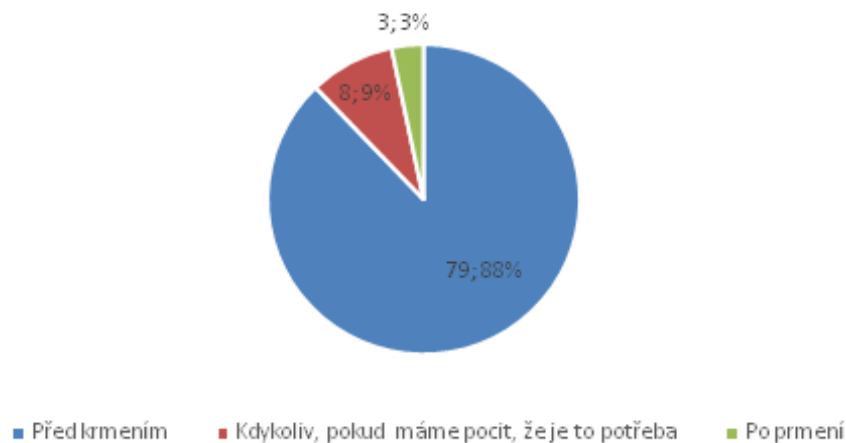


Obrázek 15 Jak často se měří tělesná teplota

Na otázku: „Jak často se podle Vás měří tělesná teplota u nedonošeného novorozence?“ zodpovědělo správně 85 (94%) matek „Novorozenec je kontinuálně nateplotním čidlem nebo se teplota měří před každým přebalováním“ a chybně odpovědělo 5 (6%) „1x za 12 hodin“. Odpověď: „1x za 24 hodin“ žádný z respondentů nezadal.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Kdy se správně přebaluje

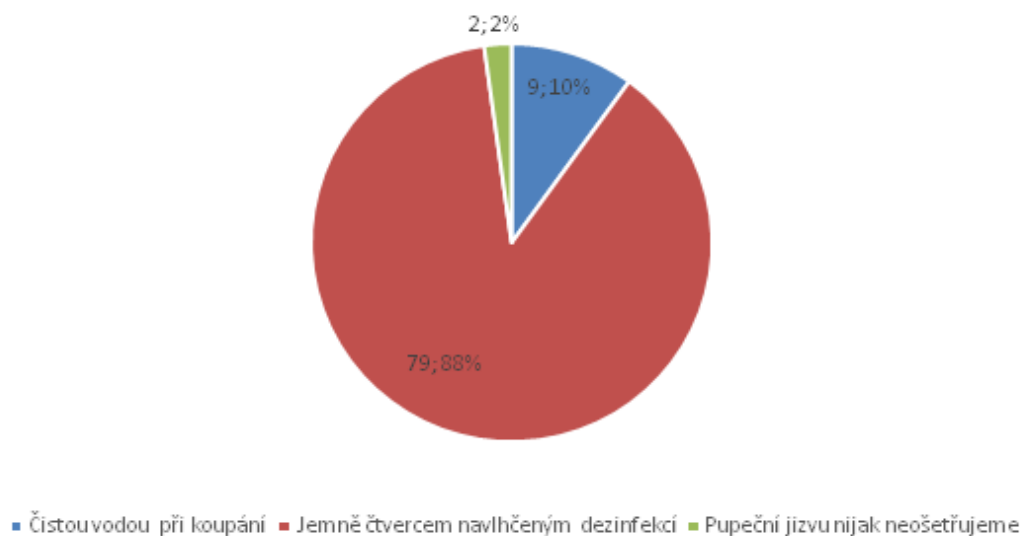


Obrázek 16 Kdy se správně přebaluje

Na otázku: „Kdy se podle Vás má novorozenec správně přebalovat?“ zodpovědělo správně 79 (88%) matek „Před krmením“, chybně odpovědělo 8 (9%) „Kdykoliv, pokud máme pocit, že je to potřeba“ a 3 (3%) „Po krmení“.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Správný postup při ošetřování pupeční jizvy



Obrázek 17 Správný postup při ošetřování pupeční jizvy

Na otázku: „Jaký je podle Vás správný postup při ošetřování pupeční jizvy?“ zodpovědělo správně 79 (88%) matek „Jemně čtvercem navlhčeným dezinfekcí“, chybně odpovědělo 9 (10%) matek „Čistou vodou při koupání“ a 2 (2%) „Pupeční jizvu nijak neošetřujeme“.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů)

Návštěva laktační poradkyně

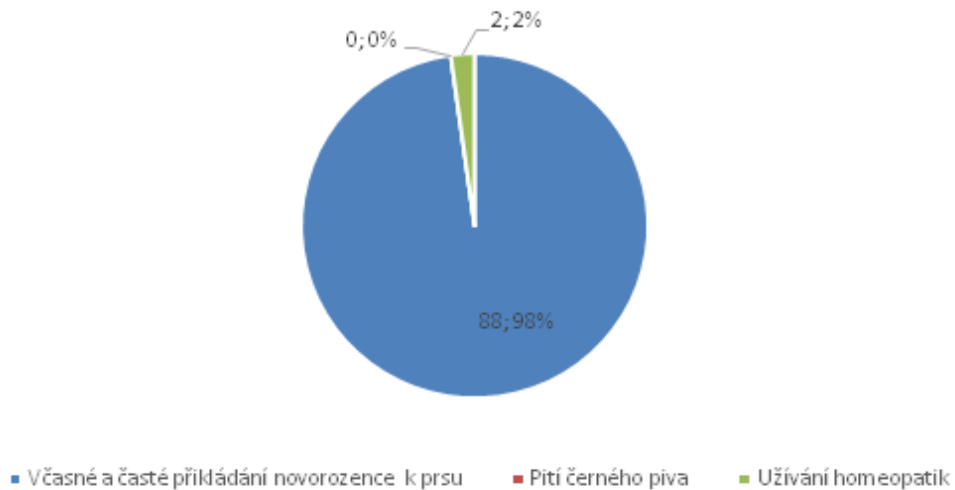


Obrázek 18 Návštěva laktační poradkyně

Na otázku: „Navštívila Vás během hospitalizace vašeho dítěte laktační poradkyně?“ zodpovědělo 78 (87%) matek „Ano, ihned po porodu a později podporovala kojení v průběhu hospitalizace mého dítěte“, 12 (13%) „Ano, jednou či dvakrát“. Žádná z matek nevybrala odpověď „Ne, nenavštívila“.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Nejlepší metoda pro nástup laktace

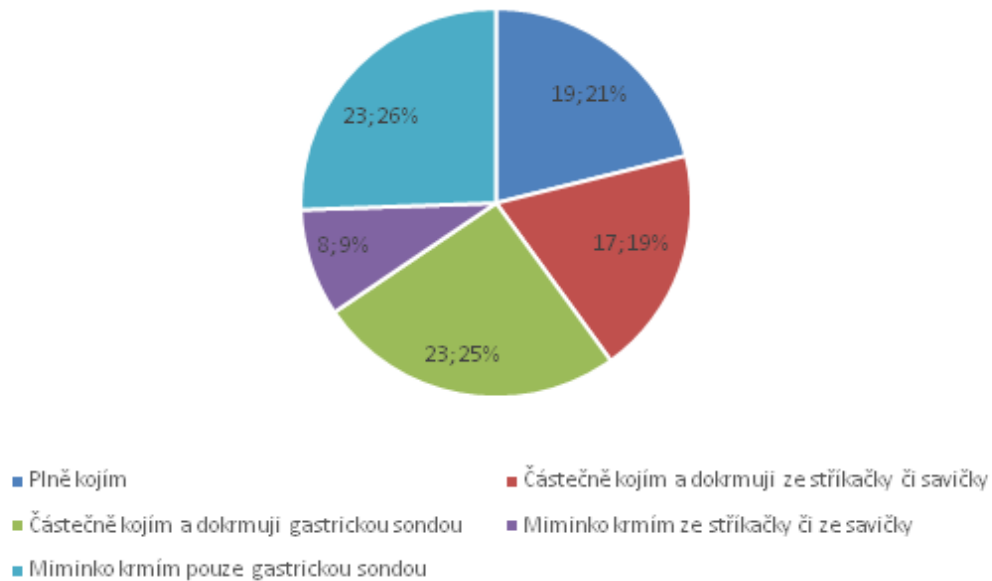


Obrázek 19 Nejlepší metoda pro nástup laktace

Na otázku: „Jakou metodu byste zvolila jako nejlepší na podporu nástupu laktace?“ zodpovědělo správně 88 (98%) matek „Včasné a časté přikládání novorozence k prsu“ a chybně 2 (%) matek „Užívání homeopatik“. Odpověď „Pití černého piva“ žádná z matek nevybrala.

Na tuto otázku zodpovědělo 90 (100%) respondentů.

Jak krmí své dítě

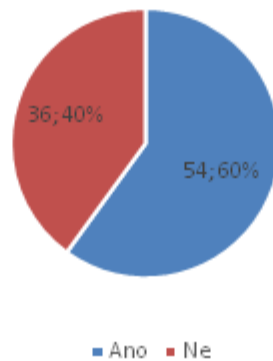


Obrázek 20 Jak krmí své dítě

Na otázku: „Jak krmíte své dítě?“ zodpovědělo „Plně kojím“ 19 (21%), „Částečně kojím a dokrmuji ze stříkačky či savičky“ 23 (25%), „Částečně kojím a dokrmuji gastrickou sondou“ 17 (19%), „Miminko krmím ze stříkačky či ze savičky“ 8 (9%) a „Miminko krmím pouze gastrickou sondou“ 23 (26%) matek.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů).

Ukázka rehabilitačních cviků

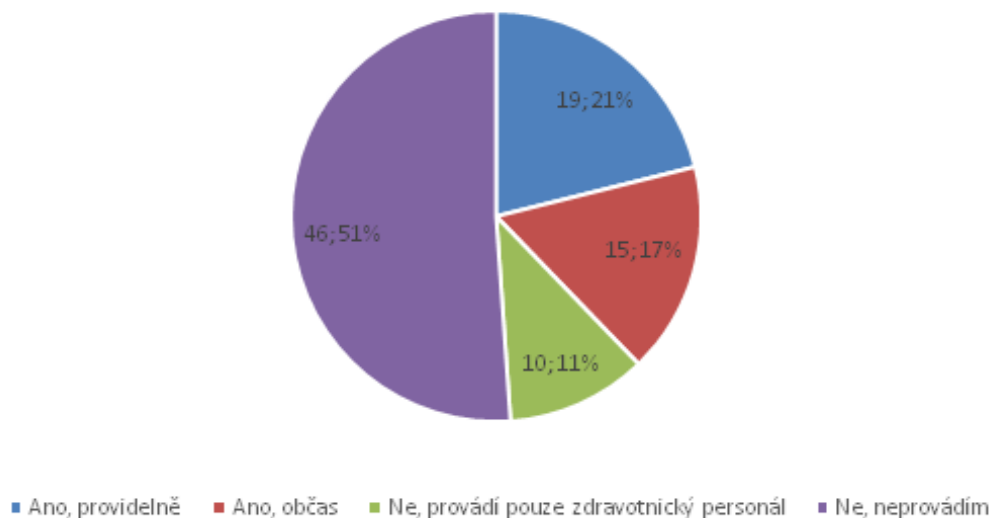


Obrázek 21 Ukázka rehabilitačních cviků

Na otázku: „Byly Vám v průběhu hospitalizace vašeho dítěte ukázány nějaké rehabilitační cviky?“ zodpovědělo 54 (60%) matek „Ano“ a 36 (40%) ne.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Provádí rehabilitační cviky

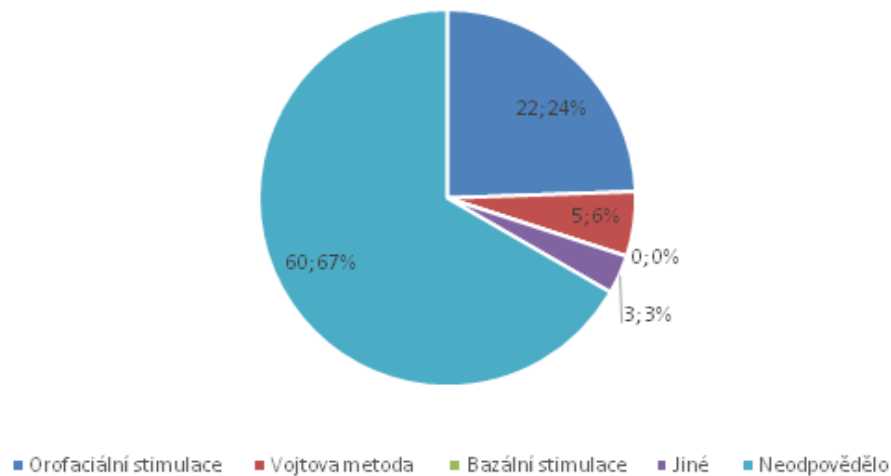


Obrázek 22 Provádí rehabilitační cviky

Na otázku: „Provádíte se svým dítětem nějaké rehabilitační cviky?“ odpovědělo 19 (21%) matek „Ano, pravidelně“, 15 (17%) „Ano, občas“, 10 (11%) „Ne, provádí pouze zdravotnický personál“. Největší zastoupení bylo matek s odpovědí „Ne neprovádím“ 46 (51%).

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) matek.

Jaké cviky provádí

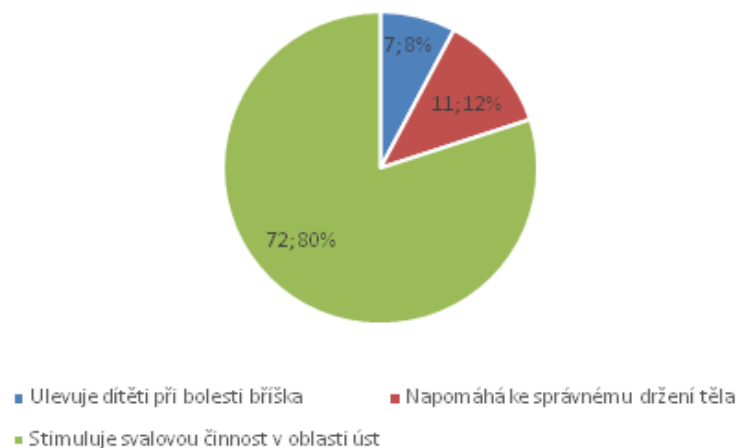


Obrázek 23 Jaké cviky provádí

Na otázku: „Pokud ano, jaké?“ zodpovědělo 22 (26%) „Orofaciální stimulace“, 5 (6%) „Vojtova metoda“, 0 (0%) „Bazální stimulace“, 3 (3%) „Jiné“, kde matky uvedly dechovou rehabilitaci.

Na tuto otázku zodpovědělo pouze 30 (33%) respondentů, 60 (67%) neodpovědělo.

K čemu je dobrá orofaciální stimulace

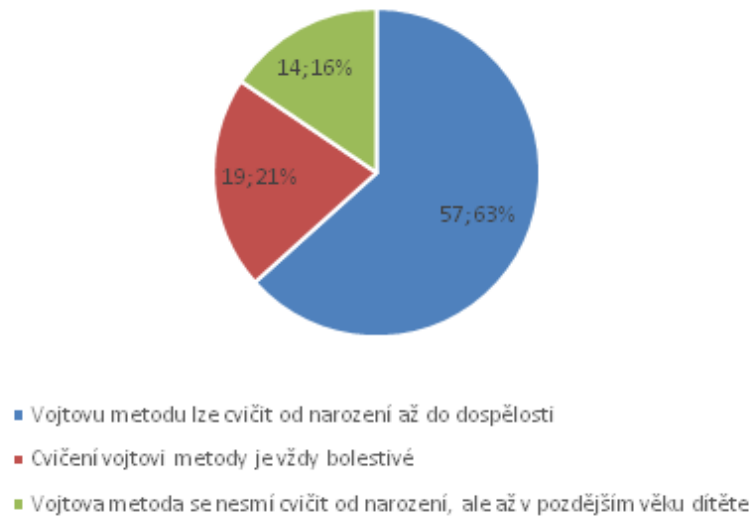


Obrázek 24 K čemu je dobrá orofaciální stimulace

Na otázku: „K čemu je podle Vás dobrá orofaciální stimulace?“ odpovědělo správně 72 (80%) matek „Stimuluje svalovou činnost v oblasti úst“, chybně odpovědělo 11 (12%) „Napomáhá ke správnému držení těla dítěte“ a 7 (8%) „Ulevuje dítěti při bolesti břicha“.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů).

Pravdivé tvrzení o Vojtově metodě

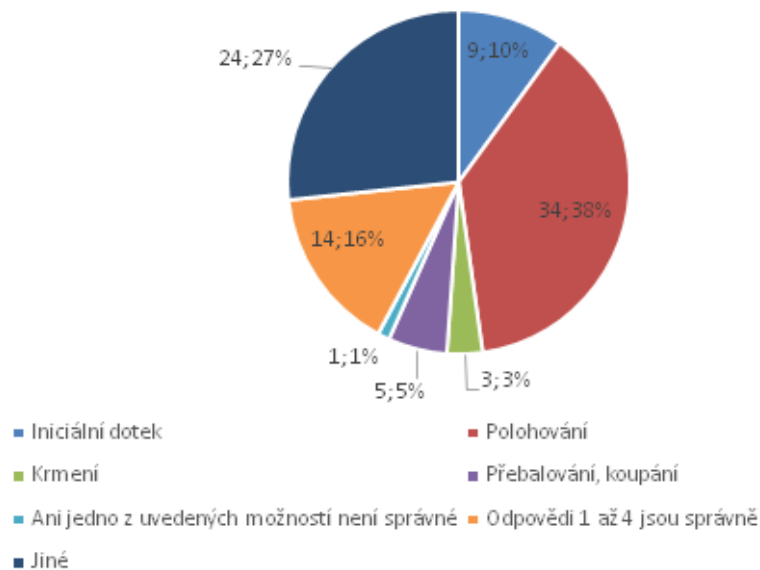


Obrázek 25 Pravdivé tvrzení o Vojtově metodě

Na otázku: „Jaké tvrzení o Vojtově metodě je podle Vás pravdivé?“ zodpovědělo správně 57 (63%) matek „Vojtovu metodu lze cvičit od narození až do dospělosti“, chybně odpovědělo 19 (21%) „Cvičení Vojtovi metody je vždy bolestivé“, 14 (16%) „Vojtova metoda se nesmí cvičit od narození, ale až v pozdějším věku dítěte“.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Metody spadající do bazální stimulace

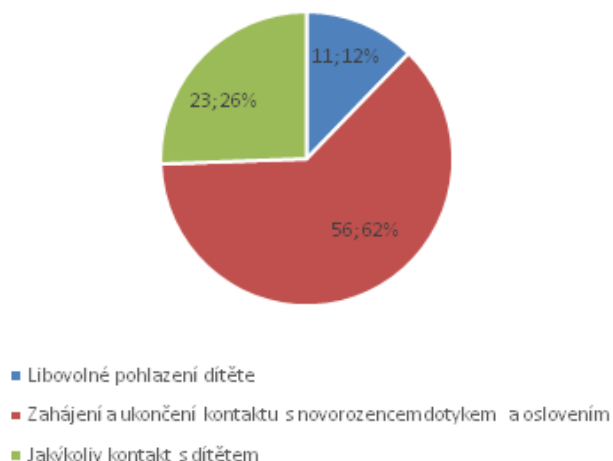


Obrázek 26 Metody spadající do bazální stimulace

Na otázku: „Jaké metody si myslíte, že spadají do bazální stimulace? (můžete zaškrtnout více odpovědí)“ vybralo všech správných možností jen 14 (16%) matek „Iniciální dotek, polohování, krmení, přebalování, koupání“. Chybně zodpovědělo 76 (84%) matek, z toho nejčastější chybná odpověď byla „Polohování“ 34 (38%).

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Co je iniciální dotek

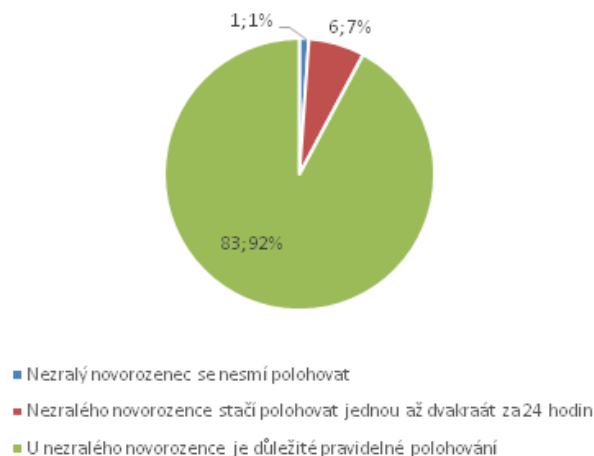


Obrázek 27 Co je iniciální dotek

Na otázku: „Co je podle Vás iniciální dotek?“ zodpovědělo správně 56 (62%) matek „Zahájení a ukončení kontaktu s novorozencem dotykem a oslovením“, chybně zodpovědělo 23 (26%) matek „Jakýkoliv kontakt s dítětem“ a 11 (12%) „Libovolné pohlazení dítěte“.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Jak často se polohuje nezralý novorozenec

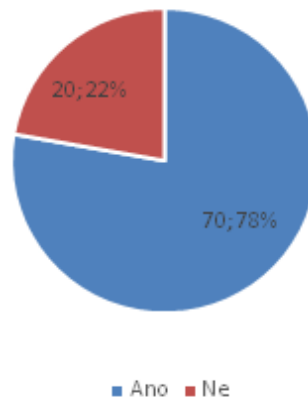


Obrázek 28 Jak často se polohuje nezralý novorozenec

Na otázku: „Jak často si myslíte, že je ideální polohovat nezralého novorozence?“ zodpovědělo správně 83 (92%) matek „U nezralých novorozenců je důležité pravidelné polohování“, chybně zodpovědělo 6 (7%) „Nezralého novorozence stačí polohovat jednou až dvakrát za 24 hodin“ a 1 (1%) „Nezralý novorozenec se nesmí polohovat“.

Na tuto otázku odpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Povědomí o termínu SIDS

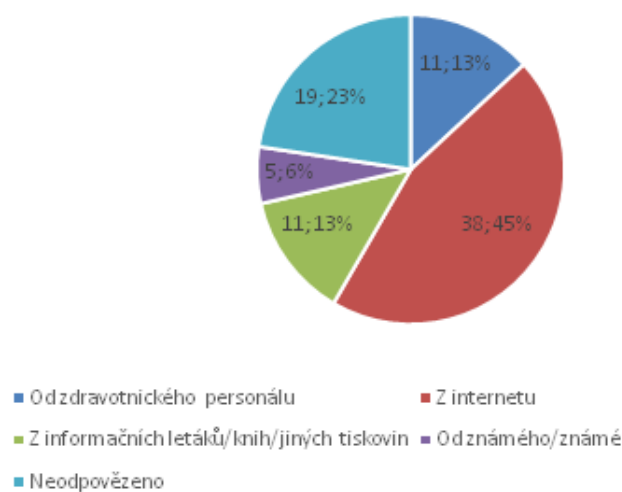


Obrázek 29 Povědomí o termínu SIDS

Na otázku: „Slyšela jste někdy o termínu SIDS (Sudden infant death syndrome)?“ zodpovědělo 70 (78%) matek „Ano“ a 20 (22%) matek „Ne“.

Na tuto otázku odpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

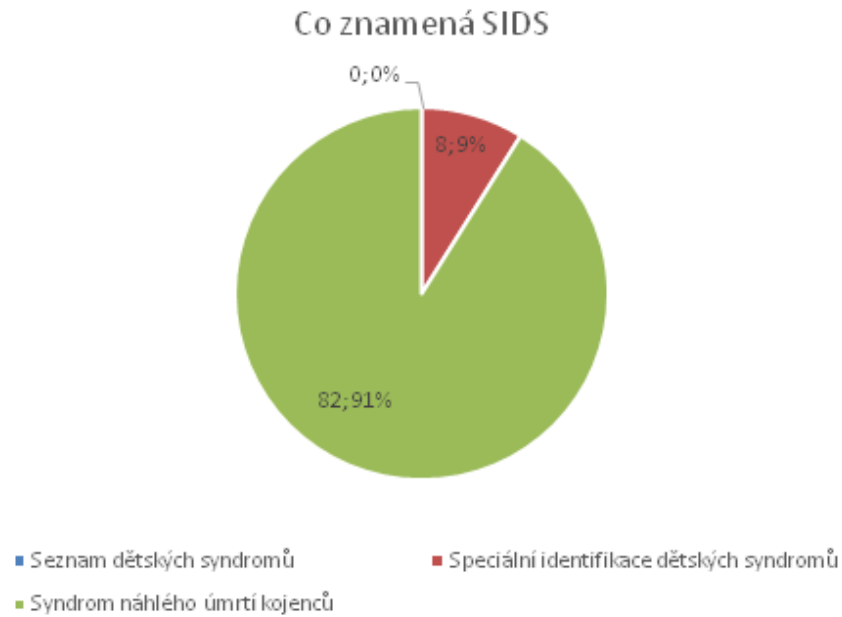
Odkud znají pojem SIDS



Obrázek 30 Odkud znají pojem SIDS

Na otázku: „Pokud ano, odkud jste se o termínu SIDS dozvěděla?“ Odpovědělo 11 (13%) „Od zdravotnického personálu“, 38 (45%) „Z internetu“, 11 (13%) „Z informačních letáků/knih/jiných tiskovin“ a 5 (6%) „Od známého/známé“.

Na tuto otázku odpovědělo 84 (93%) respondentů, tedy i někteří, kteří odpověděli v předešlé otázce „Ne“.

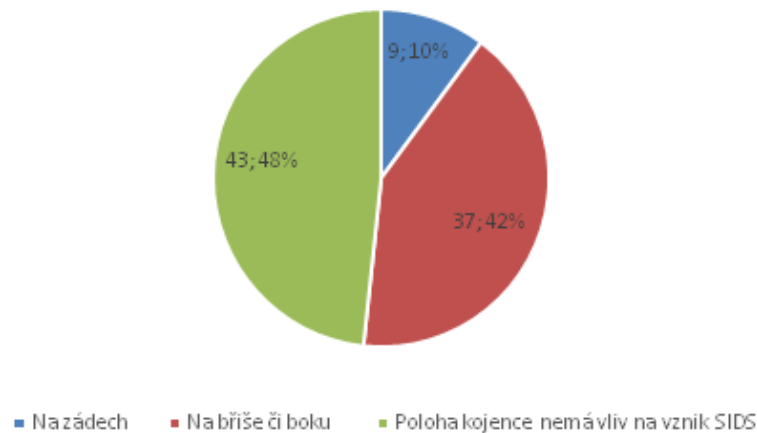


Obrázek 31 Co znamená SIDS

Na otázku: „Co podle Vás znamená SIDS?“ odpovědělo správně 82 (91%) matek „Syndrom náhlého úmrtí kojenců“, chybně vybralo odpověď 8 (9%) matek „Speciální identifikace dětských syndromů“. Odpověď „Seznam dětských syndromů“ žádná z matek nevybrala.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Jaká je riziková poloha pro vznik SIDS

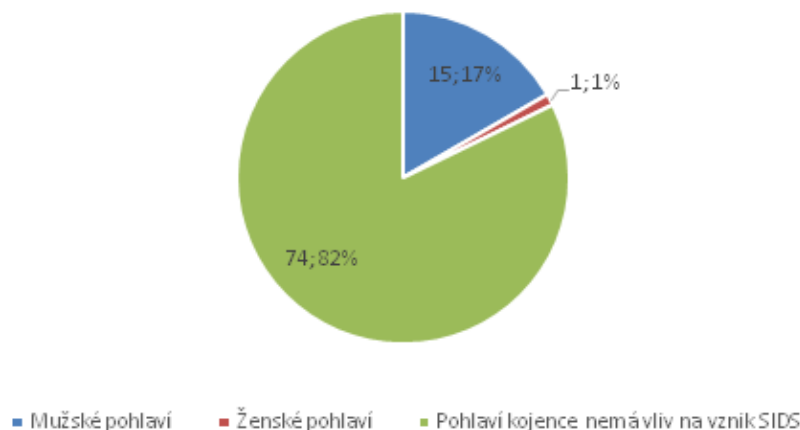


Obrázek 32 Jaká je riziková poloha pro vznik SIDS

Na otázku: „Jaká poloha kojence je podle Vašeho názoru riziková pro vznik SIDS?“ odpovědělo správně 37 (42%) matek „Na břiše či boku“, chybně odpovědělo 43 (48%) „Poloha kojence nemá vliv na vznik SIDS“ a 9 (10%) „Na zádech“ matek.

Na tuto otázku odpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

U jakého pohlaví je vyšší riziko vzniku náhlého úmrtí

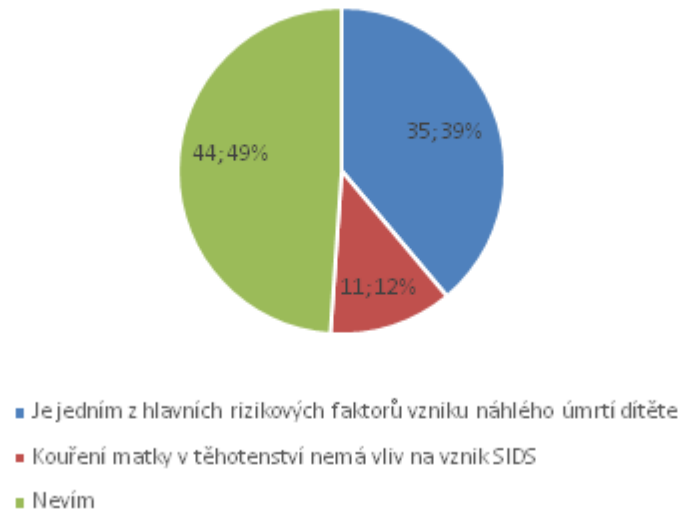


Obrázek 33 U jakého pohlaví je vyšší riziko vzniku náhlého úmrtí

Na otázku: „U jakého pohlaví kojence je podle Vašeho názoru mírně zvýšené riziko vzniku náhlého úmrtí?“ odpovědělo správně 15 (17%) matek „Mužské pohlaví“, chybně odpovědělo 74 (82%) „Pohlaví kojence nemá vliv na vznik SIDS“ a 1 (1%) „Ženské pohlaví“.

Na tuto otázku odpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Má kouření vliv na vznik SIDS

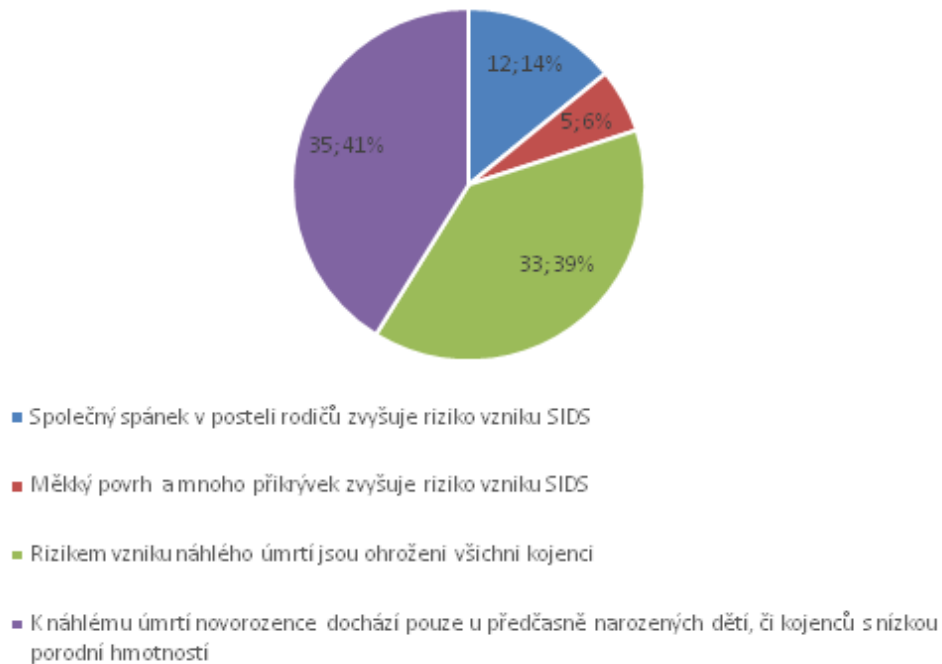


Obrázek 34 Má kouření vliv na vznik SIDS

Na otázku: „Má podle Vašeho názoru kouření matky během těhotenství vliv na vznik SIDS?“ odpovědělo správně 35 (39%) matek „Je jedním z hlavních rizikových faktorů vzniku náhlého úmrtí dítěte“, chybně odpovědělo 11 (12%) matek „Kouření matky v těhotenství nemá vliv na vznik SIDS“. Odpověď „Nevím“ vybralo 44 (49%) matek.

Na tuto otázku odpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Nesprávný fakt



Obrázek 35 Nesprávný fakt

Na otázku: „Který z uvedených faktů je podle Vás nesprávný?“ odpovědělo správně 35 (41%) „K náhlému úmrtí novorozence dochází pouze u předčasně narozených dětí, či kojenců s nízkou porodní váhou“, chybně odpovědělo 12 (14%) „Společný spánek v posteli rodičů zvyšuje riziko vzniku SIDS“, 5 (6%) „Měkký povrch a mnoho přikrývek zvyšuje riziko vzniku SIDS“, 33 (39%) „Rizikem vzniku náhlého úmrtí jsou ohroženi všichni kojenci“

Na tuto otázku zodpovědělo 85 (94%) respondentů.

Správný postup resuscitace

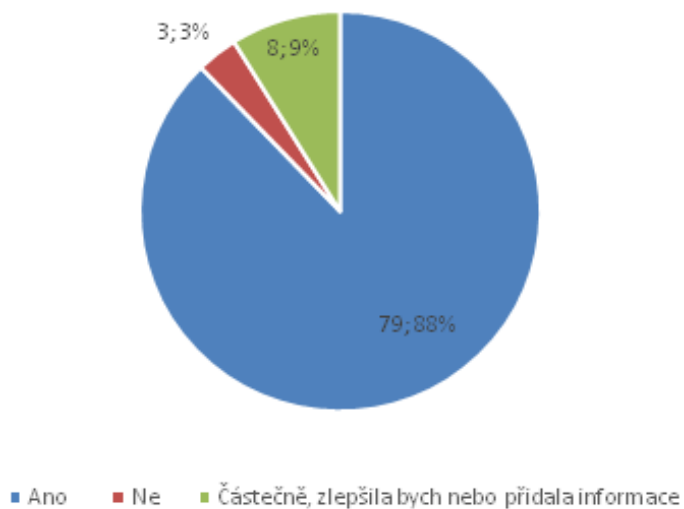


Obrázek 36 Správný postup resuscitace

Na otázku: „Jak správně by se mělo postupovat při resuscitaci kojence?“ odpovědělo správně 61 (68%) matek „Umístíme svá ústa kolem úst i nosu kojence zároveň a začneme pěti pomalými vdechy pouze o obsahu vzduchu svých úst a následně stlačujeme hrudník“, chybně odpovědělo 10 (11%) „Nepřetržitě stlačovat hrudník 100x za minutu“ a 2 (2%) „U kojenců se resuscitace neprovádí“ matek. Odpověď „Nevím“ zvolilo 17 (19%) matek.

Na tuto otázku odpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

Spokojenost s množstvím podaných informací



Obrázek 37 Spokojenost s množstvím podaných informací

Na otázku: „Jste spokojená s množstvím podaných informací o péči o předčasně narozené dítě od zdravotnického personálu?“ odpovědělo 79 (88%) matek „Ano“, 3 (3%) „Ne“ a 8 (9%) „Částečně, zlepšila bych nebo přidala informace o (doplňte)“.

Na tuto otázku zodpovědělo všech 90 (100%) respondentů.

3.5.1 Pracovní a statistické hypotézy

H1: Lze předpokládat, že matky předčasně narozených dětí s vysokoškolským vzděláním mají povědomí o termínu SIDS, zatímco matky s nižším vzděláním termín SIDS neznají.

H₁₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi dosaženým vzděláním matek a vědomostmi o termínu SIDS.

H_{1A}: Existuje statisticky významná závislost mezi dosaženým vzděláním matek a vědomostmi o termínu SIDS.

Nejprve byla vytvořena kontingenční tabulka z odpovědí na otázky č.2 a č. 27:

Tabulka 1 Hypotéza 1 – kontingenční tabulka pozorované četnosti

Počet z číslo dotazníku	Popisky sloupců		
Popisky řádků	1	2	Celkový součet
1	2		2
2	8	4	12
3	18	7	25
4	2		2
5	1	1	2
6	39	8	47
Celkový součet	70	20	90

Řádky 1 až 6 jsou jednotlivé druhy vzdělání

Sloupce 1 a 2 jsou počty odpovědí na otázku „Slyšela jste někdy o termínu SIDS (Sudden infant death syndrome)?“

Ano

Ne

Test dobré shody testuje shodu očekávaných a skutečných četností v částech oboru možných hodnot. Jeho síla tedy závisí na vhodném rozdělení tohoto oboru na části. Čím víc částí, tím je test přesnější, ale na druhou stranu je nutné zachovat pro všechny části aspoň minimální požadovanou očekávanou četnost 5. Proto bylo nutné spojit kategorie vzdělání, aby vznikly dvě skupiny. První skupina je základní a střední vzdělání, druhá skupina jsou vyšší odborné školy a vysoké školy. Nové rozdělení zjištěných četností vypadá následovně:

Tabulka 2 Hypotéza 1 – kontingenční tabulka zjištěné četnosti

H1	Zná pojem SIDS	Nezná pojem SIDS	Součet
Nižší vzdělání (až po střední s maturitní zkouškou)	30	11	41
Vyšší vzdělání (VOŠ a VŠ)	40	9	49
Součet	70	20	90

Celkový poměr rodiček s nižším vzděláním a vyšším vzděláním je ve sledované skupině 41:49. Pokud nebyla žádná souvislost mezi úrovní vzdělání a znalostí pojmu SIDS, byl by stejný poměr v rámci rodiček, které znají pojem SIDS i v rámci rodiček, které tento pojem neznají. To jsou takzvané očekávané hodnoty a jsou zobrazeny v následující tabulce:

Tabulka 3 Hypotéza 1 – kontingenční tabulka očekávané hodnoty

H1	Zná pojem SIDS	Nezná pojem SIDS	Součet
Nižší vzdělání (až po střední s maturitní zkouškou)	31,9	9,1	41
Vyšší vzdělání (VOŠ a VŠ)	38,1	10,9	49
Součet	70	20	90

Testové kritérium se vypočetlo jako součet druhých mocnin rozdílů mezi skutečnými a očekávanými hodnotami dělených očekávanými hodnotami.

$$\chi^2 = \frac{(30-31,9)^2}{31,9} + \frac{(11-9,1)^2}{9,1} + \frac{(40-38,1)^2}{38,1} + \frac{(9-10,9)^2}{10,9} = 0,925$$

Hodnotu vypočítanou χ^2 -testem byla porovnána s kritickou hodnotou odpovídající zvolené hladině významnosti 5% při daném počtu stupňů volnosti. V tomto případě je kritická hodnota 3,841. Vypočtená hodnota testového kritéria je nižší, proto byla přijata na 5% hladina významnosti nulovou hypotézu, že rozdíly ve znalostech SIDS ve skupinách nejsou statisticky významné. Lze tedy s 95% spolehlivostí tvrdit, že vzdělání rodiček nemá vliv na jejich znalost či neznalost existence syndromu náhlého úmrtí kojenče.

H2: Lze předpokládat, že několikanásobné matky znají rozdíl mezi klockánkováním a boxingem více než matky prvorodičky

H₂₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi počtem porodů a informovaností matek o klokánkování a bondingu v tom smyslu, že matky, které mají více dětí, nabyly zkušenosti již v předchozí péči o dítě, a znají tak více termínů.

H_{2A}: Existuje statisticky významná souvislost mezi počtem porodů a informovaností matek o klokánkování a bondingu tom smyslu, že matky, které mají více dětí, nabyly zkušenosti již v předchozí péči o dítě, a znají tak více termínů.

Otázka číslo 12 nabízela tři odpovědi, z nichž jedna je správná. Obě nesprávné byly z důvodu nezbytného počtu hodnot v každé skupině sloučeny do varianty „Neznají rozdíl mezi klokánkováním a bondingem“. Výsledná tabulka zjištěných hodnot:

Tabulka 4 Hypotéza 2 – kontingenční tabulka pozorované četnosti

H2	Znají rozdíl	Neznají rozdíl	Součet
Prvorodičky	40	17	57
Vícenásobné rodičky	28	5	33
Součet	68	22	90

Očekávané četnosti jsou:

Tabulka 5 Hypotéza 2 – kontingenční tabulka očekávané četnosti

H2	Znají rozdíl	Neznají rozdíl	Součet
Prvorodičky	43,1	13,9	57
Vícenásobné rodičky	24,9	8,1	33
Součet	68	22	90

Hodnota χ^2 je rovna 2,436, což je méně než kritická hodnota funkce χ^2 s jedním stupněm volnosti na 5% hladině významnosti, která činí 3,841. Proto byla přijata na 5% hladině významnosti nulovou hypotézu, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi počtem porodů a informovaností matek o klokánkování a bondingu v tom smyslu, že matky, které mají více dětí, nabyly zkušenosti již v předchozí péči o dítě, a znají tak více termínů. Lze tedy s 95% spolehlivostí tvrdit, že počet porodů nemá vliv na informovaností matek o klokánkování a bondingu.

H3: Lze předpokládat, že matky mladší 32 let se o termínu SIDS dozvěděly z internetu, zatímco matky ve věku 32 let a více se o termínu dozvěděly od zdravotnického personálu či od známého/známé.

H3₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem matek a zdrojem získaných informací.

H3_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi věkem matek a zdrojem získaných informací.

Nejprve byli vyřazeni ze získaných výsledků všichni respondenti, kteří odpověděli na předchozí otázku, že nikdy neslyšely o SIDS. Na otázku číslo 28 o zdrojích informací proto neodpověděli. Některé vyjmenovali více zdrojů informací o SIDS. V tom případě byly body rovnoměrně rozděleny mezi oba základní zdroje informací: jednak internet a jednak jiné zdroje, kam byl zařazen zdravotnický personál, tiskoviny a blízké osoby. Získané četnosti zobrazuje tabulka:

Tabulka 6 Hypotéza 3 – kontingenční tabulka získané četnosti

H3	Z internetu	Z jiných zdrojů	Součet
Mladší než 32 let	21	15	36
32 let a starší	20	15	35
Součet	41	30	71

Očekávané četnosti jsou:

Tabulka 7 Hypotéza 3 – kontingenční tabulka očekávané četnosti

H3	Z internetu	Z jiných zdrojů	Součet
Mladší než 32 let	20,8	15,2	36
32 let a starší	20,2	14,8	35
Součet	41	30	71

Z obou tabulek je na první pohled zřejmé, že skutečné a očekávané hodnoty jsou velmi podobné. Hodnota χ^2 je rovna 0,0103, což je samozřejmě méně než kritická hodnota funkce χ^2 s jedním stupněm volnosti na 5% hladině významnosti, která činí 3,841. Proto byla přijata na 5% hladině významnosti nulová hypotéza, že rozdíly ve způsobu získání informací o SIDS mezi rodičkami mladšími než 32 let a ostatními nejsou statisticky významné a lze tedy s 95% spolehlivostí tvrdit, že věk rodičky nemá vliv na to, zda získá informace o SIDS z internetu, nebo z jiného zdroje.

H4: Lze předpokládat, že matky, které znají pojem SIDS, vědí, že jedním z hlavních rizikových faktorů na vznik SIDS je kouření matky v těhotenství, zatímco matky, které pojem neznají o riziku spojeném s kouřením nevědí.

H4₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi znalostí pojmu SIDS a znalostí rizika kouření matek v těhotenství.

H4_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi znalostí pojmu SIDS a znalostí rizika kouření matek v těhotenství.

Otázka číslo 27 nabízela tři odpovědi, z nichž jedna je správná. Obě nesprávné byly z důvodu nezbytného počtu hodnot v každé skupině sloučeny do varianty „Neví, co je SIDS“. Rovněž tak otázka číslo 32 nabízela tři odpovědi, z nichž jedna je správná. Obě nesprávné byly ze stejného důvodu jako v otázce 27 sloučeny do varianty „Neví o riziku kouření“. Výsledná tabulka zjištěných četností:

Tabulka 8 Hypotéza 4 – kontingenční tabulka zjištěné četnosti

H4	Ví o riziku kouření	Neví o riziku kouření	Součet
Neví, co je SIDS	1	7	8
Ví, co je SIDS	34	48	82
Součet	35	55	90

Tabulka očekávaných četností:

Tabulka 9 Hypotéza 4 – kontingenční tabulka očekávané četnosti

H4	Ví o riziku kouření	Neví o riziku kouření	Součet
Neví, co je SIDS	3,1	4,9	8
Ví, co je SIDS	31,9	50,1	82
Součet	35	55	90

Hodnota χ^2 je rovna 2,573, což je méně než kritická hodnota funkce χ^2 s jedním stupněm volnosti na 5% hladině významnosti, která činí 3,841. Proto byla přijata na 5% hladině významnosti nulovou hypotézu, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi znalostí pojmu SIDS a znalostí rizika kouření matek v těhotenství. Lze tedy s 95% spolehlivostí tvrdit, že znalost pojmu SIDS nemá vliv na znalost rizika kouření matek v těhotenství. Toto je tvrzeno s určitou opatrností, protože očekávané četnosti pro variantu „Neví, co je SIDS“ nedosáhly hodnoty 5, tj. v tomto případě byl počet respondentů malý.

3.6 Diskuze

3.6.1 *Zhodnocení vlastních výsledků šetření*

V této části práce se zaměřím na hodnocení výsledků šetření, které nebyly uvedeny v předchozí kapitole. Výsledky svého šetření budu také porovnávat s jinými studii.

Jako srovnání k výsledkům mého šetření jsem vybrala na stránkách Theses.cz bakalářskou práci s názvem Informovanost matek o péči o novorozence na JIRP a IMP, v anglickém znění Awareness of Mothers about Caring for a Newborn at JIRP and IMP napsanou Martinou Brožovou pod vedením Mgr. Marty Králíkové v akademickém roce 2016/2017 a úspěšně obhájenou 15.6. 2017.

V této srovnávací práci bylo šetření provedeno na 20 respondentů z toho první polovina (10 matek předčasně narozených dětí) bylo s dítětem hospitalizovaným na oddělení JIRP a druhá polovina (10 matek předčasně narozených dětí) na oddělení IMP. Z toho jich bylo ve věku 32 let a více 5 (25%) a pod 32 let 15 (75%).

Naše šetření bylo provedeno celkem na 90 respondentů z toho jich bylo ve věku 32 let a více 40 (44%) a méně než 32 let 50 (56%). Výzkumný vzorek je o poznání velice rozdílný a z procentuálního výsledku je vidno, že se liší i poměr věkové kategorie 32 let a více a pod 32 let. Stejně jako se srovnávací práci i v našem šetření bylo více zastoupených matek předčasně narozených dětí ve věku pod 32 let.

Dále bylo ve srovnávací studii matek prvorodiček 10 (50%) a matek s jedním a více předchozích porodů také 10 (50%). V naší práci bylo 57 (63%) prvorodiček a 33 (37%) vícečetných matek. Tento rozdílný výsledek přisuzujeme hlavně rozdílnému počtu respondentů a také faktu, že jsou porodnice Apolinář a v Podolí čím dál tím více atraktivní pro nové nastávající maminky.

V otázce: „Byly informace podány v dostatečné míře?“ ve výzkumu se srovnávací bakalářskou prací odpověděly všechny matky (100%) „Ano“. V mém šetření odpovědělo na podobnou otázku: „Jste spokojená s množstvím podaných informací o péči o předčasně narozené dítě od zdravotnického personálu?“ „Ano“ 79 (88%), „Ne“ 3 (0,3%), „Částečně, zlepšila bych nebo přidala informace o (doplňte)“ 8 (0,8%). Matky nedonošených dětí doplňovaly zejména nedostatek informací o stavu novorozence krátce po narození a také chtěly znát více informací o SIDS. Nedostatek informací o novorozenci, které je hospitalizované na oddělení JIRP je z mého pohledu omluvitelný z důvodu velkých změn ve stavu dítěte v prvních minutách i hodinách života. Novorozenci se ihned po přijetí na specializované pracoviště provádí vyšetřovací výkony, u kterých je potřeba i přítomnost pediatra, který zároveň nemůže informovat rodičku. Dále je také časté, že si matky pod sedativy po porodu nepamatují, že za nimi již pediatr byl a informace o novorozenci matce podával. I přesto, pokud matka informace vyžaduje, lékař vždy v co nejbližší dobu matku navštíví a podá jí veškeré zatím známé informace o stavu novorozence. Problematiku SIDS i s ukázkou resuscitace dítěte v domácí péči ošetřující lékař ukazuje rodičům těsně před propuštěním dítěte do domácí péče, tedy později, než matky vyplňovaly dotazníky.

V otázce „Jak byste hodnotila míru zapojení do péče o dítě?“ v šetření ve srovnávací práci odpověděly respondentky „spokojená“ zejména z oddělení IMP nebo „dostatečná“ zejména z oddělení JIRP, tedy všechny (100%) odpověděly kladně. V mém šetření v podobné otázce: „Byla Vám zdravotnickým personálem ihned po porodu umožněna péče o vaše miminko?“ odpovědělo „Ano, využila jsem ji“ 47 (52%) respondentů, „Ano, ale necítila jsem se a ni dostatečně připravená“ 22 (25%) respondentů a „Ne“ 21 (23%). Rozdílné výsledky šetření jsou z důvodu formulovaných otázek. Zatímco u srovnávacího výzkumu je dotaz na matky směřován na celou dobu hospitalizace s mírou spokojenosti se zapojením do péče o dítě, v mém šetření je dotaz mířen na možnost péče o novorozence ihned po porodu. Po porodu jsou předčasně narozené děti adaptované v inkubátoru, potřebují zajistit termoregulační a ventilační stabilitu, proto se o novorozence především stará zdravotnický personál. Tento fakt je poznat i ve výsledcích výzkumu se srovnávací prací, kde v otázce: „Byla nějaká negativa během kontaktu s dítětem v nemocnici?“ odpověděly 3 (15%) matek „Ano“ z toho jedno nechtěla negativum udávat a dvě udaly jako negativum nemožnost se v prvních dnech novorozence příliš dotýkat.

Pro další srovnání dat z šetření jsem použila diplomovou práci s názvem: Znalosti matek v jihlavském regionu o syndromu náhlého úmrtí kojence napsanou Bc. Alenou Hofštetrovou, vedoucí práce doc. PhDr. Miroslava Kyasová, PhD., MBA. Tato práce byla úspěšně obhájená v Brně 5.9. 2016.

V této práci proběhlo šetření formou rozhovor s 12 respondenty. Matky odpovídaly na otázky, z nichž na otázku č. 7: „Slyšela jste někdy o náhlém úmrtí dítěte?“ a na otázku č. 9: „Co znamená SIDS?“ odpovědělo 12 (100%) respondentů „Vím, co je SIDS“ V mém šetření mělo informace o syndromu náhlého úmrtí 70 (78%) respondentů a na otázku „Co podle Vás znamená SIDS“ odpovědělo správně 82 (91%) respondentů „Syndrom náhlého úmrtí kojenců“. I když v mém šetření není jako ve srovnávací práci 100% úspěšnost odpovědi, lze konstatovat vzhledem k rozdílnému počtu respondentů podobnost výsledků šetření těchto otázek.

Dále jsme se ve srovnávací diplomové práci ptali na otázku „Do jaké polohy se má dítě ukládat ke spánku“. Na tuto otázku zodpovědělo „Na záda“ 8 (67%), „Bok“ 3 (25%) a „Bříško“ 1 (8%) respondentů. V mém šetření na otázku „Jaká poloha kojence je podle Vašeho názoru riziková pro vznik SIDS?“ odpovědělo 9 (1%) „Na zádech“, 37 (41%) „Na břicho či boku“ a 43 (48%) „Poloha kojence nemá vliv na vznik SIDS“.

Riziková poloha pro vznik SIDS u novorozenců a kojenců je na břicho i boku a to z důvodu rizika nemožnosti dýchání při zavrtání dítěte hlavičkou do postýlky. Pro období dítěte nejméně do půl roku život je tak vhodné pořízení či zapůjčení monitoru dechu, což je podložka, která je pod novorozencem a snímá pohyby v době spánku. Otázka, zda respondenti používají monitor dechu, byla zahrnuta ve srovnávací diplomové práci. Odpovědi byly „Ano“ 7 (58%) a ne 5 (42%). Dle mého uvážení je syndrom náhlého úmrtí dítěte velice nešťastným rizikem, kterým je možné se za pomoci monitoru dechu a edukovaných rodičů v první pomoci dítěte vyvarovat. Proto je velice důležité se zaměřovat v informovanosti rodičů o nejen předčasně narozené dítě o prevenci vzniku SIDS.

V otázce zaměřené na zdroj informací o SIDS udávaly matky v jihlavském regionu nejvíce internet 10 (83%), ale také v kombinaci s literaturou 4 (33%), od zdravotnického personálu 4 (33%) a matky mezi sebou 2 (17%). Z mého šetření vyplynulo, že matky se o SIDS nejčastěji dozvěděly také z internetu 38 (41%) a dále nastejno od zdravotnického personálu 11 (12%) a z informačních letáku a knih 11

(12%). Od známého/známé se stejně tak jako ve srovnávacích výsledcích dat, objevila odpověď nejméně 5 (5%).

Další výsledky dat byly srovnávány s diplomovou prací s názvem: Zkušenosti s doporučením 10 kroků k úspěšnému kojení a jejich vliv na kojení termínových novorozenců vypracovanou Bc. Michaelou Grešovou, vedoucí práce MUDr. Vojtěch Bodnár. Tato práce byla úspěšně obhájená 26.8. 2020.

Ze srovnávacího výzkumu jsem vybrala otázku „Uveďte, prosím, zda Vám byl specializovaný personál na kojení (laktační poradkyně) nepřetržitě k dispozici, aby Vám poradil během pobytu v porodnici.“ a srovnala ji s výsledky dat z mého šetření, a to konkrétně s otázkou „Navštívila Vás během hospitalizace vašeho dítěte laktační poradkyně?“ Odpovědi na tyto otázky byly z obou výzkumů velmi podobné. Ze srovnávací diplomové práce odpovědělo ze 133 respondentů 88 (66%) „Ano“ a 45 (34%) „Ne“. V mém výzkumu odpovědělo „Ano, ihned po porodu a později podporovala kojení v průběhu hospitalizace mého dítěte“ 78 (87%) respondentů a „Ano, jednou či dvakrát“ 12 (13%) respondentů. Na rozdíl od srovnávacího výzkumu se v mém odpověď „Ne“ nevyskytla ani jednou.

Pracovní hypotézy jsem k mému výzkumu vybrala podle zajímavosti odpovědí a také podle přínosu výsledků pro zlepšení kvality i kvantity informovanosti matek v jednotlivých aspektech v péči o předčasně narozené dítě. Žádná z hypotéz se neprokázala. Přesto je ale z 1. pracovní hypotézy: „Lze předpokládat, že matky předčasně narozených dětí s vysokoškolským vzděláním mají povědomí o termínu SIDS, zatímco matky s nižším vzděláním termín SIDS neznají.“ zřejmé, že matky s vyšší odbornou školou či vysokoškolským vzděláním věděly o termínu SIDS více než matky s nižším vzděláním. Respondentů s vyšším odborným vzděláním a vysokoškolským bylo celkem 49 a z toho 40 (82%) respondentů termín znaly. S nižším vzděláním bylo celkem 41 respondentů a z toho 30 (73%) respondentů termín SIDS znaly, tedy procentuálně méně.

Druhá pracovní hypotéza: „Lze předpokládat, že několikanásobné matky znají rozdíl mezi klokánkováním a bondingem více než matky prvorodičky.“ se také neprokázala, ale i tady je vidno, že určitý rozdíl v porovnání znalosti je. Prvorodiček, které pojem neznají, bylo 17 (42,5%) a vícenásobných rodiček bylo 5 (18%).

Ve třetí pracovní hypotéze: „Lze předpokládat, že matky mladší 32 let se o termínu SIDS dozvěděly z internetu, zatímco matky ve věku 32 let a více se o termínu dozvěděly od zdravotnického personálu či od známého/známé.“ která se také neprokázala, byly výsledky pro mě překvapivé. Šetření ukázalo, že je rozdíl ve věku matek a zdrojem získaných informací o SIDS téměř nulový. Matkám ve věku mladší 32 let, které se o termínu SIDS dozvěděly z internetu, bylo 21 (20,8%) a matkám ve věku 32 let a starší se z internetu o SIDS dozvědělo 20 (20,2%). U této hypotézy jsem předpokládala, že má internet větší vliv na rodičky v mladším věku. Studie ukázala, že má internet v dnešní době stejný vliv na všechny věkové kategorie rodiček. Internet je dobrým zdrojem informací, ale myslím si, že by primárním zdrojem informací v péči o novorozence měla především zůstat odborná literatura a zdravotnický personál, a to především ošetřující lékař.

V poslední pracovní hypotéze: „Lze předpokládat, že matky, které znají pojem SIDS, vědí, že jedním z hlavních rizikových faktorů na vznik SIDS je kouření matky v těhotenství, zatímco matky, které pojem neznají o riziku spojeném s kouřením nevědí.“ se hypotéza neprokázala, a to hlavně z důvodu malého množství respondentů, které takto odpovídaly.

4 ZÁVĚR

V této bakalářské práci byla nejdříve popsána teorie neonatologie a jednotlivých aspektů, které k informovanosti matek o péči o předčasně narozené dítě náleží. Dále byl vyobrazen přehled odpovědí z dotazníkového šetření respondentů z porodnice v nemocnici fakultního typu VFN v Praze a nefakultního typu ÚPMD.

Neočekávala jsem, že se ze dvou porodnických pracovišť povede získat velké množství respondentů, a to z důvodu zaneprázdnění matek hospitalizovaných novorozenců a také z důvodu pandemické situace v České Republice. Naštěstí maminky byly velice ochotné a čas na vyplnění si udělaly.

Při vytváření datového listu mě překvapily vybrané odpovědi. Nejvíce však mezery matek z ÚPMD v informovanosti o rehabilitaci novorozence. Z porodnici VFN mě zase nejvíce překvapila nevědomost matek o postupu resuscitace, kterou jsem si ale následně vysvětlila vyplněním dotazníků ještě před informováním lékařem rodičů o resuscitaci těsně před propuštěním dítěte do domácí péče.

Otázka, na kterou bylo nejvíce chybných odpovědí, byla o bazální stimulaci. Na tuto jedinou otázku byla možnost vybrání více správných odpovědí, takže chybné odpovědi přikládám tomu, že tato otázka byla nejnáročnější. Ale i když jsem se poté ptala jednotlivých matek na oddělení IMP v porodnici Apolinář, žádná z matek mi nedokázala odpovědět.

V souvislosti s výsledky šetření doporučuji věnovat edukaci sester k větší informovanosti matek o péči o předčasně narozené dítě. Více se zaměřit na prevenci vzniku SIDS, pojmenovávat tuto problematiku a hovořit o ní, protože i přes značný lékařský pokrok není stále lepší metoda vyvarování se SIDS než prevence. Dále je také důležité pobízet matky k tomu, aby se více ptaly a měly ve zdravotnickém personálu jistotu, že jsou ten nejlepší zdroj informací, co se péče o jejich miminka týče. Tohoto nejlépe dosáhnout sjednocením názorů a postupů zdravotníků, které matky učí. A také hlavně ucelené spolupráce veškerého zdravotnického personálu. Protože matky, které od každé sestry či lékaře slyší nebo vidí jiný postup péče, jsou zmatené a ztrácí důvěru.

5 REFERENČNÍ SEZNAM SEŘADIT PODLE ABECEDY

KNIHY

DOKOUPILOVÁ, Milena, Barbora FIŠÁRKOVÁ, Alena KOKEŠOVÁ, Lenka NOVOTNÁ, Eva KOPASOVÁ, Ľubica KAISEROVÁ a Ladislav MÜLLER. 2016. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. 2. vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1072-6.

DOKOUPILOVÁ, Milena a Miloš ČERNÝ. 2020. *Kazuistiky z neonatologie*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-649-8.

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. 2018. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3936-9.

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

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. 2011. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3940-3.

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

GREGORA, Martin a Milena DOKOUPILOVÁ. 2016. *Péče o novorozence a kojence: maminčin domácí lékař*. 4., přeprac. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5719-3.

GOMELLA, Tricia Lacy. 2020. *Gomella's Neonatology*. 8rd ed. Univerzity JohnHopkins: McGrawHill Professional, 2020. ISBN 1259644820.

GOMELLA, Tricia Lacy. 2013. ed. Neonatology: management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs. 7th ed. New York: McGraw-Hill Medical, c2013. ISBN 978-0-07-176801-6.

CHRÁSKA, Miroslav. 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2., aktualizované vydání.* Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

KOPECKÝ, Pavel a Richard PLAVKA. 2015. *Základní pravidla pro spolupráci a rozdělení zodpovědnosti v lékařských službách na JIP.* Praha, 2015.

MARKOVÁ, Daniela a Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ. 2020. *Předčasně narozené dítě: následná péče - kdy začíná a kdy končí?.* Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1745-1.

Neonatologické listy. 1995-. Praha: Ústav pro péči o matku a dítě, 1995-. ISSN 1211-1600.

STRAŇÁK, Zbyněk a Jan JANOTA. 2015. *Neonatologie. 2., přepracované a rozšířené vydání.* Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3861-4.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Aponedo: Apolinářská neonatologie. 2020.[online]. Praha, 2020 [cit. 2021-4-27]. Dostupné z: <https://www.aponedo.cz/cz/apolinarska-neonatologie>

Česká neonatologická společnost: Neonatologické listy. 2007-. Česká neonatologická společnost [online]. Praha, 2007-, 20. 7. 2020 [cit. 2021-4-27]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/neolisty>

Dropbox – Mhairi G, MacDonald, Mary M.K. Seshia – Avery's Neonatology_Pathophysiology and Managment of the Newborn-LWW (2015).pdf – Simplify you life. [online].

LAMBERSKÁ, Tereza. 2020. Nedoklubko: Když přichází na svět miminka do dlaně [online]. Praha: Nedoklubko [cit. 2021-4-27]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/2020/11/26/organizace-neonatologicke-pece-v-cr/>

Nedoklubko: Už jsem ve svém pelíšku. 2020. Nedoklubko [online]. Praha: Nedoklubko [cit. 2021-4-27]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/2020/11/18/uz-jsem-ve-svem-peliskux/>

Skóre dle Ballardové. 2021. *Praktické nástroje pro neonatologii* [online]. Praha: Česká neonatologická společnost, 2021 [cit. 2021-4-26]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/prakticke-nastroje>

Skórovací systém pro neonatální abstinční syndrom: Formulář | F-NEO-037 | verze 3. 2006. *VFN Praha* [online]. Praha: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2006 [cit. 2021-4-27]. Dostupné z: <https://vfnpraha.sharepoint.com/>

TLÁSKAL, Petr Tláskal. 2019. Syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS). *Nutriklub* [online]. Nutricia, 2019 [cit. 2021-4-26]. Dostupné z: <https://www.nutriklub.cz/clanek/syndrom-nahleho-umrti-kojence-sids>

ÚPMD: Pediatrie [online]. 2020. Praha, 2020 [cit. 2021-4-27]. Dostupné z: <https://www.upmd.cz/o-nas/odborna-pracoviste/pediatrie>

BAKALÁŘSKÉ A DIPLOMOVÉ PRÁCE

BROŽOVIČKOVÁ, M. 2017. *Informovanost matek o péči o novorozence na JIRP a IMP.* Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, 2017

GREŠOVÁ, M. 2020. *Zkušenosti s doporučením 10 kroků k úspěšnému kojení a jejich vliv na kojení termínových novorozenců.* Univerzita Palackého v Plzni. Fakulta zdravotnických věd, 2020

HOŠTETROVÁ, A. 2016. *Znalosti matek v jihlavském regionu o syndromu náhlého úmrtí kojence.* Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, 2016

ZÁKONY

Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
(zákon o zdravotních službách)

SEZNAM ZKRATEK

%	relativní četnost
°C	stupeň celsia
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
b.	bodů
CNS	centrální nervový systém
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
č.	číslo
EKG	elektrokardiogram
g	gramů
GIT	gastrointestinální trakt
H ₀	nulová hypotéza
H _A	alternativní hypotéza
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IMP	intermediární péče
JIP	jednotka intenzivní péče
JIRP	jednotka intenzivní a resuscitační péče
kcal	kilokalorie
kg	kilogram
s.	strana
Sb.	sbírky
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome
ÚPMD	Ústav pro péči o matku a dítě
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
VOŠ	vyšší odborná škola
VŠ	vysoká škola
x	krát

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1:** Hypotéza 1 – kontingenční tabulka pozorované četnosti
Tabulka 2: Hypotéza 1 – kontingenční tabulka zjištěné četnosti
Tabulka 3: Hypotéza 1 – kontingenční tabulka očekávané hodnoty
Tabulka 4: Hypotéza 2 – kontingenční tabulka pozorované četnosti
Tabulka 5: Hypotéza 2 – kontingenční tabulka očekávané četnosti
Tabulka 6: Hypotéza 3 – kontingenční tabulka získané četnosti
Tabulka 7: Hypotéza 3 – kontingenční tabulka očekávané četnosti
Tabulka 8: Hypotéza 4 – kontingenční tabulka zjištěné četnosti
Tabulka 9: Hypotéza 4 – kontingenční tabulka očekávané četnosti

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek 1:** Skóre dle Ballardové
- Obrázek 2:** Skórovací systém pro neonatální abstinenci syndrom
- Obrázek 3:** Věk respondentů
- Obrázek 4:** Nejvyšší dosažené vzdělání
- Obrázek 5:** Počet předchozích porodů
- Obrázek 6:** Zařízení, ve kterém je dítě hospitalizováno
- Obrázek 7:** Možnost hospitalizace s dítětem
- Obrázek 8:** Možnost pečovat o miminko
- Obrázek 9:** Kde poprvé pečovali o své dítě
- Obrázek 10:** Jak často se manipuluje s nedonošeným dítětem
- Obrázek 11:** Znalost pojmu klokánkování
- Obrázek 12:** Znalost pojmu bonding
- Obrázek 13:** Správnost provádění klokánkování
- Obrázek 14:** Správnost provádění klokánkování
- Obrázek 15:** Jak často se měří tělesná teplota
- Obrázek 16:** Kdy se správně přebaluje
- Obrázek 17:** Správný postup při ošetřování pupeční jizvy
- Obrázek 18:** Návštěva laktační poradkyně
- Obrázek 19:** Nejlepší metoda pro nástup laktace
- Obrázek 20:** Jak krmí své dítě
- Obrázek 21:** Ukázka rehabilitačních cviků
- Obrázek 22:** Provádí rehabilitační cviky
- Obrázek 23:** Jaké cviky provádí
- Obrázek 24:** K čemu je dobrá orofaciální stimulace
- Obrázek 25:** Pravdivé tvrzení o Vojtově metodě
- Obrázek 26:** Metody spadající do bazální stimulace
- Obrázek 27:** Co je iniciální dotek
- Obrázek 28:** Jak často se polohuje nezralý novorozenec
- Obrázek 29:** Povědomí o termínu SIDS
- Obrázek 30:** Odkud znají pojem SIDS
- Obrázek 31:** Co znamená SIDS
- Obrázek 32:** Jaká je riziková poloha pro vznik SIDS

Obrázek 33: U jakého pohlaví je vyšší riziko vzniku náhlého úmrtí

Obrázek 34: Má kouření vliv na vznik SIDS

Obrázek 35: Nesprávný fakt

Obrázek 36: Správný postup resuscitace

Obrázek 37: Spokojenost s množstvím podaných informací

6 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník pro matky předčasně narozených dětí (Dotazník)

Příloha č. 2: Žádost o povolení dotazníkového šetření ve VFN (Žádost)

Příloha č. 3: Žádost o povolení dotazníkového šetření v ÚPMD (Žádost)

7 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník pro matky předčasně narozených dětí (Dotazník)

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „Informovanost matek o péči o předčasně narozené dítě.“

U jednotlivých otázek jsou uvedeny varianty odpovědí. Prosím Vás, abyste označily tu, která Vás nejlépe vystihuje nebo tu, která nejlépe vystihuje Váš názor. Dotazník je zcela anonymní.

Děkuji za Vaši ochotu a čas.

Eliška Budková

1. Váš věk

Méně než 32 let

32 let a více

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Základní

Střední odborné s výučním listem

Střední odborné s maturitou

Střední všeobecné vzdělání

Vyšší odborné vzdělání

Vysokoškolské vzdělání

3. Počet předchozích porodů

Žádné, jsem prvorodička

Jeden a více předchozích porodů

4. Ve kterém zdravotnickém zařízení je nyní hospitalizováno Vaše dítě?

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Ústav pro péči o matku a dítě v Podolí

5. Měla jste možnost být hospitalizovaná s Vaším dítětem?

Ano

Ano, ale nevyužila jsem této možnosti

Ne

6. Byla Vám zdravotnickým personálem ihned po porodu umožněna péče o vaše miminko?

Ano, využila jsem ji

Ano, ale necítila jsem se na ni dostatečně připravená

Ne

7. Kde jste mohla poprvé pečovat o Vaše dítě?

Již na JIP/ARO

Na intermediálním oddělení

Až když jsme byli spolu ubytováni na pokoji

8. Jak často by se mělo podle Vás manipulovat s nedonošeným dítětem?

Co nejčastěji přebalovat a koupat

Šetrnou manipulaci sjednotit do jednoho časového období

S nedonošeným dítětem smí manipulovat pouze zdravotnický personál

9. Znáte pojem „klokánkování“?

Ano (Kde jste se o něm

dozvěděla?).....

Ne

10. Znáte pojem Bonding?

Ano (Kde jste se o něm

dozvěděla?).....

Ne

11. Jak si myslíte, že se klokánkování správně provádí?

U předčasně narozeného dítěte se provádět nesmí

Optimálně se realizuje několikrát denně alespoň na pár minut

Optimálně se realizuje každý den po dobu 3 hodin

12. Jaký je podle Vás rozdíl mezi klokánkováním a bondingem?

Žádný, je to totéž

Bonding se na rozdíl od klokánkování provádí okamžitě po porodu

Nevím

13. Jak často se podle Vás měří tělesná teplota u nedonošeného novorozence?

1x za 24 hodin

1x za 12 hodin

Novorozenec je kontinuálně na teplotním čidle nebo se teplota měří před každým přebalováním

14. Kdy se podle Vás má novorozenec správně přebalovat?

Před krmením

Kdykoliv, pokud máme pocit, že je to potřeba

Po krmení

15. Jaký je podle Vás správný postup při ošetřování pupeční jizvy?

Čistou vodou při koupání

Jemně čtvercem navlhčeným dezinfekcí

Pupeční jizvu nijak neošetřujeme

16. Navštívila Vás během hospitalizace vašeho dítěte laktanční poradkyně?

Ano, ihned po porodu a později podporovala kojení v průběhu hospitalizace
mého dítěte

Ano, jednou či dvakrát

Ne, nenavštívila

17. Jakou metodu byste zvolila jako nejlepší na podporu nástupu laktace?

Včasné a časté přikládání novorozence k prsu

Pití černého piva

Užívání homeopatik

18. Jak krmíte své dítě?

Plně kojím

Částečně kojím a dokrmuji ze stříkačky či savičky

Částečně kojím a dokrmuji gastrickou sondou

Miminko krmím ze stříkačky či ze savičky

Miminko krmím pouze gastrickou sondou

19. Byly Vám v průběhu hospitalizace vašeho dítěte ukázány nějaké rehabilitační cviky?

Ano

Ne

20. Provádíte se svým dítětem nějaké rehabilitační cviky?

Ano, pravidelně

Ano, občas

Ne, provádí pouze zdravotnický personál

Ne, neprovádím

21. Pokud ano, jaké? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

Orofaciální stimulace

Vojtova metoda

Bazální stimulace

Jiné (doplňte):

22. K čemu je podle Vás dobrá orofaciální stimulace?

Ulevuje dítěti při bolesti břicha

Napomáhá ke správnému držení těla dítěte

Stimuluje svalovou činnost v oblasti úst

23. Jaké tvrzení o Vojtově metodě je podle Vás pravdivé?

Vojtovu metodu lze cvičit od narození až do dospělosti

Cvičení Vojtovi metody je vždy bolestivé

Vojtova metoda se nesmí cvičit od narození, ale až v pozdějším věku dítěte

24. Jaké metody si myslíte, že spadají do bazální stimulace? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

Iniciální dotek

Polohování

Krmení

Přebalování, koupání

Ani jedno z uvedených možností není správné

25. Co je podle Vás iniciální dotek?

Libovolné pohlazení dítěte

Zahájení a ukončení kontaktu s novorozencem dotykem a oslovením

Jakýkoliv kontakt s dítětem

26. Jak často si myslíte, že je ideální polohovat nezralého novorozence?

Nezralý novorozenec se nesmí polohovat

Nezralého novorozence stačí polohovat jednou až dvakrát za 24 hodin

U nezralých novorozenců je důležité pravidelné polohování

27. Slyšela jste někdy o termínu SIDS (Sudden infant death syndrome)?

Ano

Ne

28. Pokud ano, odkud jste se o termínu SIDS dozvěděla?

Od zdravotnického personálu

Z internetu

Z informačních letáků/knih/jiných tiskovin

Od známého/známé

29. Co podle Vás znamená SIDS?

Seznam dětských syndromů

Speciální identifikace dětských syndromů

Syndrom náhlého úmrtí kojenců

30. Jaká poloha kojence je podle Vašeho názoru riziková pro vznik SIDS?

Na zádech

Na břicho či boku

Poloha kojence nemá vliv na vznik SIDS

31. U jakého pohlaví kojence je podle Vašeho názoru mírně zvýšené riziko vzniku náhlého úmrtí?

Mužské pohlaví

Ženské pohlaví

Pohlaví kojence nemá vliv na vznik SIDS

32. Má podle Vašeho názoru kouření matky během těhotenství vliv na vznik SIDS?

Je jedním z hlavních rizikových faktorů vzniku náhlého úmrtí dítěte

Kouření matky v těhotenství nemá vliv na vznik SIDS

Nevím

33. Který z uvedených faktů je podle Vás nesprávný?

Společný spánek v posteli rodičů zvyšuje riziko vzniku SIDS

Měkký povrch a mnoho přikrývek zvyšuje riziko vzniku SIDS

Rizikem vzniku náhlého úmrtí jsou ohroženi všichni kojenci

K náhlému úmrtí novorozence dochází pouze u předčasně narozených dětí, či kojenců s nízkou porodní váhou

34. Jak správně by se mělo postupovat při resuscitaci kojence?

Nepřetržitě stlačovat hrudník 100x za minutu

Umístíme svá ústa kolem úst i nosu kojence zároveň a začneme pěti pomalými vdechy pouze o obsahu vzduchu svých úst a následně stlačujeme hrudník

U kojenců se resuscitace neprovádí

Nevím

35. Jste spokojená s množstvím podaných informací o péči o předčasně narozené dítě od zdravotnického personálu?

Ano

Ne

Částečně, zlepšila bych nebo přidala informace o (doplňte):

V Praze, dne

Mgr. Dita Svobodová, Ph.D., MHA
náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání a kvalitu

S realizací dotazníkového šetření dle přiloženého návrhu souhlasím – nesouhlasím.

V Praze, dne

Mgr. Martina Vacková
Vedoucí sestra