

Využití prvků konceptu bazální stimulace u nezralých novorozenců

Bc. Lenka Vlčková

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lenka Vlčková**

Osobní číslo: **H12366**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Využití prvků konceptu bazální stimulace u nezralých novorozenců**

Zásady pro vypracování:

Zpracování záměru práce.

Studium odborné literatury, rešerše.

Vypracování osnovy práce.

Vypracování teoretické části: vymezení prenatálního období, klasifikace nezralého novorozence, charakteristika konceptu bazální stimulace a jeho využití v péči o nezralého novorozence.

Empirická šetření: kvantitativní výzkum v oblasti využití prvků bazální stimulace u nezralých novorozenců prostřednictvím dotazníkového šetření u sester a matek.

Analýza dat a interpretace výsledků.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DOKOUPILOVÁ, Milena a kol. Narodilo se předčasně. Průvodce péče o nedonošené děti. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-552-3.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a kol. Péče o kriticky nemocné dítě. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-427-5.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4713-144.

HOUROVÁ, Martina, Milena KRÁLÍČKOVÁ a Petr UHER. Vývoj miminka před narozením. Od embrya k porodu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1942-9.

SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Andrea Filová

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

26. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015



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



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 13.2.2015

.....
Něka

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá možnostmi využití prvků bazální stimulace u nezralých novorozenců.

V teoretické části je charakterizován vývoj plodu v prenatálním období, klasifikován nezralý novorozenec a popsány jeho určující znaky. Dále jsou zmíněny jednotlivé metody a techniky aplikované v ošetrovatelské péči o nezralého novorozence. Hlavním cílem práce je charakterizovat koncept bazální stimulace a jeho využití v péči o nezralého novorozence.

V praktické části je popsán realizovaný průzkum u sester a matek nezralých novorozenců prostřednictvím dotazníkového šetření. Bylo zjišťováno, zda střední zdravotničtí pracovníci využívají koncept bazální stimulace u nezralých novorozenců a které z prvků nejvíce zařazují do ošetrovatelské péče. U matek nezralých novorozenců bylo zjišťováno, zda byly seznámeny s konceptem bazální stimulace a který z prvků pomohl dle jejich názoru nejvíce zlepšit vývoj jejich dítěte.

Klíčová slova: bazální stimulace, nezralý novorozenec, matka, sestra, dotazníkové šetření

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with possibilities of using the basal stimulation on the immature newborns.

The fetus development in the prenatal period is characterized, the immature newborn is classified and its key features are described in the theoretical part of the thesis. Various methods and techniques applied in nursing care for the newborns are also mentioned. The main goal of this is to characterize a concept of basal stimulation and its use in the care of immature newborns.

A survey realized among nurses and mothers of immature newborns via a questionnaire inquiry is described in the practical part of the thesis. It was examined whether health care personnel utilize the concept of basal stimulation on immature newborns and which aspects are the most included in the nursing care. The mothers of immature newborns were asked

whether they are familiar with the concept of basal stimulation and which of its elements helped to improve the development of their child the most according to their opinion.

Keywords: basal stimulation, immature newborn, mother, nurse, questionnaire in query

Ráda bych poděkovala především Mgr. Andree Filové za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, inspirující podněty, připomínky a za věnovaný čas. Rovněž děkuji hlavním sestřám a náměstkyním ošetrovatelské péče za umožnění výzkumu a všem respondentkám za ochotu při vyplňování dotazníku. Dále bych chtěla poděkovat výkonné ředitelce občanského sdružení Nedoklubko paní Lucii Žáčkové za zprostředkování dotazníkového šetření a všem ochotným maminkám předčasně narozených dětí za vyplnění dotazníku. V neposlední řadě děkuji rodině za podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

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

OBSAH

OBSAH	9
ÚVOD	11
I.	13
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 PRENATÁLNÍ OBDOBÍ	14
1.1 PRVNÍ TRIMESTR	14
1.2 DRUHÝ TRIMESTR.....	16
1.3 TŘETÍ TRIMESTR.....	17
2 KLASIFIKACE NOVOROZENCE	19
2.1 KLASIFIKACE DLE GESTAČNÍHO VĚKU.....	19
2.2 KLASIFIKACE DLE PORODNÍ HMOTNOSTI	19
2.3 KLASIFIKACE DLE PORODNÍ HMOTNOSTI A GESTAČNÍHO VĚKU	19
3 CHARAKTERISTICKÉ ZNAKY ZRALÉHO A NEZRALÉHO NOVOROZENCE	21
3.1 FYZIOLOGICKÝ NOVOROZENEC.....	21
3.1.1 <i>Charakteristické znaky zralého novorozence</i>	21
3.2 NEZRALÝ NOVOROZENEC	22
3.2.1 <i>Charakteristické znaky nezralého novorozence</i>	22
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEZRALÉHO NOVOROZENCE	23
4.1 MOTÝLÍ MASÁŽE	23
4.2 MUZIKOTERAPIE.....	24
4.3 AROMATERAPIE	24
4.4 KLOKÁNKOVÁNÍ.....	25
5 VYUŽITÍ BAZÁLNÍ STIMULACE V PÉČI O NEZRALÉHO NOVOROZENCE	26
5.1 CHARAKTERISTIKA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	27
5.1.1 <i>Stimulace vnímání</i>	28
5.1.2 <i>Stimulace hybnosti</i>	29
5.1.3 <i>Podpora komunikace</i>	29
5.2 TECHNIKY KONCEPTU	30
5.3 PRVKY KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE VYUŽÍVANÉ V NEONATOLOGII	31
5.3.1 <i>Somatická stimulace</i>	31
5.3.1.1 Iniciální dotek.....	32
5.3.1.2 Somatická stimulace zklidňující	32

5.3.1.3	Somatická stimulace povzbuzující	33
5.3.1.4	Rozvíjející stimulace	33
5.3.1.5	Polohování	34
5.3.1.6	Masáž stimulující dýchání (MSD), kontaktní dýchání.....	34
5.3.1.7	Vestibulární stimulace.....	34
5.3.1.8	Vibrační stimulace	35
5.3.1.9	Optická stimulace	35
5.3.1.10	Auditivní stimulace	35
5.3.1.11	Orální stimulace.....	36
5.3.1.12	Olfaktorická stimulace	36
5.3.1.13	Taktilně - haptická stimulace.....	36
II	.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST	.....	37
6 PRAKTICKÁ ČÁST	.....	38
6.1	FORMULACE PROBLÉMU.....	38
6.2	CÍLE PRŮZKUMU.....	38
6.2.1	<i>Dílčí cíle</i>	38
6.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	38
6.4	METODA SBĚRU DAT	39
6.5	ORGANIZACE PRŮZKUMU	39
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA	.....	41
7.1	DOTAZNÍK DĚTSKÉ SESTRY.....	41
7.2	DOTAZNÍK MATKY NEZRALÝCH NOVOROZENCŮ.....	57
8 DISKUSE	.....	79
ZÁVĚR	.....	81
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	.....	82
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	.....	85
SEZNAM TABULEK	.....	86
SEZNAM PŘÍLOH	.....	89

ÚVOD

V bakalářské práci se zabývám využitím prvků konceptu bazální stimulace u nezralých novorozenců. V současné době se ročně rodí předčasně kolem 8 000 dětí. Je to velice závažný a celospolečenský problém (Dokoupilová, 2009, s. 9). Předčasný porod je stresem nejen pro matku, ale i pro dítě. Oba jsou od sebe náhle odtrženi. Pouto, které se mezi nimi od prenatálního vývoje vytvářelo bylo přerušeno. Teď musí každý bojovat sám za sebe. Můžeme vidět na jedné straně matku se svými otázkami, proč právě ona musela porodit dříve, proč ne někdo jiný. Často si i matka může klást za vinu, že nebyla schopná donosit své dítě. Na druhé straně je bezbranné dítě, které najednou ztratilo svůj komfort, který mu poskytovala děloha matky. Dítě předčasným porodem ztrácí nejen ochranu, výživu, zájem, které mu poskytovala děloha, ale i lásku a něhu matky, která se na něj celou dobu těšila. Proto je důležité, aby matka i dítě našli k sobě znovu cestu. Také nesmíme zapomínat, že předčasným porodem dítě není dostatečně zralé na život mimo dělohu.

Koncept bazální stimulace je jednou z metod, která může být nástrojem pro znovu obnovení pouta mezi matkou a dítětem a také mu může pomoci při celkovém zlepšení zdravotního stavu. Tato metoda se snaží navázat na zážitky, zkušenosti, které si dítě pamatuje z prenatálního období. Pomocí stimulů dochází k podpoře psychomotorického vývoje a k udržení vrozených reflexů. Také zapojení matky do konceptu bazální stimulace má pozitivní vliv na vytváření vztahu mezi matkou a dítětem, ale také samotná matka získá pocit jistoty, navrácení sebedůvěry, kterou předčasným porodem ztratila.

Poprvé jsem se o konceptu dozvěděla z časopisu Sestra. V rámci dalšího vzdělávání jsem pak měla možnost projít základním i nástavbovým certifikovaným kurzem bazální stimulace. Koncept bazální stimulace mě oslovil nejen jako sestru, ale také i jako matku předčasně narozené dcery. Chtěla bych touto prací přiblížit koncept bazální stimulace používaný v neonatologii. V praktické části jsem se zaměřila na zjišťování, zda je koncept využíván v péči o nezralé novorozence, jaké konkrétní prvky se nejvíce používají a zda používání jednotlivých technik konceptu BS může významně ovlivnit vývoj nezralého novorozence.

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit využívání konceptu bazální stimulace u nezralých novorozenců na JIRPN, JIP a IMP. Na něj navazují tři dílčí cíle, které byly realizovány prostřednictvím dotazníkového průzkumu u dětských sester a matek nezralých novorozenců. Bazální stimulace obsahuje základní a nástavbové prvky. První dílčí cíl zjišťoval, které z prvků se nejvíce využívají v péči o nezralého novorozence. Druhým dílčím cílem

bylo zaměřit se na techniky a metody, které se nejvíce používají pro zajištění základních i nastavbových prvků. Posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda využívání konceptu BS u nezralých novorozenců může významně ovlivnit vývoj nezralého novorozence a v čem.

Přínosem této práce bylo zjištění důležitosti teoretických znalostí dětských sester o konceptu BS v péči o nezralého novorozence, aby mohly vždy vybrat vhodnou techniku, metodu pro stimulaci dané oblasti. Správnou volbou mohou zprostředkovat základní stimuly pro jejich psychomotorický vývoj a udržení vrozených reflexů. Při dostatečných teoretických znalostech mohou pak sestry lépe předat zkušenosti s touto metodou matkám, které zapojují do ošetrovatelské péče o své dítě.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PRENATÁLNÍ OBDOBÍ

Fyziologické těhotenství trvá devět kalendářních měsíců. Lékaři určují stáří nenarozeného dítěte podle tzv. lunárních měsíců, kterých je deset a každý tento měsíc má 28 dní. Celé těhotenství pak trvá 40 týdnů. Dále v těhotenství rozlišujeme 3 trimestry. Přechod 1. a 2. trimestru znamená uzavření nejrychlejšího, ale také nejrizikovějšího období během, kterého dochází k založení a vývoji všech orgánů plodu. Přechod 2. a 3. trimestru vymezuje hranici v životaschopnosti plodu (Hourová, 2007, s. 7 – 7).

1.1 První trimestr

Pro vývoj plodu je důležité oplodnění dozrálého vajíčka uvolněného z vaječníku zralou spermií. V širší části vejcovodu dochází ke splnutí spermie s vajíčkem, odkud se pomalu posouvá do dělohy. V oplodněném vajíčku – zygotě – dochází k dělení neboli rýhování. Rýhované oplodněné vajíčko se dostává do děložní dutiny 4. den, kde se jako blastocysta 6. den uhnizďuje (niduje) do děložní sliznice (Hourová, 2007, s. 16).

Blastocysta obsahuje dutinku, kde v jednom pólu dutiny jsou nahromaděné buňky. Z buněk se vyvine zárodečný terčík, který je základem embrya. Ostatní buňky tvoří základ pro vznik plodových obalů, jiné jsou důležité pro výživu. 9. den je blastocysta vnořena do děložní sliznice. V místě zanoření se rozrušuje mateřská sliznice, do které vrůstají výběžky, primární klky. Plně se blastocysta zanoří 12. den po ovulaci, kde vytvoří hrbolek. Mezi 2. a 3. týdnem je blastocysta tvořena dvěma dutinkami, mezi kterými leží zárodečný terčík (Hourová, 2007, s. 16 – 18).

3. týdnem prenatálního vývoje končí období blastogeneze a začíná období embryogeneze. V tomto období se do mateřské krve začíná uvolňovat hormon choriový gonadotropin (hCG). Na začátku 3. týdne se mezi dvěma zárodečnými listy ektodermem a entodermem začíná objevovat třetí, mezoderm. Zárodečné listy dávají základ pro vznik různých tkání a orgánů. Například z ektodermu se vytváří kůže a nervová tkáň, entodermální původ mají játra a střeva, z mezodermu derivují kosti a svaly. Rostoucí zárodek je na jednom konci zesílený pro vývoj hlavové části. Ze třetího zárodečného listu vzniká cévní a krevní systém. V této fázi vývoje pracuje primitivní krevní oběh. Embryo má však na počátku svého vývoje další dva oběhy, žloutkový a pupeční, které slouží k výživě embrya. Žloutkový oběh později zaniká. Na konci třetího týdne se tvoří základy nervového systému – mozek a mícha a kromě toho také srdce. Výsledkem je vznik základu trubice, tzv. chordy, po je-

jíchž stranách probíhají postranní ploténky primitivní střešní trubice. Postranní ploténky se rozestoupí a mezi nimi vzniká prostor, ve kterém se dalším růstem buněk tvoří perikardiální dutina. S vývojem hlavového výběžku vzniká i nervová ploténka. Ta se na předním konci rozšíří v základ mozku a na zadním konci se zúží v základ míchy. Ploténka postupně roste a na konci 3. týdne se vytvoří neurální trubice, která je na konci rozdělena na základní tři mozkové váčky. Během tvorby neurální trubice pučí po obou stranách mezoderm do sloupců, který se později člení v tzv. somity. Somity jsou základem pro kost lebeční, páteř, žebra a hrudní kost. Během druhého měsíce se tvoří dutina osrdečníku, dutina břišní a hrudní. Zakládá se také primitivní ústní jamka (Hourová, 2007, s. 21–24).

Ve 4. týdnu se dále vyvíjí hlavová část embrya, základy mozku, nervového systému a srdce. V této fázi je primitivní kardiovaskulární systém jako první ze systémů plně funkční. Vznikají základy končetin, jater, plic, štítné žlázy a slinivky. Hlava tvoří polovinu délky embrya. Embryo je stále zakončeno výběžkem připomínající ocásek. Během tohoto týdne embryo prodělává rychlý růst a měří 28. den minimálně 5 mm (Hourová, 2007, s. 26).

Během 5. týdne probíhají největší změny plodu v obličejí, tvar těla se příliš nemění. V tomto období při špatném srůstu svalů mohou vzniknout rozštěpové vývojové vady – rozštěpy rtu a patra. I nadále se vyvíjí horní končetiny a vznikají základy pro dolní končetiny. Embryo měří 35. den až 10 mm (Hourová, 2007, s. 28).

V 6. týdnu pokračuje růst plodu, který má již vytvořeny základy všech orgánů. Dosahuje délky asi 30 mm a je chráněn amniovým vakem, který obsahuje amniální tekutinu (Hourová, 2007, s. 30).

V 7. až 10. týdnu prenatalního vývoje plod rychle roste. Na konci 12. týdne měří až 85 mm a váží 20 g. Většina orgánů má již konečnou polohu. Na konci 1. trimestru hlava tvoří jen 1/3 délky těla. Dutina břišní se zvětšuje a pupeční šňůra se zužuje a prodlužuje. Postupně se tvoří oči, které na konci 10. týdne jsou uzavřené a překryté blánou. Zásadní změnou prochází končetiny. Objevují se zde první svaly a jsou na nich prstíky, palec se staví proti ukazováčku. Začíná se formovat krk. Tvoří se zárodky mléčných zubů. Vznikají slinné žlázy. Poslední náznak ocasu se postupně vytrácí. Embryo začíná vnímat dotyk a bolest. Pohlavní orgány jsou rozlišené a varlata začínají vylučovat testosteron. Je vytvořena většina kloubních spojení, včetně zápěstí a kotníků. V 10. týdnu je plod schopný polknout plodovou vodu a vyvíjí se sací reflex. Plod umí zatnout pěstičky. Je schopný se pohybovat, polykat, žvýkat a sát (Hourová, 2007, s. 33 – 41).

Na konci 12. týdne plod váží 35 až 50g a měří 9,5 cm. U plodu také můžeme vidět reflexy. Na podnět sevře dlaně, stáhne prstíčky na nohách, pohybuje rty, zachvěje očními víčky, otvírá a zavírá ústa. Již můžeme rozeznat žebra. V játrech se tvoří žluč a ledviny vylučují moč. Pohyby plodu jsou již plynulejší. Hlavička je vzpřímená, objevují se první vlásky a krk se prodlužuje. Na ruce a na nohu mu rostou nehty (Hourová, 2007, s. 43 – 44).

13. týdnem se uzavírá první trimestr. Plodu začíná růst obočí, je patrná mimika obličejů a plod začíná slyšet. Na pokožce těla se mu tvoří jemné chloupky, tzv. lanugo, které slouží k regulaci tělesné teploty. V té době již vykazuje dýchací pohyby (Hourová, 2007, s. 46).

1.2 Druhý trimestr

14. týdnem začíná 2. trimestr. V tomto období jsou pohyby plodu velmi rozmanité, klouby se ohýbají a svaly reagují na nervové podněty. Oční víčka jsou zavřená, ale sítnice je citlivá na světlo. Lze určit i pohlaví plodu (Hourová, 2007, s. 47).

V 15. týdnu si plod cucá paleček a hýbe prstíčky. V podkoží stále chybí podkožní tuk. Plod polyká plodovou vodu a zároveň do ní vyměšuje moč (Hourová, 2007, s. 50).

V 16. týdnu se v podkoží plodu začíná ukládat hnědý tuk. Posilují svaly. Ve střevech se tvoří první stolice – smolka. Srdeční ozvy jsou dobře slyšitelné stetoskopem. U plodu mužského pohlaví se tvoří prostata (Hourová, 2007, s. 51).

V 17. týdnu plod spí až 20 hodin denně a při bdění je velmi aktivní. V tomto období ledviny filtrují krev a vylučují moč do plodové vody. Střevo produkuje trávicí šťávy a vstřebává plodovou vodu do krevního oběhu. U plodů ženského pohlaví se objevují prsní bradavky (Hourová, 2007, s. 52).

V 18. týdnu dozrávají části CNS umožňující rozvoj paměti a myšlení. Vyvíjejí se smyslové orgány. Velikost hlavy je více úměrná k tělu. Slinivka břišní začíná produkovat hormony. U plodů ženského pohlaví se ve vaječniku zakládá asi 6 miliónů vajíček. Plod váží 330 až 360 g a měří 16 cm (Hourová, 2007, s. 53).

V 19. až 20. týdnu je placenta již definitivně vytvořena. Kůže je již méně průhledná a je pokrytá lanugem. Jsou vytvořeny potní žlázy, nehty na prstech jsou vyvinuté a i nadále rostou. Na jazyku jsou chuťové pohárky. Zlepšuje se hmat, plod si cucá palec, hraje si s pupeční šňůrou. Ve 20. týdnu plod při bdělém stavu slyší zvuky. Délka plodu je 19 cm a váha 400 – 500 g (Hourová, 2007, s. 56).

V 21. až 22. týdnu je plod schopný poprvé pootevřit víčka. Pokožka je krytá lanugem i mázkem. Plíce začínají tvořit surfaktant – látku, která umožňuje rozepnutí plicních sklípků při dýchání. Ve 22. týdnu je plod stále nezralý, ale při adekvátní péči neonatologů dokáže již přežít mimo dělohu. Pokud je plod vzhůru, je schopný udělat až 60 pohybů za půl hodiny. Dobře slyší a je schopen rozlišit hlas matky, otce, ale i zvuky pocházející z matčina těla, jako jsou srdeční ozvy nebo střevní peristaltika (Hourová, 2007, s. 58).

Ve 23. až 24. týdnu je vyvinuta většina důležitých orgánů. U plodu ženského pohlaví se vytváří pochva a u mužského pohlaví se buňky ve varlatech stále množí a produkují testosteron. Plod dokáže vykonat mnoho pohybů – svírat dlaně, uchopovat, protahovat se, pohybovat rychle očima, při leknutí sebou trhne. Plodová voda se každé tři hodiny obměňuje. Délka plodu je 22 cm a váha 900 g (Hourová, 2007, s. 62).

Ve 25. až 26. týdnu je vývoj očí dokončen, ale oční víčka jsou převážně zavřená. Plod bude mít pravděpodobně tmavě modrou barvu očí. Konečnou barvu očí získá plod až po působení světla. Podkožní tuk se stále ukládá a plod se zaobluje. Je již natolik vyvinut, že po porodu bude schopný regulovat svoji tělesnou teplotu. Dokáže i rozeznat hlas svých rodičů. Délka plodu je 25 cm a váha 1100 g (Hourová, 2007, s. 62 – 64).

Ve 27. týdnu se intenzivněji vyvíjí mozek (Hourová, 2007, s. 66).

1.3 Třetí trimestr

Ve 28. týdnu začíná 3. trimestr. Plodu i nadále rostou vlasy, posilují nehty a kostra je pevnější. Jeho pohyby začínají být omezené, což je způsobeno nedostatkem místa. Většinou plod zaujímá polohu hlavičkou dolů. Délka plodu je 27 cm a váha 1500g (Hourová, 2007, s. 66).

Ve 29. až 30. týdnu plod většinu času prospí, ale v bdělém stavu reaguje pohybem na zvukové podněty. Délka plodu je 29 cm a váha je 1800 g (Hourová, 2007, s. 66 – 69).

Ve 31. až 32. týdnu jsou kosti plodu plně vyvinuté. Pokožka je růžovější a ve střevech se hromadí smolka. S vyžíváním CNS stále více reaguje na podněty z venku. Imunitní systém je schopen bojovat proti některým infekcím. Hlavička postupně sestupuje do malé pánve. Délka plodu je 32 cm a váha 2300 g (Hourová, 2007, s. 72 – 73).

Ve 33. až 34. týdnu se chmýří na pokožce postupně vytrácí, podkožní tuk pomáhá regulovat tělesnou teplotu. Dochází k dozrání trávicí soustavy. Obličej plodu má výraznou

mimiku, umí se smát i mračit. Délka plodu je 34 cm a váha 2500 g (Hourová, 2007, s. 74 – 75).

Ve 35. týdnu nemá plod v děloze tolik místa jako dříve, proto zaujímá pozici s mírně skloněnou hlavou, skrčenými končetinami a zkříženýma ručkama (Hourová, 2007, s. 78).

Ve 36. až 38. týdnu je plod donošený a zralý. Plíce jsou připravené na první nádech. Hlavička naléhá na vchod pánevní. Délka plodu je 48 až 50 cm, váha 3200 až 3700 g (Hourová, 2007, s. 78).

2 KLASIFIKACE NOVOROZENCE

Novorozence můžeme popsat na základě gestačního věku, porodní hmotnosti a v neposlední řadě podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku (Dort, 2011, s. 14).

2.1 Klasifikace dle gestačního věku

Klasifikaci novorozence dle gestačního věku dělíme dle ukončeného týdne těhotenství. Před ukončením 37. týdnem těhotenství, mluvíme o nedonošeném novorozenci. Mezi 37. a 42. týdnem těhotenství se jedná o porod donošeného či zralého novorozence. Novorozenec narozený po 42. týdnu těhotenství je označován jako novorozenec přenášený (Dort, 2011, s. 14).

2.2 Klasifikace dle porodní hmotnosti

Dle porodní hmotnosti můžeme novorozence rozdělit do pěti skupin. První skupina je označována jako novorozenec obrovský, který má porodní hmotnost 4500 g a více. Do druhé skupiny patří novorozenec s normální porodní hmotností – od 2500 g do 4499 g. Třetí skupinu tvoří novorozenec s nízkou porodní hmotností (pod 2500 g). Čtvrtou skupinou je novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností (pod 1500 g). A do páté skupiny řadíme novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností – ta činí méně než 1000 g (Dort, 2011, s. 14).

2.3 Klasifikace dle porodní hmotnosti a gestačního věku

V klasifikaci dle porodní hmotnosti a gestačního věku dělíme novorozence na eutrofického, hypotrofického a hypertrofického. Je důležité si uvědomit, že hypotrofie a hypertrofie se mohou objevit jak u donošeného, nedonošeného, tak i přenášeného novorozence (Sedlářová, 2008, s. 51).

Eutrofický novorozenec je ten, jehož váha odpovídá gestačnímu věku. Porodní hmotnost, která je vyšší než odpovídající gestační věk se řadí k novorozenci hypertrofickému. A hypotrofický novorozenec má nižší porodní hmotnost než odpovídající gestační věk. Hypotrofie novorozence se dále rozlišuje na symetrickou a nesymetrickou. Symetrická hypotrofie plodu a novorozence se vyznačuje nižší hmotností, sníženou délkou a menším obvodem hlavy. Začíná se projevovat během prvního a druhého trimestru. V pozdější fázi těhotenství se může projevit asymetrická hypotrofie plodu a novorozence. Ta je charakterizována sní-

ženou hmotností, ale velikost hlavy odpovídá stáří vývoje (Sedlářová a kol., 2008, s. 51; Zwinger, 2004, s. 493–494).

Nedonošené děti dále dělíme na lehce nedonošené s porodní hmotností přes 2400 g a gestačním týdnem 35. až 37., na středně nedonošené s porodní hmotností 1000 – 2400 g a gestačním týdnem 31. až 34. a na těžce nedonošené s porodní hmotností pod 1000 g a 30. gestačním týdnem nebo dříve (Klíma, 2003, s. 106).

3 CHARAKTERISTICKÉ ZNAKY ZRALÉHO A NEZRALÉHO NOVOROZENCE

3.1 Fyziologický novorozenec

Fyziologický novorozenec je donošený a jeho hmotnost odpovídá gestačnímu věku. Dosahuje přibližně váhy 3 300 g a délky v průměru 50 cm. Zralý novorozenec má funkční všechny orgány, nemá problém se adaptovat na vnější prostředí. Po vypuzení z dělohy novorozenec spontánně dýchá s frekvencí kolem 40 dechů za minutu, jeho srdeční akce je kolem 130 za minutu, dokáže si udržet svoji tělesnou teplotu (Borek, 2001, s. 43; Sedlářová, 2008, s. 52).

3.1.1 Charakteristické znaky zralého novorozence

Zralý novorozenec má bdělý výraz v obličeji, otevřené oči, hýbe končetinami. Při usínání mívá nepravidelné dýchání a při hlubokém spánku pravidelné. Novorozenec spí 18 – 20 hodin denně. V závislosti na aktivitě se srdeční akce pohybuje mezi 80 – 180 tepy za minutu. Frekvence dýchání je závislá na aktivitě a spánku, fyziologické hodnoty se pohybují mezi 30 – 60 dechy za minutu. Novorozenec má malé množství podkožního tuku a nedostatečnou termoregulaci, proto je důležité, aby teplota prostředí byla kolem 33 stupňů Celsia a nedošlo k podchlazení novorozence (Sedlářová, 2008, s. 52).

Bezprostředně po narození má novorozenec promodralou kůži kolem úst a promodralé jsou i akrální části ruček a nožek. Po jejich zahřátí je kůže sytě červená. Záda a ramínka jsou pokryta lanugem. Povrch kůže je pokryt mázkem. Nehty jsou dlouhé a ostré. Prsní bradavky mají dostatečnou pigmentaci. Pupečník je přiměřeně silný a obsahuje jednu žílu a dvě tepny. Genitálie jsou plně vyvinuté, u děvčátek jsou malé stydké pysky kryty velkými a u chlapců jsou varlata sestouplá v šourku. Pohyby novorozence jsou symetrické a končetiny se nacházejí ve flexi (Sedlářová, 2008, s. 52).

Charakteristické pro novorozenecké období je výbavnost reflexů a to zvláště sacího, polykacího a hledacího. Hledací reflex můžeme vyvolat při dotyku tváře, sací pozorujeme při cucání pěstiček. Dalším reflexem je úchopový reflex, který můžeme vyvolat dotykovou stimulací dlaně. Reakce novorozence na úlek je tzv. Morův reflex, kdy dítě rozhodí horní končetiny, otevře pěstičky a následně je vrátí do původní polohy. Poslední je reflex Babinského, kdy při dráždění plosky nohy směrem od paty po zevní straně chodidla až pod prsty,

roztáhne novorozenec prsty dolní končetiny (Sedlářová a kol., 2008, s. 52 – 53; Fendrychová, 2009, s. 20)

3.2 Nezralý novorozenec

„ Jako nedonošený se označuje novorozenec, který je porozen před dokončeným 37. týdnem gravidity (tj. 36 týdnů + 6 dnů a méně).“ (Dort, 2011, s. 100) Předčasně narozené dítě je často označováno jako nezralý novorozenec. Nezralost dělíme podle délky trvání těhotenství a to na lehkou nezralost, kdy těhotenství trvalo 37 týdnů, střední nezralost (jestliže těhotenství trvalo 33. – 35. týdnů), těžkou nezralost (pokud těhotenství trvalo 28. – 32. týdnů) a extrémní nezralost – v takovém případě těhotenství skončilo ve 24. – 27. týdnu. Příčinou nezralosti bývá vícečetné těhotenství, špatný stav výživy matky, onemocnění matky jako např. choroby kardiovaskulárního systému, diabetes mellitus nebo infekční onemocnění. Těhotenství samo může vyvolat u matky hypertenzi nebo různé placentární odchylky (Leifer, 2004, s. 354; Zwinger, 2004, s. 492).

3.2.1 Charakteristické znaky nezralého novorozence

Nezralý novorozenec má kůži červenou s minimálním množstvím podkožního tuku, pokrytou chmýřím. Ušní boltce jsou měkké a mají nevyzrálou chrupavku. Rýhy na ploskách nohou a rukou jsou málo výrazné a u těžce nedonošených novorozenců mnohdy chybí. Nehty nedosahují konce prstů. Břišní stěna je ochablá. Můžeme na ní pozorovat viditelnou střevní peristaltiku. Prsní bradavky mnohdy chybí nebo jsou pouze naznačeny. U chlapců nejsou sestouplá varlata do šourku a u dívek velké pysky nepřekrývají malé (Klíma, 2003, s. 106; Borek, 2001, s. 46 – 47).

Plíce nezralého novorozence jsou nevyzrálé a nedostatek plicního surfaktantu může vést k syndromu dechové tísně a k chronickým následkům. Novorozenec je oběhově nestabilní. Zpomalení střevní pasáže a snížená produkce trávicích enzymů ukazuje na nezralost gastrointestinálního traktu vedoucí ke zhoršené toleranci stravy. Nezralost ledvin se projevuje vyššími ztrátami vody a solí. Nedostatek podkožního tuku vede ke ztrátám tepla nebo i k přehřátí. Kvůli nedostatečně vyvinutému imunitnímu systému je nezralý novorozenec ohrožen infekčními komplikacemi. Nezralost sítnice spolu s aplikací kyslíkové terapie může vést k rozvoji retinopatie. Nedonošený novorozenec je často ohrožen poškozením mozku – zejména komorovým krvácením a ischemií mozkových komor. Novorozenecká žloutenka trvá déle pro jaterní nezralost (Dort, 2011, s. 100 – 101; Klíma, 2003, s. 106-107).

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEZRALÉHO NOVOROZENCE

Po porodu je novorozenec vystaven zcela jiným vlivům, než jaké na něj působily během doby, kdy se nacházel uvnitř těla matky. Během intrauterinního vývoje měl plod optimální teplotní podmínky, relativně klidné prostředí a přísun všech potřebných látek. Umístění do inkubátoru znamená změnu těchto dosavadních podmínek. Nezralý novorozenec je často velmi citlivý na teplotní změny, hluk, prudké světlo a často je léčen metodami, které jsou pro něj nepříjemné a bolestivé. To vše může negativně ovlivnit vývoj a růst novorozence. Proto je důležité minimalizovat všechny stresové faktory a využít techniky, které přispějí k lepšímu vývoji nezralého novorozence a jeho růstu. Mezi tyto techniky řadíme například motýlí masáže, muzikoterapii, aromaterapii, klokákování (Dort, 2011, s. 109).

Plod má od 6. měsíce vyvinutý čich, chuť, hmat a vnímá svoji polohu. Techniky používané v ošetrovatelské péči pomáhají rozvíjet tyto smysly (Dort, 2011, s. 111).

4.1 Motýlí masáže

„Motýlí masáže jsou velmi jemné a lehké doteky, které pomáhají uvolňovat hlubší napětí.“ (Dokoupilová, 2009, s. 230)

Masáže jsou vhodné pro zralé novorozence, ale i pro předčasně narozené. Jemné doteky je uklidní a uvolní. Motýlí masáže zavedla rakouská pediatrička Eva Reich pracující v New Yorku. Svoje zkušenosti rozšířila po celém světě. Doktorka Reich věnovala zvláštní pozornost předčasně narozeným dětem pomocí něžného hlazení. Jemný dotek motýlích křídel jim pomáhal přežít, uvolňoval napětí, které vzniká traumatem předčasného příchodu na svět. *Motýlí masáže jsou „přírodní cestou léčení a hledání cesty matky či otce k děťátku“.* (Dokoupilová a kol., 2009, s. 230) Jemnými dotyky dochází při masáži k vytvoření citové vazby mezi rodiči a dítětem. Dítě má po traumatickém porodu vysokou hladinu stresových hormonů a jemnými dotyky matky se napětí postupně uvolní. Dítě potřebuje cítit matčinu sílu a důvěru. Doteky jsou významné nejen pro dítě, ale i pro matku. Předčasným porodem dochází k přerušení vnitřní komunikace. Dítě rychle přichází na svět a i po porodu je od matky odloučené, proto je důležité co nejdříve navázat znovu kontakt. Novorozenec nejen rozezná hlas matky a otce, ale také cítí, vnímá, vidí. Proto je důležitý blízký tělesný kontakt, aby mohly získávat přímou zkušenost (Dokoupilová, 2009, s. 230).

Nejen dítě, ale také matka prožívá trauma předčasného porodu. Motýlí masáže jí pomáhají získat sebedůvěru, zbavit se strachu dotýkat se tak malého dítěte a naučí se i lépe porozu-

mět potřebám svého potomka. Masáží se vytvoří pocit sounáležitosti a pomalu se odstraní trauma, které vzniklo předčasným porodem (Dokoupilová, 2009, s. 231).

Dítě se v inkubátoru ocitá samo a začne se uzavírat do klubička stejně, jako tomu bylo v děloze. Pomoci dítěti v této fázi znamená citlivě o něj pečovat. K tomuto účelu se využívá jemných a pomalých dotyků matky. Tím je saturována jeho potřeba kontaktu. Cítí, že je matka s ním a že není opuštěné. Dříve, než se vyvine zrak a sluch, je v 6. týdnu těhotenství vyvinutý hmat. V pokožce je umístěno velké množství hmatových receptorů. „*Receptory přijímají vzruchy, mozkové synapse se spojují a neurony se aktivují.*“ (Dokoupilová, 2009, s. 232). Dotyk je důležitý nejen pro navázání kontaktu s matkou, ale i pro růst, pocit pohody a získávání zkušeností okolního světa. Za pomoci výzkumů bylo zjištěno, že masáže mají pozitivní vliv na denní přírůstek váhy dítěte. Kromě toho byly děti, které se výzkumů účastnily, také aktivnější, vyrovnanější, méně plakaly a jejich spánek byl kvalitnější. (Dokoupilová, 2009, s. 232 – 233; Massaro, 2009, s. 135 – 164).

4.2 Muzikoterapie

Příjemná hudba v inkubátoru je důležitou součástí péče o předčasně narozené. Dítě tak nevnímá po celý den jen zvuky přístrojů. Zvuk vyvolá u člověka změny fyzické, psychické i emoční, díky vibracím pronikajícím naším tělem. Vhodná hudba může tak pomoci uzdravovat a pozitivně působit na vývoj dítěte (Dokoupilová, 2009, s. 243).

Dítě reaguje na vnější a vnitřní zvukové podněty od 7. měsíce prenatálního vývoje, kdy je sluch vyvinut. Proto má hudba vliv na dítě nejen po porodu, ale ještě mnohem dříve, než se narodí. Od 24. týdne začíná plod vnímat tlukot srdce své matky, její hlas a rozpozná i hlas svého otce. Všechny tyto zvuky obohacují dítě a mají účinek i po porodu (Dokoupilová, 2009, s. 243 – 244).

Muzikoterapie vytváří příjemnou a zklidňující atmosféru v inkubátoru, ale i později se stává součástí motýlích masáží (Dokoupilová, 2009, s. 244 – 245).

4.3 Aromaterapie

Součástí masáží jsou panenské rostlinné oleje lisované za studena. Důležité je užívat oleje certifikované, bez příměsí dalších chemických a konzervačních látek. Masážní oleje podporují lepší prokrvení kůže, uvolňují napětí a ztuhlé svaly. Kromě jiného působí hojivě, regenerativně a mají i ochrannou funkci kůže (Dokoupilová, 2009, s. 245 – 248).

4.4 Klokánkování

Další metoda přispívající k lepšímu vývoji nezralého novorozence je klokánkování. Je to zároveň jedna z metod bazální stimulace, kterou vyzkoušel jihoamerický lékař Edgar Rey Sanabrie. Ve zdejší nemocnici měli velice špatné podmínky a proto často nezralé děti umíraly. Rozhodl se nechat děti dovyvinout na těle matky. Tento způsob péče měl pozitivní vliv na snížení nemocnosti a mortality nezralých novorozenců. Máme dva způsoby a to klokánkování kontinuální, které se provádí 24 hodinovým sezením a to 7 dní v týdnu. Používá se spíše v zemích pro snížení nákladů a také u dětí, které jsou již adaptované na extrauterinní svět a jsou schopné sát a polykat. Druhým způsobem je přerušované kolánkování, které je spíše využíváno v rozvinutějších zemích a to i v České republice. Provádí se jednu a více hodin denně. Jestliže je to možné, optimální jsou dvě hodiny. Má to pozitivní vliv na zvýšení tvorby mléka (Magurová, 2009, s. 40 – 42; Sikorová, 2011, s. 230 – 231; Suszková, 2012, s. 44).

Kangaroo metoda se používá u nezralých novorozenců jakmile dojde ke stabilizaci jejich zdravotního stavu. „*Obvykle se začíná v období, které odpovídá 31. týdnu gestace a pokračuje se až do doby předpokládaného porodu.*“ (Mlčoušková, 2014, s. 47)

„*Kangaroo Care je metodou kontaktu skin-to-skin aneb kůže na kůži umožňující vznik pevného pouta mezi rodiči a dětmi, a to již od samotného narození. Klokání péči můžeme přitom definovat jako dostupnou a biologickou přirozenou metodu péče sestávající se ze tří komponentů – z kontaktu kůže (skin-to-skin), výhradní kojení, podpora dvojice matka – dítě.*“ (Magurová, 2009, s.40)

Byla provedena řada studií, které dokazují, že kangaroo metoda má pozitivní vliv na navázání lepšího vztahu mezi matkou a dítětem, stimulaci prsních bradavek a lepší tvorbu mateřského mléka. Dále pomáhá nezralému dítěti zlepšit dýchání, zajistit správnou termoregulaci, podporuje delší a klidnější spánek, zvýšit váhový přírůstek, celkovou stabilizaci a aktivizaci CNS. Maminka předčasným porodem ztrácí pocit jistoty, sebedůvěry. Tato metoda jí pomáhá získat zpět svoje sebevědomí a zbavit se pocitu, že selhala. Zároveň zapojuje metoda klokánkování matku do péče o své dítě a jejich rozdělení po porodu je tak zmírňováno častějším přímým kontaktem mezi matkou a dítětem (Borek, 2001, s. 269 – 270; Magurová, 2009, s. 40 – 42; Sikorová, 2011, s. 237; Sikorová, 2012, s. 44).

5 VYUŽITÍ BAZÁLNÍ STIMULACE V PÉČI O NEZRALÉHO NOVOROZENCE

Za zakladatele konceptu bazální stimulace je považován prof. dr. Andreas Fröhlich, který byl speciálním pedagogem. Od 70. let pracoval v Rehabilitačním centru v Landstuhl v Německu s těžce psychicky i duševně postiženými dětmi. Verbální komunikace těchto dětí byla velmi omezená, proto prof. dr. Fröhlich využíval hlavně sensorickou komunikaci. Kontakt s nimi navázal na úrovni somatické, vestibulární a vibrační. Dobré výsledky a rozvoj schopností u postižených dětí byly impulsem pro další odborníky, aby se začali zabývat tímto konceptem. Díky této podpoře se stal koncept bazální stimulace uznávaným a získal ochrannou známku. Prostřednictvím vyškolených lektorů je zaškolován ošetřující personál, který uvádí tento koncept do praxe (Friedlová, 2007, s. 5 – 6).

Dalším, kdo se zabýval konceptem bazální stimulace, byla zdravotní sestra prof. Christel Bienstein. V 80. letech prof. Christel Bienstein společně s prof. Fröhlichem přizpůsobila tento koncept i pro ošetrovatelskou péči. Zařadila jej nejen do péče o dlouhodobě nemocné, ale i do intenzivní péče. Výzkumy prof. Bienstein zaměřené na změny lidského vnímání vedly zařazení konceptu do geriatrické, neonatologické, psychiatrické a paliativní péče. Společně s profesorem Fröhlichem přispěla k zařazení konceptu do ošetrovatelské péče, vypracovala systém vzdělávání lektorů a průvodce praxí konceptu bazální stimulace (Friedlová, 2007, s. 13 – 14; Institut bazální stimulace).

S konceptem bazální stimulace naši veřejnost poprvé seznámila PhDr. Karolína Friedlová v roce 2000 prostřednictvím článku v časopise Sestra a multioborové ošetrovatelské konference uskutečněné v Olomouci. Koncept byl zařazen v roce 2004 do výuky na středních zdravotnických školách pro obor vzdělávání Zdravotnický asistent. Je zohledněn ve Vyhlášce MZČR ve Sbírce zákonů č. 424/2004; §4, odstavec h o stanovení činnosti všeobecné sestry. PhDr. Karolína Friedlová založila v říjnu 2005 Institut Bazální stimulace a současně zde v listopadu proběhla první národní konference bazální stimulace za přítomnosti prof. Christel Bienstein. Nyní v České republice pracují s konceptem mnohá zdravotnická a sociální zařízení a agentury domácí péče. Prvky konceptu bazální stimulace se dají uplatnit v různých oborech a mimo jiné i v neonatologii. Předčasně narozené dítě je ochuzené o stimuly, které by mělo v intrauterinním prostředí. Proto je důležité zajistit takovou ošetrovatelskou péči, která mu nahradí prostředí, které musel předčasně opustit (Friedlová, 2007, s. 16 – 17; Friedlová, 2012, s. 43).

5.1 Charakteristika konceptu bazální stimulace

Koncept bazální stimulace je zaměřen na základní lidské vnímání, které se uskutečňuje prostřednictvím smyslů. Ty se vyvíjí již v embryonálním období. Prostřednictvím smyslů vnímáme sami sebe, okolní svět, naučili jsme se pohybovat a komunikovat. Vše se navzájem ovlivňuje. „*Koncept bazální stimulace podporuje percepci, lokomoci a komunikaci.*“ (Friedlová, 2007, s. 19) Cílem je stimulace těchto smyslových orgánů a využití lidského mozku, který si uchovává vzpomínky. Díky této schopnosti mozku, můžeme znovu obnovit vnímání, komunikaci a pohyb, kterou již člověk znal. Vnímání se vyvíjí již v 9. týdnu těhotenství a to ve třech základních oblastech, vibrační, somatické a vestibulární. Pomocí vibrační plod vnímá, například hlas matky, tlukot jejího srdce, střevní peristaltiku. Somatické vnímání umožňuje plodu vnímat vše, co jej v děloze obklopuje. A prostřednictvím vestibulárního vnímání je plod schopný rozeznat polohu svého těla a i tělesnou polohu matky. U nezralého novorozence, u kterého nebyly využívány prvky konceptu bazální stimulace a také neměl možnost přímého kontaktu s matkou, se mohou vytvořit chybné vzorce chování. Tyto děti častěji pláčou, jsou podrážděnější, mají trhavé pohyby a nekvalitní spánek (Friedlová, 2007, s. 19; Friedlová, 2008, s. 3; Sodomková, 2013, s. 26).

Koncept bazální stimulace používá jiné termíny v rámci ošetrovatelské péče. V ošetrovatelské dokumentaci se nejčastěji používá ošetrovatelská intervence, která je v konceptu bazální stimulace nahrazena ošetrovatelskou nabídkou. Cílem je rozpoznat pacientovy potřeby a uspokojit je. Poruchy vnímání a hybnosti jsou zde nahrazeny změnami vnímání a hybnosti (Friedlová, 2007, s. 11 – 12).

Pro realizaci konceptu není nutné mít finančně náročné pomůcky nebo přístroje, ale vyškolený a spolupracující zdravotnický personál. Velice důležité je i zapojení příbuzných do péče. Pak už jen stačí porozumět pacientovým potřebám, jeho stylu komunikace a dát pacientovi možnost pro další rozvíjení se. Koncept se neustále vyvíjí, není uzavřený. Přizpůsobuje se aktuálním potřebám a stavu nemocného (Friedlová, 2007, s. 43; Friedlová, 2007, s. 12 – 13).

Ke stimulaci se využívají techniky základních a nastavbových prvků konceptu bazální stimulace. Základními prvky jsou somatická, vestibulární a vibrační stimulace. Nastavbovými prvky jsou optické, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně-haptické stimulace (Friedlová, 2008, s. 5).

5.1.1 Stimulace vnímání

Podle Frölicha se v prenatalní fázi nejdříve vyvíjí somatické vnímání informující nás o našem těle. Postupně začneme vnímat chvění, to je označováno jako vnímání vibrační. A nakonec se vyvíjí vnímání vestibulární, díky, kterému si uvědomujeme změnu polohy a postavení těla (Friedlová, 2007, s. 19).

Vnímání somatické, vibrační a vestibulární vytvářejí společně u člověka pocit jistoty. Karolína Friedlová uvádí příklad plačícího dítěte, které se uklidní, jakmile ho matka vezme do náručí a začne ho konejšit. Prostřednictvím tělesného kontaktu s matkou, mluvením na dítě, pohupováním a mírným poklepáváním na záda získá plačící dítě pocit jistoty a dojde ke zklidnění (Friedlová, 2007, s. 20).

Již od konce druhého měsíce prenatalního vývoje je plod schopný reagovat na dotyk a je prokázána aktivita mozku. Současně s vnímáním se vyvíjí i pohyb. Od 16. týdne těhotenství je plod schopný měnit polohu v děloze matky. Plod rozpozná jemné vibrace, které se vytváří pomocí zvuku. A to nejen zvuky, které přicházejí z venku, ale i zvuky vytvářející se v těle matky. Dalšími jsou dotykové, optické, sluchové a chuťové podněty, na které plod reaguje od 28. týdne těhotenství. Sluchové vnímání, hmat a úchop se vyvíjí v posledním trimestru těhotenství. Smyslové orgány, které se vyvíjejí během prenatalního vývoje, umožňují novorozenci sebepoznání a rozpoznání okolního světa. „*Základní myšlenkou konceptu bazální stimulace je pochopení propojení mezi tělem a duševnem. Úzké propojení vnímání pohybu s prožitkem v základní (bazální) rovině odráží zkušenosti z prenatalní vývojové psychologie.*“ (Friedlová, 2007, s. 21)

Změnu zevního a vnitřního prostředí organismu nazýváme podnět či stimul. Podněty jsou důležité pro správný vývoj dítěte po narození. Jestliže nemá dítě k dispozici dostatek podnětů ze svého okolí, dochází ke změnám v intelektu. Působením podnětů dochází ke stimulaci již vytvořených paměťových stop v prenatalním období. Díky této zkušenosti může dítě znovu aktivovat vnímání sebe samotného a navázat kontakt s okolním světem. Cílem konceptu bazální stimulace je podpořit vnímání vlastního těla, rozvíjet vlastní identitu, vnímat okolní svět a navázat s ním kontakt, umět se orientovat v prostoru a čase, umožnit lepší funkci organismu (Friedlová, 2007, s. 21 – 24).

5.1.2 Stimulace hybnosti

Pohyb je důležitou součástí každodenního života. Je významný pro chůzi, udržení pozice těla, k přijímání potravy, k dýchání, ale také je velmi úzce propojen s komunikací. V prenatálním období můžeme pozorovat v 9. týdnu těhotenství jak si plod dává do úst zárodek palce, od 12. týdne pohybuje končetinami, ústy a hlavičkou (Friedlová, 2007, s. 25). „*Pohybu předchází myšlenka na pohyb, a proto od sebe nelze oddělit vnímání a pohyb.*“ (Friedlová, 2007, s. 25)

Děti hospitalizované na jednotce intenzivní péče jsou neustále monitorovány, jsou jim aplikovány infuzní roztoky, často jsou napojené i na umělou plicní ventilaci a to je omezuje při pohybu. Podle profesora Fröhliche vede nedostatek pohybu k podnětové deprivaci. Děti pak nemohou vnímat své tělo a dostatečně poznávat své okolí. Proto jsou omezeni v učení pohybu a doteku, což má za následek strádání v oblasti sociální (Sedlářová, 2008, s. 133 – 134).

5.1.3 Podpora komunikace

Člověk komunikuje vědomě. Komunikace vytváří a udržuje mezilidské vztahy. Můžeme komunikovat prostřednictvím verbální komunikace či neverbální komunikace. U verbální komunikace používáme slova a u neverbální využíváme mimiky, gest, postoje, zraku a tělesného kontaktu. Koncept bazální stimulace nejvíce využívá tělesného kontaktu (Friedlová, 2007, 29 – 32).

Smyslové orgány přijímají a zpracovávají podněty z prostředí, které nás obklopuje. Zároveň jsou komunikačním kanálem využívaným při komunikaci. Koncept bazální stimulace využívá těchto komunikačních kanálů podle stavu a schopností člověka. A to především somatického, vestibulárního, vibračního, auditivního, optického, olfaktorického a taktilně-haptického. Terapeut by měl umět vhodně zvolit, dle mentálního a somatického stavu klienta, vhodné prvky komunikačního kanálu. Rozpoznat pacientovy reakce na daný typ komunikace a následně na ně vhodně reagovat. Komunikace mezi pacientem a terapeutem by se měla stát prostředníkem k získání důvěry k pacientovi a ke sdělování informací. Ke komunikaci využíváme prostředky, abychom mohli něco sdělit svému okolí – těmi jsou změny polohy těla, vůně, chutě, doteky a mnoho dalších podnětů působících na smyslové orgány. Dotek je jedním z hlavních prvků komunikace využívaný v konceptu bazální stimulace. Doteky komunikujeme s okolím, ale také získáváme signály z vnějšího prostředí (Friedlová, 2007, s. 32 – 36).

Terapeut musí mít dostatečné znalosti v komunikaci s lidmi, kteří mají postižené vědomí nebo možnost se vyjádřit, ať částečně či úplně. Musí mít cit, aby rozeznal i minimální reakci pacienta a mohl na ni reagovat. Pacient nám dává najevo příjemné i nepříjemné pocity. Příjemné pocity může vyjádřit úsměvem, klidným dýcháním, uvolněním svalového tonu nebo pohybů, otvíráním očí, úst. Nepříjemné pocity mnohdy dává najevo pláčem, křikem, naříkáním, zrychleným dýcháním, stažením se do sebe, křečovitým držením těla (Friedlová, 2008, s. 10).

5.2 Techniky konceptu

Postupnou stimulací smyslových orgánů a hybnosti podle konceptu bazální stimulace dochází ke vzniku nových dendritických drah v mozku. K provedení kvalitní stimulace je důležité odebrat správně autobiografickou anamnézu, stanovit reálné cíle, sestavit individuální ošetrovatelský plán a průběžně hodnotit reakci klienta na danou stimulaci. Biografické údaje klienta jsou důležitou součástí ošetrovatelského procesu. Dobře sesbírané biografické údaje nám pomohou sestavit intervence pro zajištění individuální péče. Cílem biografické anamnézy je porozumět pacientovi a poznat jeho chování, potřeby (Friedlová, 2007, s. 24; Friedlová, 2008, s. 16).

U nezralých novorozenců vychází biografické údaje z prenatálního období. Z návyků, zkušeností a zážitků plodu. Dítě zná hlas své matky a dalších lidí, kteří jej obklopovali. Ke stimulaci sluchové se využívají například různé nahrávky hlasu matky nebo i hudby, kterou matka poslouchala. (Friedlová, 2012, s. 44)

Pro získání a vyhodnocení biografických údajů je důležité, aby ošetřující personál uměl komunikovat, byl empatický, trpělivý, dovedl naslouchat, byl schopný porozumět nonverbální komunikaci, zapojil do péče o klienta příbuzné, a v neposlední řadě multioborová spolupráce celého ošetrovatelského týmu (Friedlová, 2008, s. 16).

K získání biografických údajů je potřeba se dobře připravit. Zvolit vhodné prostředí a připravit jej k sesbírání údajů. Mít dostatek času a trpělivosti při rozhovoru. Otázky připravené k životní biografii by neměly být vtíravé a nemělo by jich být příliš mnoho. Ošetřující by měl umět naslouchat vyprávějícímu a vážít si toho, že jej seznámí se svým životem. Neměl by hodnotit biografické údaje, které mu byly sděleny (Friedlová, 2008, s. 17).

Jestliže je biografická anamnéza správně odebrána, jsou stanovené cíle a sestavený individuální plán, je důležité promyslet správnou dobu pro uskutečnění ošetrovatelských aktivit.

Ošetřovatelské aktivity by měly být naplánované tak, aby nebyly přerušovány a určité stimuly byly prováděny ve správnou dobu. Je důležité také brát na zřetel denní rytmus pacienta, aby byl odpočatý a schopný vnímat podněty. Stimulace by neměly trvat déle než 20 minut, aby se klient soustředil a mohl přijímat podněty. Dobře provedená stimulace by měla být pro klienta zážitkem a ne zátěží. Všechny reakce pacienta na stimuly, změna stavu vědomí, zlepšení komunikace s okolím či pohyblivost by měly být zapsány do dokumentace. Dokumentace nám umožní lepší koordinování a plánování ošetřovatelské péče (Friedlová, 2007, s. 47 – 48).

5.3 Prvky konceptu bazální stimulace využívané v neonatologii

5.3.1 Somatická stimulace

V 8. týdnu prenatálního vývoje plod začíná vnímat podráždění na povrchu těla. Prostřednictvím somatické stimulace získáváme informace o našem těle, vnímáme tělesný obraz a své okolí. Profesor Andreas Fröhlich společně s psychologkou Urschulou Haupt sestavil sedm oblastí vývoje osobnosti člověka. Základem je zkušenost s vlastním tělem, ze které vychází motorika, kognice, komunikace, vnímání, emoce a sociální zkušenost. Všechny tyto oblasti jsou vzájemně propojené a jedna bez druhé nemůže být (Friedlová, 2007, s. 63 – 65).

Koncept bazální stimulace nám nabízí různé možnosti, jak podpořit vnímání. Somatickou stimulaci můžeme provádět během celkové koupele, při polohování za použití polohovacích pomůcek vyrobených z různých materiálů. Pro podporu vnímání se využívá nejvíce doteků. Ty by měly být zřetelné a cílené, aby zajistily u pacienta pocit jistoty. Ruce jsou důležitým nástrojem při poskytování informací mezi ošetřujícím a pacientem. Doteky nám také umožňují vybavit si vzpomínky. Důležité je, aby si ošetřující všiml reakcí na jeho doteky. Ty by měly být pro pacienta příjemné. Pro lepší somatickou stimulaci lze využít žínku, froté ponožky nebo ručník. Těmito materiály můžeme stimulovat větší část povrchu těla. Pacient si tak uvědomí povrch vlastního těla, velikost a jeho hranice. Během stimulace je důležité, aby nedošlo k přerušení kontaktu. Mohlo by to u pacienta vyvolat pocit nejistoty a strachu. Somatickou stimulaci můžeme provádět během celkové koupele. Nesmíme zapomínat na stav pacienta a danou chvíli. Je důležité vždy vyhodnotit situaci, abychom použili vhodnou techniku koupele. U nezralých novorozenců se nejvíce využívají zklidňu-

jící somatické stimulace a to prostřednictvím koupelí nebo baby masáží (Friedlová, 2007, s. 23 – 25; Friedlová, 2012, s. 44).

5.3.1.1 Iniciální dotek

Iniciální dotek je cílený dotek. Informuje dítě o začátku a konci ošetrovatelské péče a přítomnosti ošetřujícího personálu. U dětí je nejčastějším místem iniciálního doteku hlavička (viz. příloha I), pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. Dotek musí být přiměřený a jasný se slovním doprovodem. Do iniciálního doteku je zapojen nejen celý zdravotnický tým, ale i rodina. Místo iniciálního doteku musí být zapsáno do dokumentace a umístěné na viditelné místo nad inkubátorem nebo postýlkou dítěte (Friedlová, 2007, s. 73 – 74; Friedlová, 2012, s. 44).

5.3.1.2 Somatická stimulace zklidňující

Pro somatickou stimulaci u nezralých novorozenců se nejčastěji využívá zklidňující koupel. Můžeme ji provádět kdykoli během dne za využití různých stimulačních prostředků. Cílem somatické stimulace je podpořit vnímání schématu vlastního těla, uvolnit tělesné napětí, zklidnit a navázat komunikaci. Koncept bazální stimulace klade důraz, aby stimulace byla prováděna na obou stranách těla. Aby tak dítě vnímalo symetrii svého těla a tělesnou osu (Friedlová, 2007, s. 76; Friedlová, 2012, s. 44).

U nezralých novorozenců se koupel nejčastěji provádí v koupacím kyblíku nebo misce. Tvar koupacího kyblíku připomíná dítěti intrauterinní prostředí a zároveň mu umožňuje vnímat hranice svého těla. Ke koupeli si dále připravíme vodu o teplotě 37 – 40 °C, žínky nebo froté ponožky, ručníky a vhodnou kosmetiku. Důležité je, aby byl materiál jemný, příjemný a nedráždil pokožku. O koupání informujeme dítě iniciálním dotekem na hlavičce a zároveň ji doprovázíme slovem. Jestliže to stav dítěte dovoluje, začínáme koupel na hlavičce a postupujeme směrem dolů. Od hlavičky postupujeme na hrudník. Oběma rukama postupujeme od středu hrudníku směrem do stran trupu. Hranici hrudníku zvýrazníme mírným tlakem. Horní končetiny stimulujeme od paže směrem dolů k jednotlivým prstům. U dolních končetin postupujeme od pánve směrem dolů. Záda stimulujeme od páteře k zevní straně trupu. Proto, abychom podpořili informaci o tělesné formě a zklidnili dítě, budeme provádět pohyby žínkou ve směru chloupků na těle. Dítě umýváme vždy oběma rukama současně a nepřerušujeme kontakt. Při koupeli musíme sledovat každou reakci dítěte, nesmíme jej přetěžovat a musíme flexibilně reagovat na každou změnu. Koupel mů-

že být zakončena relaxací v koupacím kyblíku. Dítě osušujeme opět ve směru chlupů, stejně jako jsme prováděli koupel, stejným způsobem budeme ošetřovat pokožku olejíčkem. Důležitá je i příprava místnosti, kde vše probíhá. Měla by zde vládnout klidná atmosféra a mít vhodnou teplotu. Pokud je to možné, měl by dítě umývat pouze jeden ošetřující. Během koupání neodcházíme a nekomunikujeme s třetí osobou. Do somatické stimulace můžeme zapojit i matku dítěte. Tím podpoříme stimulaci paměťových stop z prenatálního období, protože dítě zná doteky, hlas své matky (Friedlová, 2007, s. 76 – 81; Sedlářová, 2008, s. 133 – 135; Friedlová, 2012, s. 44).

5.3.1.3 Somatická stimulace povzbuzující

Další technikou je somatická stimulace povzbuzující, která se může využít při koupání dítěte nebo v průběhu dne při ošetřovatelské péči. Při povzbuzující koupeli se používá teplota nižší než je teplota těla a to 23 – 28 °C. Tato koupel se uplatňuje především u dětí s hypotonií (se sníženým svalovým napětím). Cílem somatické povzbuzující stimulace je nejen vnímání vlastního těla, ale i zvýšit pozornost, svalový tonus, srdeční frekvenci a krevní tlak. Nesmíme ji užívat u dětí neklidných a s krvácením do mozku (Friedlová, 2007, s. 81 – 82).

Při povzbuzující koupeli či masáži postupujeme stejně jako u zklidňující stimulaci. Připravíme klidné prostředí, s vhodnou teplotou a zajistíme všechny pomůcky. Opět začneme iniciálním dotekem na hlavičce a náš postup slovně doprovázíme. U povzbuzující stimulace se mění směr vedení rukou a to v protisměru růstu chlupů. Pokud to stav dovolí, začínáme na obličeji dítěte, postupujeme na hrudník, zde opět začínáme v opačném směru než u zklidňující masáže. Rukama začínáme na stranách trupu a společně se sejdeme v centru hrudníku. Pokračujeme od konečků jednotlivých prstů směrem k rameni. Na zádech postupujeme oběma rukama od trupu směrem k páteři. Po koupeli opět osušíme dítě ručníkem v protisměru chlupů. Zásady ošetřovatelské péče jsou stejné jako u zklidňující masáže (Friedlová, 2007, 82 – 83).

5.3.1.4 Rozvíjející stimulace

Rozvíjející stimulace se uplatňuje především u nezralých novorozenců, kdy ještě není vyvinuté vnímání tělesného schématu. Cílem stimulace je zdůraznění středu těla a její symetrie. Soustředíme se na střed těla, protože zde dochází u dítěte ke vnímání svého těla. Realizuje se prostřednictvím koupele (Friedlová, 2007, s. 88).

5.3.1.5 Polohování

Polohování má velký význam pro zachování vnímání vlastního těla. Při nedostatku pohybu dochází ke ztrátě vnímání vlastního těla, neschopnosti vnímat hranice svého těla, ztrátám identity a k neklidu. Rozlišujeme dvě techniky polohování a to poloha „hnízdo“ a poloha „mumie“. U předčasně narozených dětí se nejvíce využívá poloha „hnízdečko“. Dítě v inkubátoru uložíme do polohy na zádech na perličkový polštář (viz. příloha II). Ruce dítěte uložíme podél těla. Poté dítě můžeme přikrýt. K polohování se dají také využít bavlněné pleny, ručníky nebo měkké hračky. Polohování lze aplikovat u dětí v poloze na zádech, na boku nebo na břiše. Pro nezralé novorozence byly pro polohu „hnízdečko“ vyrobeny speciální lůžka připomínající tvar dělohy takzvané „pelíšky“. Jsou vyrobené z příjemného materiálu a jejich součástí jsou různé pásky, ruce, do kterých se dítě zabalí. Nezralý novorozenec tak získá pocit bezpečí, které měl v děloze a zároveň dochází ke stimulaci. Cílem polohy „hnízdečko“ je zajistit dítěti orientaci na svém těle a okolí, uvolnit napětí a vnímat tělesný obraz. Zároveň tato poloha u předčasně narozených dětí napodobuje tlak děložní stěny z prenatálního období. Poloha „mumie“ se používá u dětí, jejichž matky byly závislé na alkoholu či drogách. K polohování se využívá rychle zavínaváček nebo látkových plen, do kterých dítě zabalíme a ruce mu dáme na hrudník. Můžeme polohu „mumie“ kombinovat i s polohou „hnízdo“ (Friedlová, 2007, s. 91 – 101; Friedlová, 2012, s. 44; Sodomková, 2013, s. 25).

5.3.1.6 Masáž stimulující dýchání (MSD), kontaktní dýchání

Dýchání je základní lidská potřeba, která nás informuje o tělesné a psychické pohodě dítěte. U nezralých novorozenců se může provést kontaktní dýchání i masáž stimulující dýchání prostřednictvím klokánkování. Cílem masáže je zajistit u dítěte klidné a pravidelné dýchání. Kontaktní dýchání se provádí při klokánkování, kdy si rodič položí na svůj hrudník hrudník dítěte a společně v pravidelném rytmu dýchají. V tu chvíli si dítě intenzivněji uvědomuje sebe samotného, je v přímém kontaktu s matkou, podporuje se vnímání a čichové, hlasové podněty (Friedlová, 2007, s. 102 – 104; Friedlová, 2012, s. 44).

5.3.1.7 Vestibulární stimulace

Koncept bazální stimulace prostřednictvím vestibulární stimulace podporuje vnímání polohy těla, snižuje svalové napětí a připraví tělo na pohyb. U nezralých novorozenců se tak děje prostřednictvím klokánkování, kdy hrudník matky se pohybuje v závislosti na jejím

nádechu a výdechu. Další možností vestibulární stimulace jsou houpací pohyby (viz. příloha III). Matka si položí dítě v inkubátoru na dlaně a mírnými pohyby rukou dítě pohupuje (Friedlová, 2007, s. 105 – 106; Friedlová, 2008, s. 26; Friedlová, 2012, s. 44).

5.3.1.8 Vibrační stimulace

Plod je koncem 8. týdne v prenatální fázi schopný rozpoznat vibrace, chvění děložní stěny a to díky hlasu matky, který plod vnímá jako vlnění plodové vody. Také v těle matky rozlišuje další vibrace jako je pulzování srdce, aorty nebo žaludeční a střevní peristaltika (Friedlová, 2007, s. 63).

Nezralému novorozenci slouží vibrační stimulace jako příprava ke vnímání pohybu a později vertikalizaci. U nedonošených dětí se provádí pomocí klokánkování, jestliže matka současně mluví, chvěje se její hrudník (Friedlová, 2007, 107–108; Friedlová, 2012, s. 44).

5.3.1.9 Optická stimulace

Optická stimulace umožňuje poznávat okolní svět, lidi, předměty, dává pocit jistoty a možnost učit se. Dítě po narození vnímá světlo a tmu, své okolí ve vzdálenosti do dvou metrů, jasné obrysy předmětů, základní barvy. Postupně se začínou vyvíjet další schopnosti, proto musíme v péči o dítě zachovat jednotlivé vývojové stupně a tomu uzpůsobit i ošetrovatelskou péči. Aby se novorozenec naučil rozeznat den a noc, využívá se speciální látky, kterou se kryje inkubátor při spánku dítěte a zároveň má i odhlučňovací funkci. Dále se dbá, aby nebyly stále zapnuté zářivky v místnosti a to zvláště v noci. Zároveň se klade důraz na to, aby všechny textilní pomůcky v inkubátoru byly sladěné do základních barev a tím podporovaly optickou stimulaci. Například speciální „pelíšky“ jsou vyrobené z příjemného materiálu, ale také jsou i v různých barevných škálách (Friedlová, 2008, s. 4 -7; Sodomková, 2013, s. 26).

5.3.1.10 Auditivní stimulace

Sluchové podněty jsou velmi důležité pro komunikaci, v navázání vztahů, v rozvoji myšlení, pro získání slovní zásoby, dobrou orientaci a také pro upevnění pocitu jistoty. K auditivní stimulaci se využívá různých prostředků. U nezralých novorozenců se nejvíce používá hlas matky, otce či sourozence. Jestliže nemohou být rodiče přítomni, může se použít nahrávek jejich hlasu a pouštět je do inkubátoru. Další možností je poslech hudby, kterou matka poslouchala během těhotenství. Vždy musíme sledovat reakci dítěte a následně reagovat (Friedlová, 2007, s. 114 – 116; Friedlová, 2012, s. 44).

5.3.1.11 Orální stimulace

Orální stimulace u nezralých novorozenců patří k nejvíce užívaným stimulacím. Už od 9. týdne prenatalního vývoje si plod cucá zárodek svého palce. Ústa jsou tak plně aktivní. Po narození slouží k příjmu potravy, rozeznávání chutí a vůní, ke komunikaci a k poznávání nových předmětů. Cílem orální stimulace je zachování sacího i polykacího reflexu. Nejdříve se provádí somatická stimulace obličeje za účelem posílení svalového tonu dutiny ústní. Poté se pokračuje ve stimulaci dutiny ústní. K tomu se využívá saviček namočených v mateřském nebo umělém mléce. Zároveň tím stimulujeme i chuť dítěte (Friedlová, 2007, s. 117 – 124; Friedlová, 2012, s. 44).

5.3.1.12 Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy evokují i u nezralého novorozence vzpomínky. Pro olfaktorickou stimulaci u nezralých novorozenců je možné využít tampónů namočených v mateřském mléce nebo tampóny nasáklé potem matky, které umístíme do inkubátoru (Friedlová, 2008, s. 14; Friedlová, 2012, s. 44).

5.3.1.13 Taktilně - haptická stimulace

Taktilně-haptická stimulace je zaměřená na vnímání doteků, tlaku, teplotních změn a vibrací. U nezralých novorozenců se provádí prostřednictvím doteků matky. Dále je dítě v inkubátoru obklopeno materiály, které jsou na dotek příjemné. Jako například neobed ruce (Friedlová, 2007, s. 127 – 130).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 PRAKTICKÁ ČÁST

6.1 Formulace problému

Klokánkování je jedna z metod, která se využívá v konceptu bazální stimulace pro somatickou, vestibulární a vibrační stimulaci. Byla provedena řada zahraničních studií a první pilotní studie byla provedena i v České republice v roce 2012 ve Fakultní nemocnici Ostrava. Výsledky studie prokázaly pozitivní vliv na nezralé novorozence při vzestupu tělesné teploty, zvýšeného zájmu o potřeby novorozence a k posílení vztahu mezi matkou a dítětem. (Sikorová, 2012, s. 497)

Vzhledem k tomu, že dosud nebyl realizován průzkum v souvislosti s využitím prvků konceptu bazální stimulace u nezralých novorozenců se tato problematika stala klíčovým prvkem průzkumného šetření v této bakalářské práci.

6.2 Cíle průzkumu

Hlavním cílem průzkumu je zjistit, zda se koncept bazální stimulace využívá u nezralých novorozenců na JIRPN a IMP.

6.2.1 Dílčí cíle

Cíl 1: Které prvky bazální stimulace se nejvíce využívají v péči o nezralé novorozence (dětské sestry/ matky nezralých novorozenců).

Cíl 2: Které techniky a metody se využívají pro aplikaci bazální stimulace (dětské sestry/ matky nezralých novorozenců).

Cíl 3: Zda může využívání prvků konceptu bazální stimulace ovlivnit vývoj nezralého novorozence a ve kterých oblastech (dětské sestry/ matky nezralých novorozenců).

6.3 Charakteristika souboru

Dotazníkové šetření probíhalo u dvou výzkumných souborů. První výzkumný soubor tvořily dětské sestry pracující na JIRPN, JIP a IMP Fakultní nemocnice Brno (pracoviště Obilní trh, Jihlavská a Černopolní) a Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Zlín. Bylo rozdáno 90 dotazníků, vráceno bylo 77 dotazníků. Návratnost činila 85,6%. Ve FN Brno bylo rozdáno 60 dotazníků, vráceno bylo 50 dotazníků. V KNTB, a. s., Zlín bylo rozdáno 30 dotazníků, vráceno 27 dotazníků. Průměrný věk dětských sester byl 39,92 let.

Druhý výzkumný soubor tvořily matky nezralých novorozenců ve Fakultní nemocnici Brno (Obilní trh, Jihlavská a Černopolní), v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., Zlín a členové a příznivci občanského sdružení Nedoklubko. Ve FN Brno bylo rozdáno 40 dotazníků, návratnost 21 dotazníků (52,5 %). V KNTB, a. s., Zlín bylo rozdáno 15 dotazníků, návratnost 10 dotazníků (66,7 %). Příznivci a členové občanského sdružení Nedoklubko vyplnili elektronický dotazník. Celkem vyplnilo elektronický dotazník 166 matek nezralých novorozenců. Průměrný věk matek nezralých novorozenců byl 31,46 let.

Výběr výzkumného souboru byl záměrný, kritérium výběru byly matky nezralých novorozenců hospitalizovaných na JIRPN a IMP. Pro výzkum do skupiny zdravotníků byly vybrány dětské sestry pracující na JIRPN a IMP. Dalším kritériem výběru byl souhlas matek a dětských sester podílet se na šetření.

6.4 Metoda sběru dat

Průzkumné šetření se uskutečnilo formou kvantitativního výzkumu, a to prostřednictvím dotazníkového šetření. Použit byl nestandardizovaný dotazník. Byly vytvořeny dva typy dotazníků, které byly určeny pro dva výzkumné soubory a to pro dětské sestry a matky nezralých novorozenců. Dotazník pro dětské sestry obsahoval 19 otázek a pro matky nezralých novorozenců obsahoval 17 otázek. Dotazník pro dětské sestry obsahoval 3 otevřené otázky a 16 uzavřených otázek s volbou jedné možné odpovědi (13 otázek) a s volbou více možných odpovědí (3 otázky). Dotazník pro matky nezralých novorozenců obsahoval 7 otevřených otázek a 10 uzavřených otázek s volbou jedné možné odpovědi (6 otázek) a s volbou více možných odpovědí (4 otázky). Otázky pro dětské sestry (viz. příloha VI) byly soustředěny na znalost konceptu bazální stimulace a aplikaci u nezralých novorozenců. Otázky pro matky nezralých novorozenců (viz. příloha VII) byly zaměřeny na zapojování matek do ošetrovatelské péče o nezralé novorozence a na zjištění účinku konceptu bazální stimulace na zlepšení celkového stavu nezralých novorozenců.

6.5 Organizace průzkumu

Průzkumové šetření probíhalo ve FN Brno a KNTB, a. s., Zlín od 10. 2. do 31.3. 2015. Formou elektronického dotazníku šetření probíhalo od 9. do 31. 3. 2015. Dotazníky byly rozdány po souhlasu (viz. příloha IV a V) náměstkyní ředitele pro ošetrovatelskou péči (Fakultní nemocnice Brno a Krajské nemocnici T. Bati, a. s., Zlín) a prostřednictvím ředitelky

občanského sdružení Nedoklubko. Dotazníkové šetření bylo anonymní a probíhalo na odděleních JIRPN a IMP. Respondenty tvořily dětské sestry a matky nezralých novorozenců.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

7.1 Dotazník dětské sestry

Tabulka č. 1: Věk respondentek

MIN	27
MAX	59
AVG	39,92
MEDIAN	38

Věk respondentek se pohyboval v rozmezí od 27 do 59 let. Průměrný věk všech respondentek je téměř 40 let. Od 27 do 45 let jsou respondentky zastoupeny rovnoměrně. Od 45 let výše četnost respondentek ubývá.

Tabulka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

	absolutní	relativní
střední zdravotnická škola	18	23,4 %
specializační	32	41,6 %
vyšší zdravotnická škola	17	22,1 %
vysoká škola - bakalářské	8	10,4 %
vysoká škola - magisterské	2	2,6 %
	77	100 %

Nejvíce respondentek uvádí jako své nejvyšší dosažené vzdělání pomaturitní specializační studium. Jedná se celkem o 32 dotazovaných (41,6 %). Další skupinou jsou respondentky uvádějící jako své nejvyšší dosažené vzdělání Střední zdravotnickou školu. Zde se jedná o celkem 18 respondentek (23,4 %) z celkového počtu. Další velmi vyrovnanou skupinou je 17 respondentek (22,1 %), které dosáhly nejvyššího vzdělání na Vyšší odborné škole zdravotnické a jsou tedy diplomovanými sestrami. Sester s vysokoškolským diplomem bakalář, odpovědělo celkem 8 (10,4 %). Nejméně početnou skupinu respondentek tvoří sestry s vysokoškolským diplomem magistr. Celkem odpověděly 2 respondentky (2,6 %).

Tabulka č. 3: Počet odpracovaných let ve zdravotnictví

	absolutní	relativní
5 – 9 let	2	2,6 %
10 – 14 let	46	59,7 %
15 – 19 let	13	16,9 %
20 – 24 let	7	9,1 %
25 – 29 let	3	3,9 %
30 – 34 let	2	2,6 %
35 – 39 let	4	5,2 %
	77	100 %

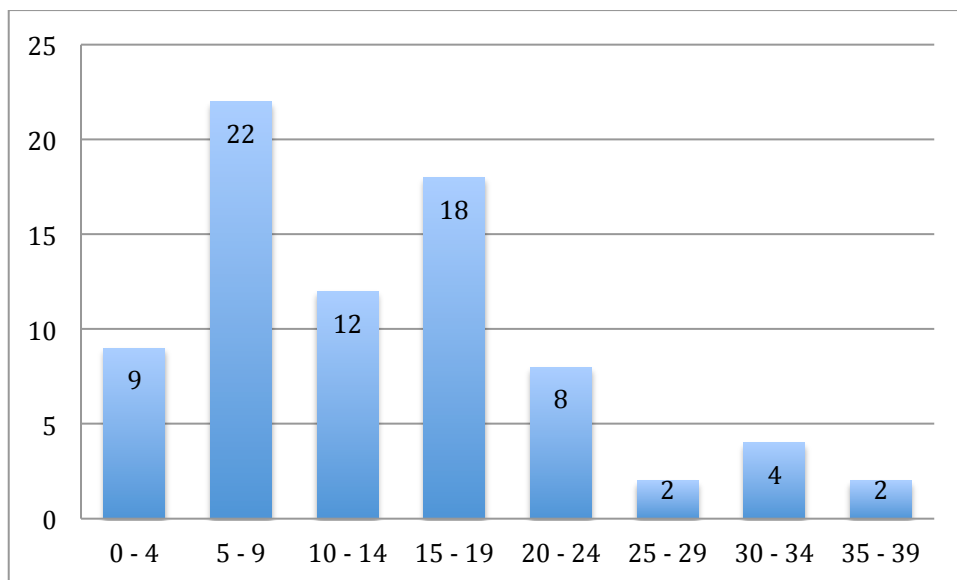
V položce počtu odpracovaných let ve zdravotnictví jsem respondentky rozdělila do sedmi kategorií. V kategorii 5 – 9 let pracovaly pouze 2 respondentky (2,6 %). Nejvíce respondentek a to 46 (59,7 %) pracovalo 10 – 14 let. 13 respondentek (16,9 %) vykonávalo práci ve zdravotnictví 15 – 19 let. Do kategorie 20 – 24 let se přihlásilo 7 respondentek (9,1 %). 3 respondentky (3,9 %) pracovaly ve zdravotnictví 25 – 29 let. 30 – 34 let odpracovaly 2 respondentky (2,6 %). A v poslední kategorii 35 – 39 let pracovaly 4 respondentky (5,2 %).

Tabulka č. 4: Pracoviště respondentek

	absolutní	relativní
JIRPN	44	57,1 %
IMP	33	42,9 %
	77	100 %

Ze 77 dotázaných respondentek (100,0 %) uvedlo 44 dětských sester (57,1 %), že pracuje na JIRPN a 33 dětských sester (42,9 %) uvedlo, že pracuje na IMP.

Graf č. 1: Počet odpracovaných let na současném oddělení

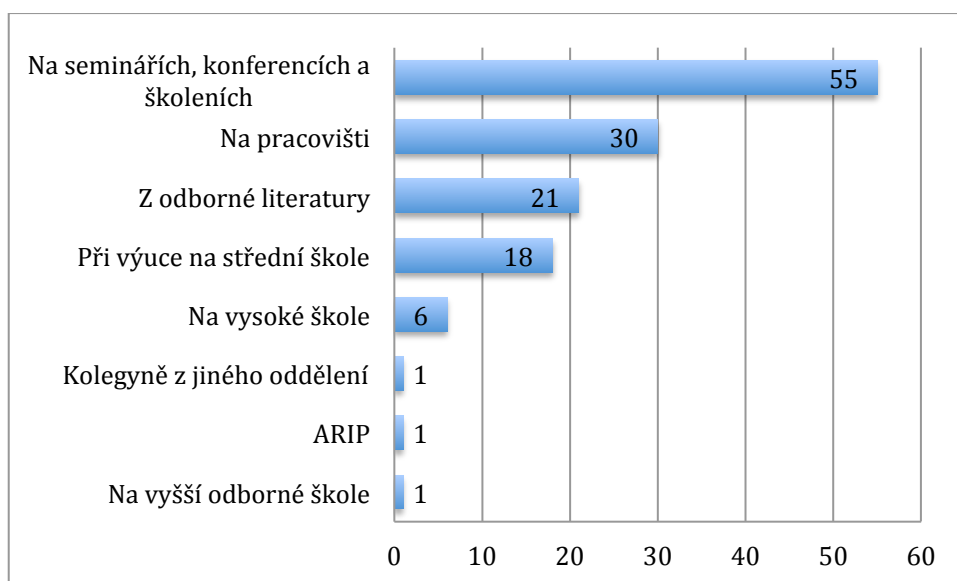


Tabulka č. 5: Počet odpracovaných let na současném oddělení

	absolutní	relativní
0 – 4 let	9	11,7 %
5 – 9 let	22	28,6 %
10 – 14 let	12	15,6 %
15 – 19 let	18	23,4 %
20 – 24 let	8	10,4 %
25 – 29 let	2	2,6 %
30 – 34 let	4	5,2 %
35 – 39 let	2	2,6 %
	77	100 %

Položka zabývající se odpracovanými lety na současném oddělení byla rozdělena do 8 kategorií. V kategorii 0 – 4 roky pracovalo 9 respondentek (11,7 %). Kategorie odpracovaných 5 – 9 let je nejpočetněji zastoupena respondentkami a to 22 (28,6 %). 12 respondentek (15,6 %) pracovalo na současném oddělení 10 – 14 let. Další nejvíce zastoupenou skupinou je 18 respondentek (23,4 %), které pracovaly na současném oddělení 15 – 19 let. Méně zastoupenými kategoriemi je 25 – 29 a 35 - 39 odpracovaných let a to vždy po 2 respondentkách (2,6 %). A pouze 4 respondentky (5,2 %) pracovaly 30 – 34 let.

Graf č. 2: První seznámení s konceptem BS

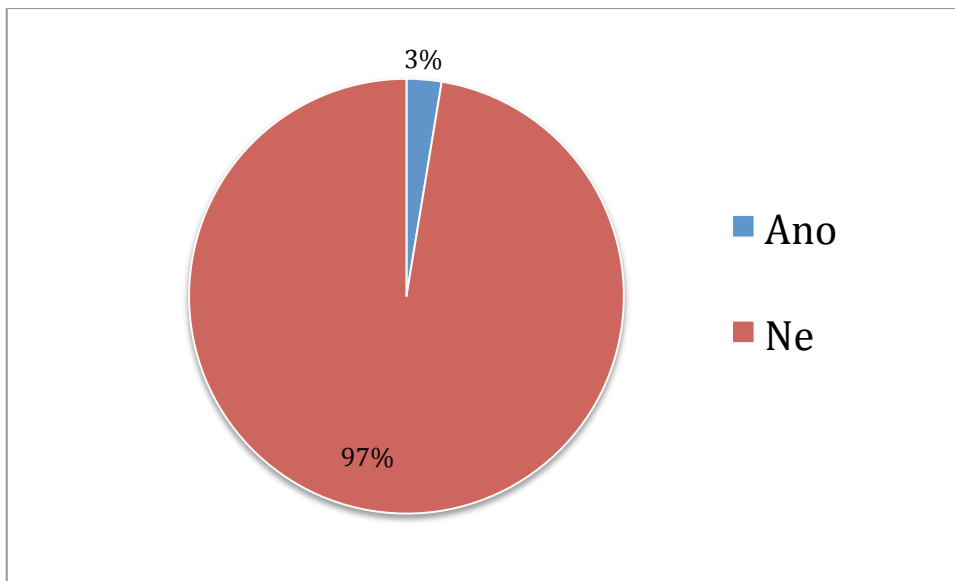


Tabulka č. 6: První seznámení s konceptem BS

	absolutní	relativní
Na vyšší odborné škole	1	0,8 %
ARIP	1	0,8 %
Kolegyně z jiného oddělení	1	0,8 %
Na vysoké škole	6	4,5 %
Při výuce na střední škole	18	13,5 %
Z odborné literatury	21	15,8 %
Na pracovišti	30	22,6 %
Na seminářích, konferencích a školeních	55	41,4 %
	133	100 %

S konceptem bazální stimulace se nejvíce respondentek seznámilo na seminářích, konferencích a školeních. Celkem se jedná o 55 respondentek (41,4 %). Další početnou skupinou bylo 30 respondentek (22,6 %), které se seznámily s konceptem na pracovišti. Z odborné literatury se o konceptu dozvědělo nemálo respondentek a to 21 (15,8 %). Při výuce na střední škole se s konceptem setkalo 18 respondentek (13,5 %). 6 respondentek (4,5 %) se seznámilo s konceptem při výuce na vysoké škole. Nejméně se respondentky seznámily s konceptem na vyšší odborné škole, na pomaturitní specializaci ARIP nebo od kolegyně z jiného oddělení a to vždy po 1 respondentce (0,8 %).

Graf č. 3: Absolvování certifikovaného kurzu BS

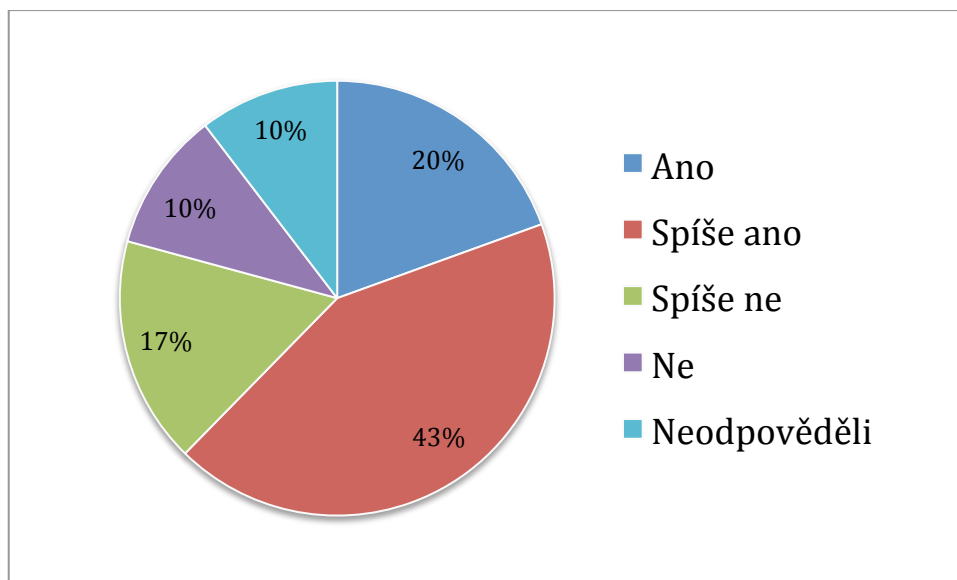


Tabulka č. 7: Absolvování certifikovaného kurzu BS

	absolutní	relativní
Ano	2	2,6 %
Ne	75	97,4 %
	77	100 %

Ze 77 respondentek (100 %) absolvovaly certifikovaný kurz bazální stimulace pouze 2 (2,6 %). Naopak kurz neabsolvovalo 75 respondentek (97,4 %) z celkového počtu.

Graf č. 4: Zájem o absolvování kurzu BS

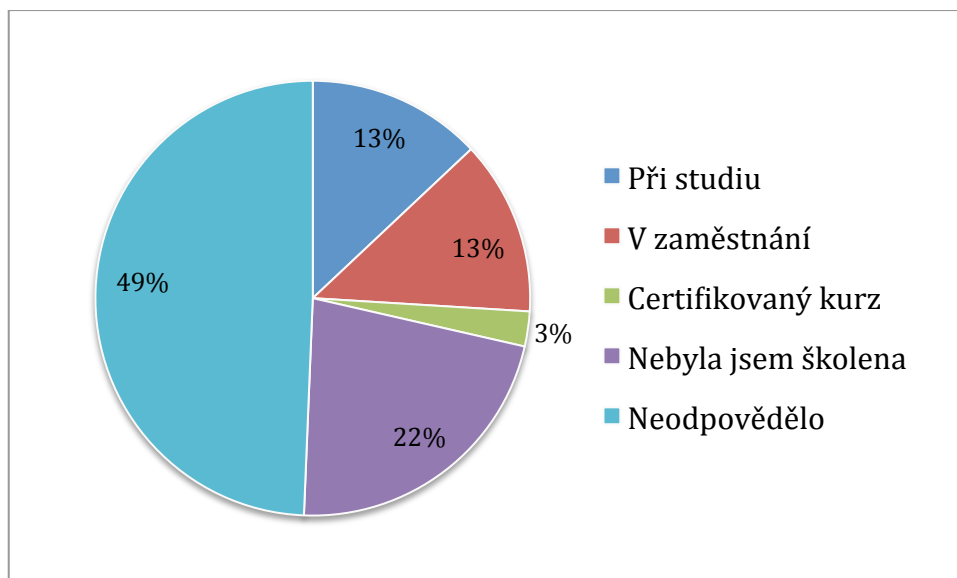


Tabulka č. 8: Zájem o absolvování kurzu BS

	absolutní	relativní
Ano	15	19,5 %
Spíše ano	33	42,9 %
Spíše ne	13	16,9 %
Ne	8	10,4 %
Neodpověděli	8	10,4 %
	77	100 %

Kurz bazální stimulace by „spíše ano“ absolvovalo 33 respondentek (42,9 %). 15 respondentek (19,5 %) by kurz bazální stimulace absolvovalo určitě. Naopak 13 respondentek (16,9 %) by kurz spíše neabsolvovalo. A 8 respondentek (10,4 %) nemá zájem vůbec absolvovat kurz. 8 (10,4 %) z celkového počtu respondentek na zájem o absolvování kurzu neodpovědělo vůbec.

Graf č. 5: Školení o konceptu BS

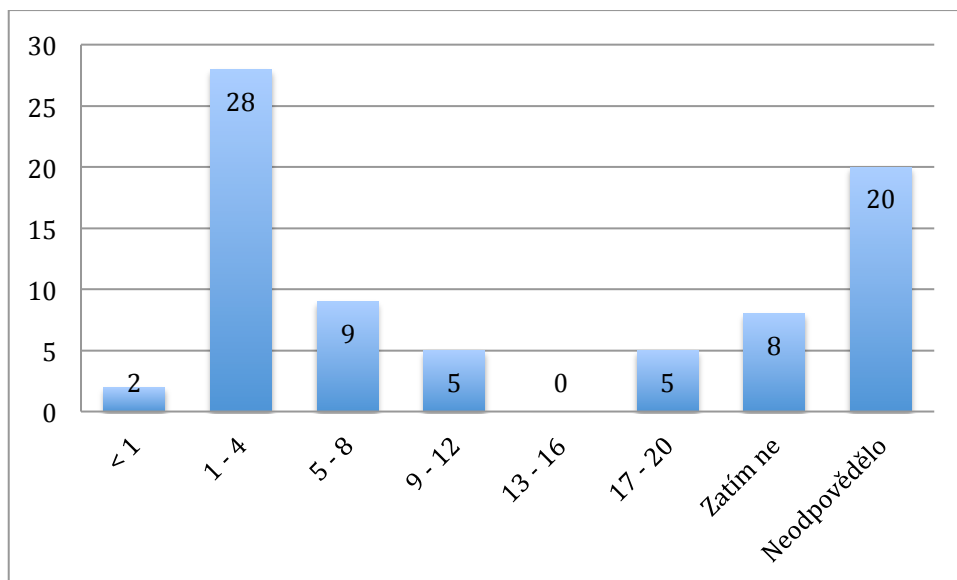


Tabulka č. 9: Školení o konceptu BS

	absolutní	relativní
Při studiu	10	13,0 %
V zaměstnání	10	13,0 %
Certifikovaný kurz	2	2,6 %
Nebyla jsem školená	17	22,1 %
Neodpovědělo	38	49,4 %
	77	100 %

Z celkového počtu respondentek neodpovědělo na tuto položku 38 (49,4 %). 17 respondentek (22,1 %) nebylo školeny vůbec. Při studiu bylo o konceptu bazální stimulace školeny 10 respondentek (13,0 %). Stejně tak i v zaměstnání bylo školeny 10 respondentek (13,0 %). Pouze 2 respondentky (2,6 %) byly školeny na Certifikovaném kurzu bazální stimulace.

Graf č. 6: Kolik let je používán koncept BS respondentkami



Tabulka č. 10: Kolik let je používán koncept BS respondentkami

	absolutní	relativní
< 1 roku	2	2,6 %
1 – 4 roky	28	36,4 %
5 – 8 roků	9	11,7 %
9 – 12 roků	5	6,5 %
13 – 16 roků	0	0,0 %
17 – 20 roků	5	6,5 %
Zatím ne	8	10,4 %
Neodpovědělo	20	26,0 %
	77	100 %

Období, ve kterém začal být používán respondentkami konceptem BS bylo rozděleno do 8 kategorií. 28 respondentek (36,4 %) odpovědělo, že začaly používat koncept před 1 – 4 lety. 20 respondentek (26,0 %) na tuto otázku neodpovědělo. 9 respondentek (11,7 %) začalo pracovat s konceptem před 5 – 8 lety. Dosud nezačalo pracovat s tímto konceptem 8 respondentek (10,4 %). 5 respondentek (6,5 %) začalo používat koncept před 9 – 12 roky a dalších 5 (6,5 %) před 17 – 20 lety. Kategorie 13 – 16 let nebyla zastoupena vůbec.

Tabulka č. 11: Využití prvků konceptu BS na oddělení

	absolutní	relativní
Ano	75	97,4 %
Ne	1	1,3 %
Neodpověděla	1	1,3 %
	77	100 %

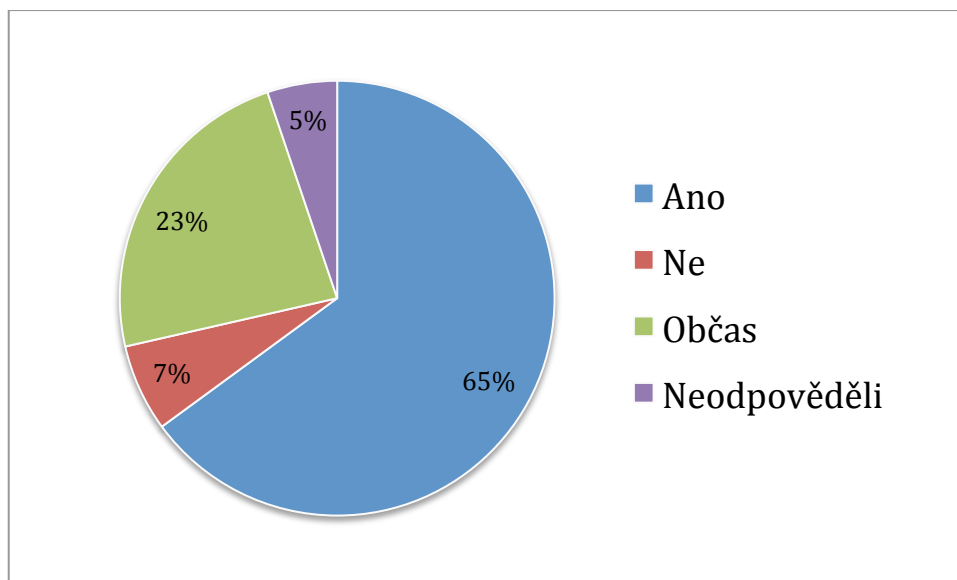
75 dotazovaných (97,4 %) respondentek uvedlo, že využívají prvky konceptu bazální stimulace na svém oddělení. Pouze 1 (1,3 %) uvedla, že prvky konceptu na svém oddělení nevyužívá. Z celkového počtu dotazovaných 1 (1,3 %) neodpověděla. Vzhledem k četnostem kategorií jsem vytvoření grafu k této otázce nepovažovala za přínosné.

Tabulka č. 12: Délka používání konceptu na vlastním oddělení

	absolutní	relativní
1 rok	3	3,9 %
2 roky	5	6,5 %
3 roky	20	26,0 %
4 roky	34	44,2 %
5 roků	6	7,8 %
11 roků	1	1,3 %
Neodpověděli	8	10,4 %
	77	100 %

34 respondentek (44,2 %) pracuje s konceptem bazální stimulace na svém oddělení 4 roky. Další početnou skupinou je 20 respondentek (26,0 %), které pracují s konceptem na svém oddělení 3 roky. 5 respondentek (6,5 %) pracuje s tímto konceptem na svém oddělení 2 roky. A pouze 1 rok pracují s konceptem 3 respondentky (3,9 %). Naopak 1 respondentka (1,3 %) pracuje s konceptem 11 let. Na položku neodpovědělo z celkového počtu 8 respondentek (10,4 %).

Graf č. 7: Použití iniciálního doteku

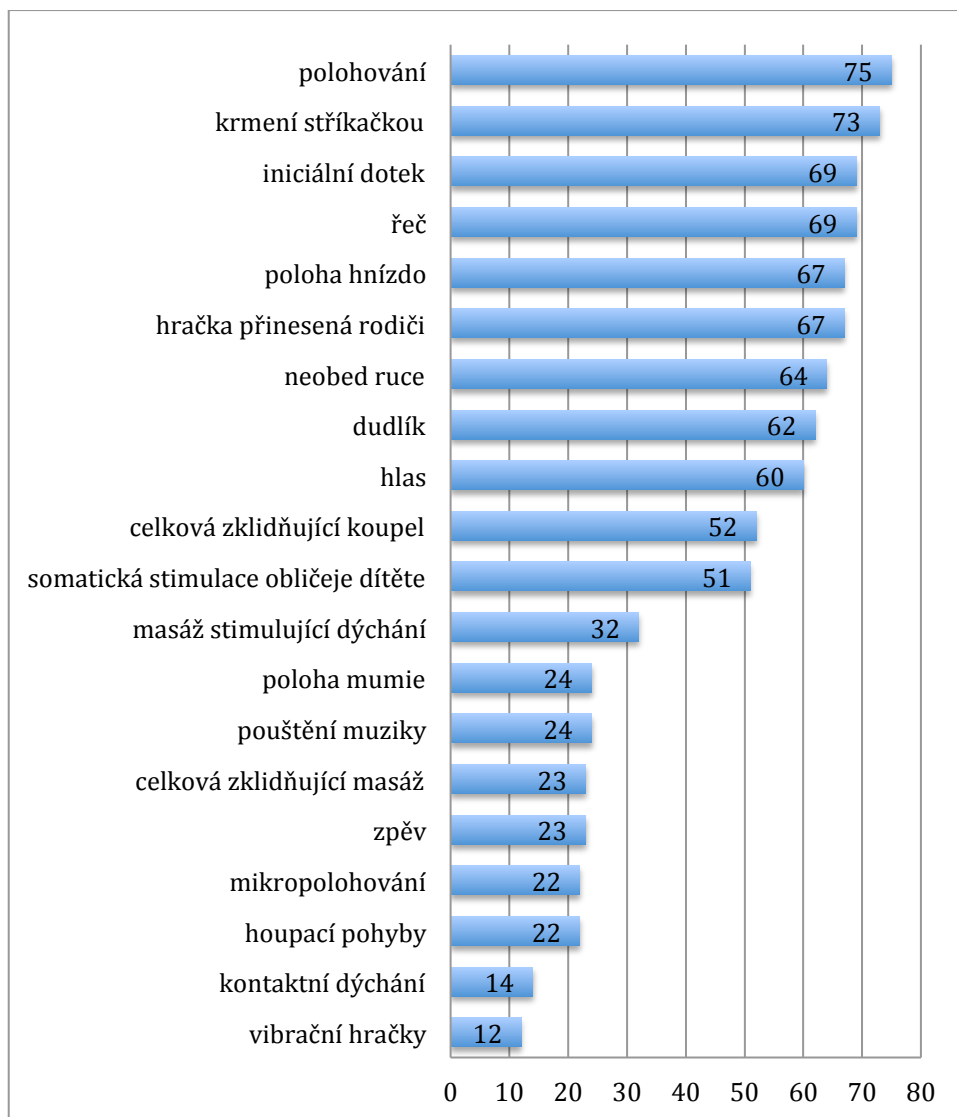


Tabulka č. 13: Použití iniciálního doteku

	absolutní	relativní
Ano	50	64,9 %
Ne	5	6,5 %
Občas	18	23,4 %
Neodpověděli	4	5,2 %
	77	100 %

K dílčímu cíli č. 1 Které prvky bazální stimulace se nejvíce využívají v péči o nezralé novorozence se vázala položka dotazníku č. 13, která zjišťovala využívání iniciálního doteku pro zahájení každé ošetrovatelské činnosti u nezralých novorozenců. Jak ukazuje graf/tabulka č. 13, většina respondentek, tedy 50 (64,9 %), začíná každou ošetrovatelskou činnost iniciálním dotekem. 18 respondentek (23,4 %) začíná ošetrovatelskou činnost iniciálním dotekem občas a 5 respondentek (6,5 %) nezahajuje ošetrovatelskou činnost iniciálním dotekem vůbec. 4 respondentky (5,2 %) neodpověděly na tuto otázku.

Graf č. 8: Nejčastěji využívané techniky v konceptu BS



Tabulka č. 14: Nejčastěji využívané techniky v konceptu BS

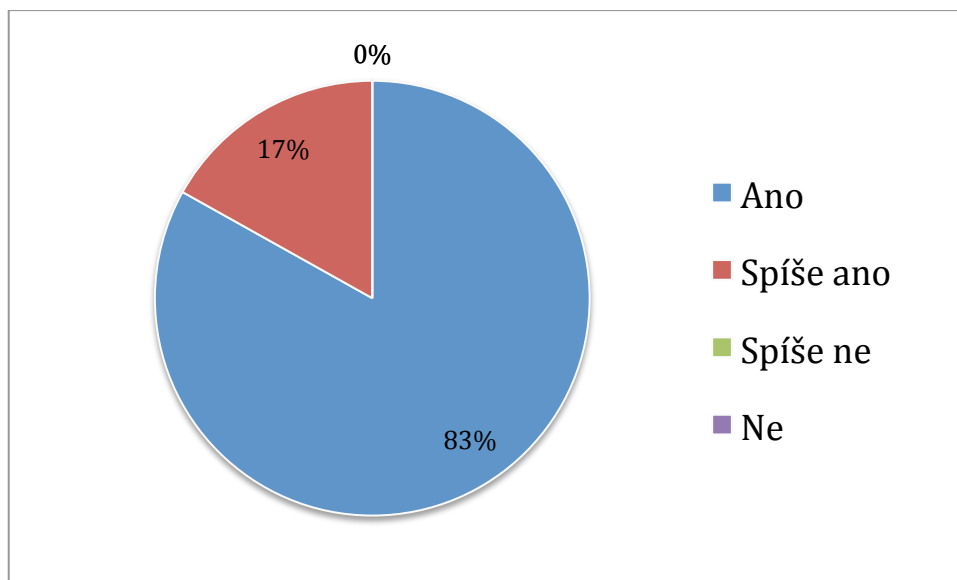
	absolutní	relativní
vibrační hračky	12	1,3 %
kontaktní dýchání	14	1,5 %
houpací pohyby	22	2,4 %
mikropolohování	22	2,4 %
zpěv	23	2,5 %
celková zklidňující masáž	23	2,5 %
pouštění muziky	24	2,7 %
poloha mumie	24	2,7 %
masáž stimulující dýchání	32	3,5 %
somatická stimulace obličeje dítěte před krmením	51	5,6 %
celková zklidňující koupel	52	5,7 %

hlas	60	6,6 %
dudlík	62	6,9 %
neobed ruce	64	7,1 %
hračka přinesená rodiči	67	7,4 %
poloha hnízdo	67	7,4 %
řeč	69	7,6 %
iniciální dotek	69	7,6 %
krmení stříkačkou	73	8,1 %
polohování	75	8,3 %
	905	100 %

(*) Bylo možno vybrat více odpovědí

K dílčímu cíli č.2 Které techniky a metody se využívají pro aplikaci bazální stimulace, se vázala položka dotazníku č.14, která zjišťovala nejčastěji používané techniky v konceptu BS. Jak ukazuje graf/tabulka č.14, nejčastěji používané techniky jsem rozdělila do dvou kategorií a to na nejčastěji používané a méně používané. Do kategorie nejčastěji používaných technik respondentky uvedly: polohování 75 (8,3 %), krmení stříkačkou 73 (8,1 %), iniciální dotek 69 (7,6 %), řeč 69 (7,6 %), poloha hnízdo 67 (7,4 %), hračka přinesená rodiči 67 (7,4 %), neobed ruce 64 (7,1 %), dudlík 62 (6,9 %), hlas 60 (6,6 %), celková zklidňující koupel 52 (5,7 %) a somatická stimulace obličeje 51 (5,6 %). Do kategorie méně používaných technik uvedly: masáž stimulující dýchání 32 (3,5 %), poloha mumie 24 (2,7 %), pouštění muziky 24 (2,7 %), celková zklidňující masáž 23 (2,5 %), zpěv 23 (2,5 %), mikropolohování 22 (2,4 %), houpací pohyby 22 (2,4 %), kontaktní dýchání 14 (1,5 %) a vibrační hračky 12 (1,3 %). Na tuto položku odpovědělo všech 77 respondentek (100 %) a mohly vybrat více možností najednou. Celkem jich uvedly 905 (100 %).

Graf č. 9: Pozitivní vliv konceptu na zlepšení stavu nezralého novorozence



Tabulka č. 15: Pozitivní vliv konceptu na zlepšení stavu nezralého novorozence

	absolutní	relativní
Ano	64	83,1 %
Spíše ano	13	16,9 %
Spíše ne	0	0,0 %
Ne	0	0,0 %
	77	100 %

K dílčímu cíli č.3 Zda může využívání prvků konceptu bazální stimulace ovlivnit vývoj nezralého novorozence a ve kterých oblastech, se vážala položka dotazníku č.15, která zjišťovala pozitivní vliv konceptu na zlepšení stavu nezralých novorozenců. Jak ukazuje graf/tabulka č.15, převážná část respondentek 64 (83,1 %) si myslí, že koncept bazální stimulace má pozitivní vliv na zlepšení stavu u nezralých novorozenců. 13 respondentek (16,9 %) odpovědělo, že spíše ano. Nikdo se nevyjádřil, že by koncept neměl pozitivní vliv na zlepšení stavu nezralých novorozenců.

Tabulka č. 16: Konkrétní příklady zlepšení

		absolutní	relativní
A	pocit jistoty, bezpečí	6	5,1 %
B	zklidnění	32	27,4 %
C	klidnější spánek	3	2,6 %
D	zná své hranice	1	0,9 %
E	méně desaturací	5	4,3 %
F	celkové zlepšení zdravotního stavu	10	8,5 %
G	zlepšení psychomotorického vývoje	9	7,7 %
H	zkrácení doby pobytu	1	0,9 %
I	zlepšení vitálních funkcí	3	2,6 %
J	navrácení sacího reflexu	5	4,3 %
K	snížení bolesti při zákrocích	4	3,4 %
L	vztah matka - dítě	2	1,7 %
M	neodpovědělo	36	30,8 %
		117	100 %

(*) Bylo možno vybrat více odpovědí

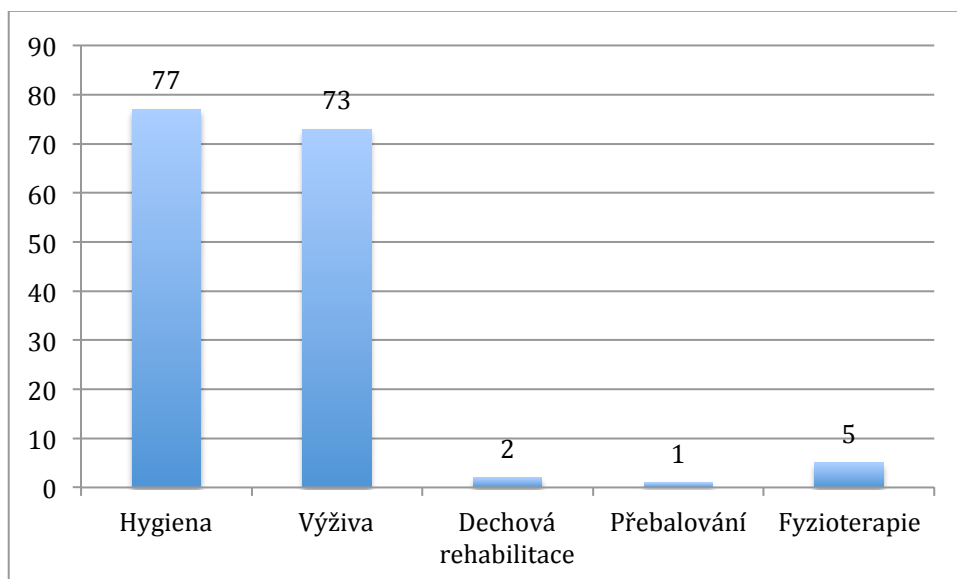
K dílčímu cíli č.3 Zda může využívání prvků konceptu bazální stimulace ovlivnit vývoj nezralého novorozence a ve kterých oblastech, se vážala položka dotazníku č.16, která zjišťovala konkrétní příklady zlepšení. Jak ukazuje graf/tabulka č. 16, používání konceptu bazální stimulace má vliv na zlepšení stavu nezralého novorozence a to v zastoupení 12 kategorií. Aplikace konceptu v neonatologii má pozitivní vliv na *zklidnění* nezralého novorozence. K této položce se vyjádřilo celkem 32 respondentek (27,4 %). 10 respondentek (8,5 %) uvádí, že má koncept BS vliv na zlepšení *celkového zdravotního stavu* a 9 respondentek (7,7 %) vidí zlepšení *psychomotorického vývoje*. Další kategorie již byly v menším zastoupení a to 6 respondentek (5,1 %) pozoruje vlivem konceptu BS větší pocit jistoty a bezpečí, 5 respondentek (4,3 %) uvádí snížení desaturací a navrácení sacího reflexu, 4 respondentky (3,4 %) vyzorovaly snížení bolesti při zákrocích, 3 respondentky (2,6 %) pozorují u nezralých novorozenců klidnější spánek a zlepšení vitálních funkcí, 2 respondentky (1,7 %) zmiňují zlepšení vztahu mezi matkou a dítětem a vždy 1 respondentka (0,9 %) si všimla, že dítě rozezná své hranice a dokonce může koncept BS zkrátit dobu hospitalizace.

Tabulka č. 17: Zapojení rodičů do konceptu

	absolutní	relativní
Ano	77	100 %
Ne	0	0 %
	77	100 %

Všech 77 respondentek (100 %) odpovědělo, že zapojují rodiče do konceptu BS.

Graf č. 10: Zapojení rodičů do ošetrovatelské péče



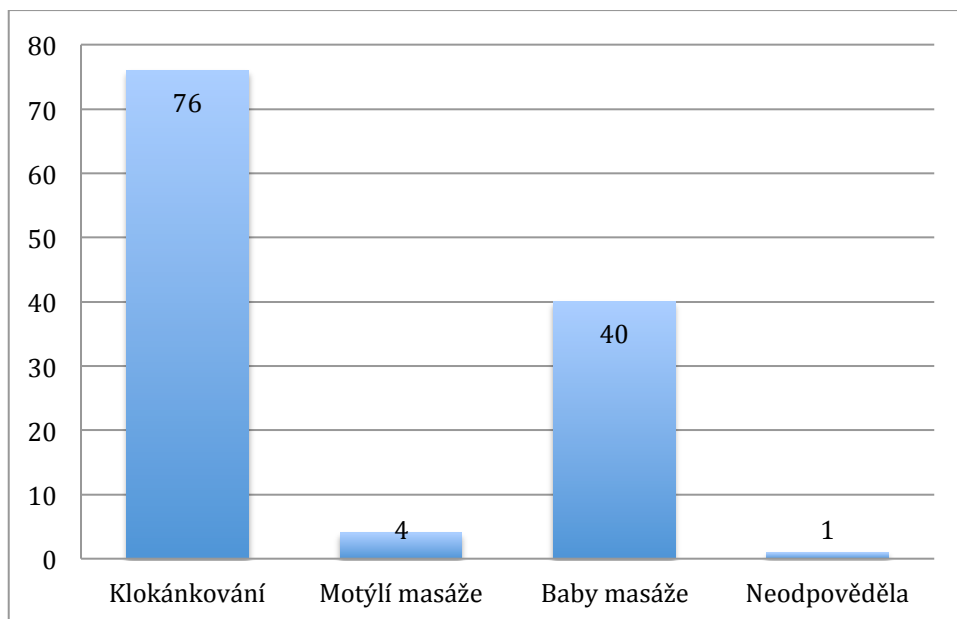
Tabulka č. 18: Zapojení rodičů do ošetrovatelské péče

	absolutní	relativní
Hygiena	77	48,7 %
Výživa	73	46,2 %
Dechová rehabilitace	2	1,3 %
Přebalování	1	0,6 %
Fyzioterapie	5	3,2 %
	158	100 %

(*) Bylo možno vybrat více odpovědí

Nejčastěji zapojují respondentky rodiče do hygieny a to všech 77 respondentek (48,7 %). Také 73 respondentek (46,2 %) zapojuje rodiče do výživy. Nejméně zapojují rodiče do fyzioterapie, to pouze 5 respondentek (3,2 %). Dále jen 2 respondentky (1,3 %) zapojují rodiče do dechové rehabilitace a pouze 1 (0,6 %) do přebalování.

Graf č. 11: Využití dalších metod a technik při ošetřování



Tabulka č. 19: Využití dalších metod a technik při ošetřování

	absolutní	relativní
Klokánekování	76	62,8 %
Motýlí masáže	4	3,3 %
Baby masáže	40	33,1 %
Neodpověděla	1	0,8 %
	121	100 %

(*) Bylo možno vybrat více odpovědí

K dílčímu cíli č.2 Které techniky a metody se využívají pro aplikaci bazální stimulace, se vázala položka dotazníku č.19, která zjišťovala další možné techniky a metody v péči o nezralé novorozence. Jak ukazuje graf/tabulka č.19, z dalších technik pro rozvoj nezralého novorozence je nejvíce využíváno klokánekování a to 76 respondentkami (62,8 %). Další metodou jsou baby masáže, kterou používá 40 respondentek (33,1 %). Pouze 4 respondentky (3,3 %) využívají motýlí masáže. Na danou položku 1 respondentka (0,8 %) neodpověděla.

7.2 Dotazník matky nezralých novorozenců

Tabulka č. 20: Věk respondentek

Věk	absolutní	relativní
15 - 19	1	0,5 %
20 - 24	9	4,6 %
25 - 29	12	6,1 %
30 - 34	18	9,1 %
35 - 39	10	5,1 %
40 - 44	4	2,0 %
45 - 49	1	0,5 %
Neodpovědělo	142	72,1 %
	197	100 %

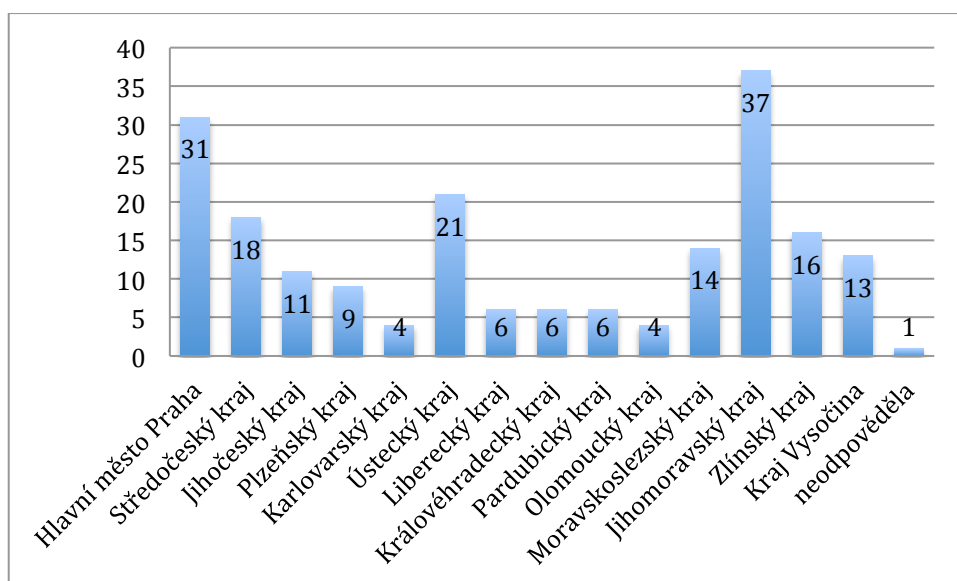
Věk respondentek se pohyboval v rozmezí od 19 do 45 let. Nejvíce byly zastoupeny 3 věkové kategorie: 30 – 34 let a to 18 respondentek (9,1 %), 12 respondentek (6,1 %) bylo ve věku 25 – 29 let a 10 respondentek (5,1 %) bylo ve věku 35 – 39 let. Na tuto položku neodpovědělo 142 respondentek (72,1 %) z celkového počtu respondentek.

Tabulka č. 21 Nejvyšší dosažené vzdělání

	absolutní	relativní
základní	6	3,0 %
středoškolské vzdělání s výučním listem	38	19,3 %
středoškolské vzdělání s maturitou	80	40,6 %
vysokoškolské	70	35,5 %
neodpověděli	3	1,5 %
	197	100 %

Nejvíce respondentek uvádí jako své nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské vzdělání s maturitou. Jedná se celkem o 80 respondentek (40,6 %). Další početnou skupinou jsou respondentky s vysokoškolským vzděláním. Zde se jedná o 70 respondentek (35,5 %). Druhou již méně početnou skupinou je 38 respondentek (19,3 %), které mají středoškolské vzdělání s výučním listem. Méně zastoupenou skupinou je 6 respondentek (3,0 %) se základním vzděláním. Neodpověděly celkem 3 respondentky (1,5 %) z celkového počtu respondentek.

Graf č. 12 Kraj respondentek



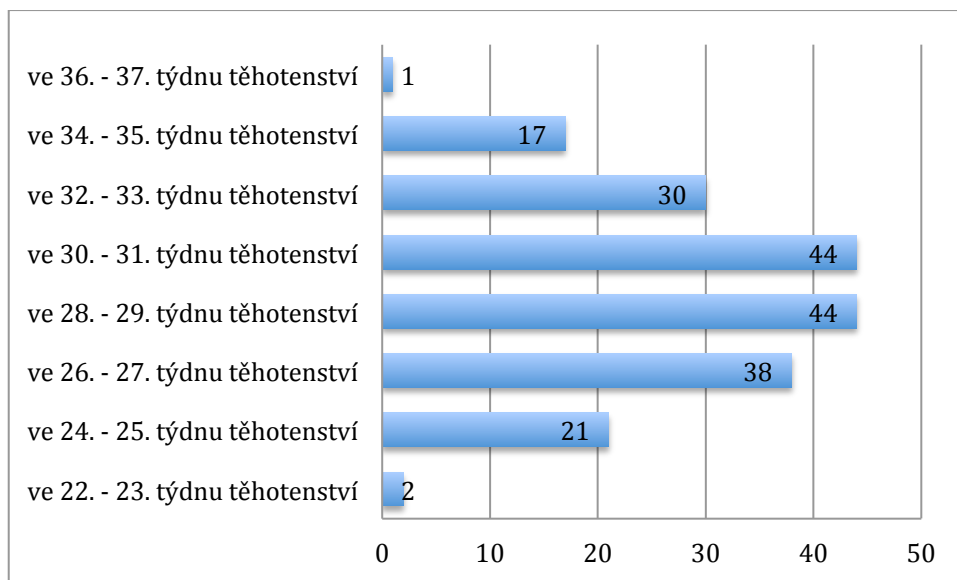
Tabulka č. 22 Kraj respondentek

	absolutní	relativní
Hlavní město Praha	31	15,7 %
Středočeský kraj	18	9,1 %
Jihočeský kraj	11	5,6 %
Plzeňský kraj	9	4,6 %
Karlovarský kraj	4	2,0 %
Ústecký kraj	21	10,7 %
Liberecký kraj	6	3,0 %
Královéhradecký kraj	6	3,0 %
Pardubický kraj	6	3,0 %
Olomoucký kraj	4	2,0 %
Moravskoslezský kraj	14	7,1 %
Jihomoravský kraj	37	18,8 %
Zlínský kraj	16	8,1 %
Kraj Vysočina	13	6,6 %
neodpověděla	1	0,5 %
	197	100 %

Nejvíce respondentek je z Jihomoravského kraje a to 37 (18,8 %). Další početně zastoupenou skupinou je 31 respondentek (15,7 %) z Hlavního města Prahy. Třetí nejvíce zastoupenou skupinou je 21 respondentek (10,7 %) z Ústeckého kraje. Méně je zastoupený Středočeský kraj a to 18 respondentkami (9,1 %), Zlínský kraj 16 respondentek (8,1 %), Moravskoslezský kraj 14 respondentek (7,1 %), Kraj Vysočina 13 respondentek (6,6 %), Jihomoravský kraj 13 respondentek (6,6 %), Jihomoravský kraj 13 respondentek (6,6 %), Jihomoravský kraj 13 respondentek (6,6 %), Jihomoravský kraj 13 respondentek (6,6 %).

český kraj 11 respondentek (5,6 %), Plzeňský kraj 9 respondentek (4,6 %). Nejméně je zastoupený Liberecký kraj 6 respondentek (3,0 %), Královehradecký 6 respondentek (3,0 %), Pardubický kraj 6 respondentek (3,0 %), Karlovarský kraj 4 respondentky (2,0 %), Olomoucký kraj 4 respondentky (2,0 %). Z celkového počtu neodpověděla 1 respondentka (0,5 %).

Graf č. 13: Narození dítěte podle gestačního týdne

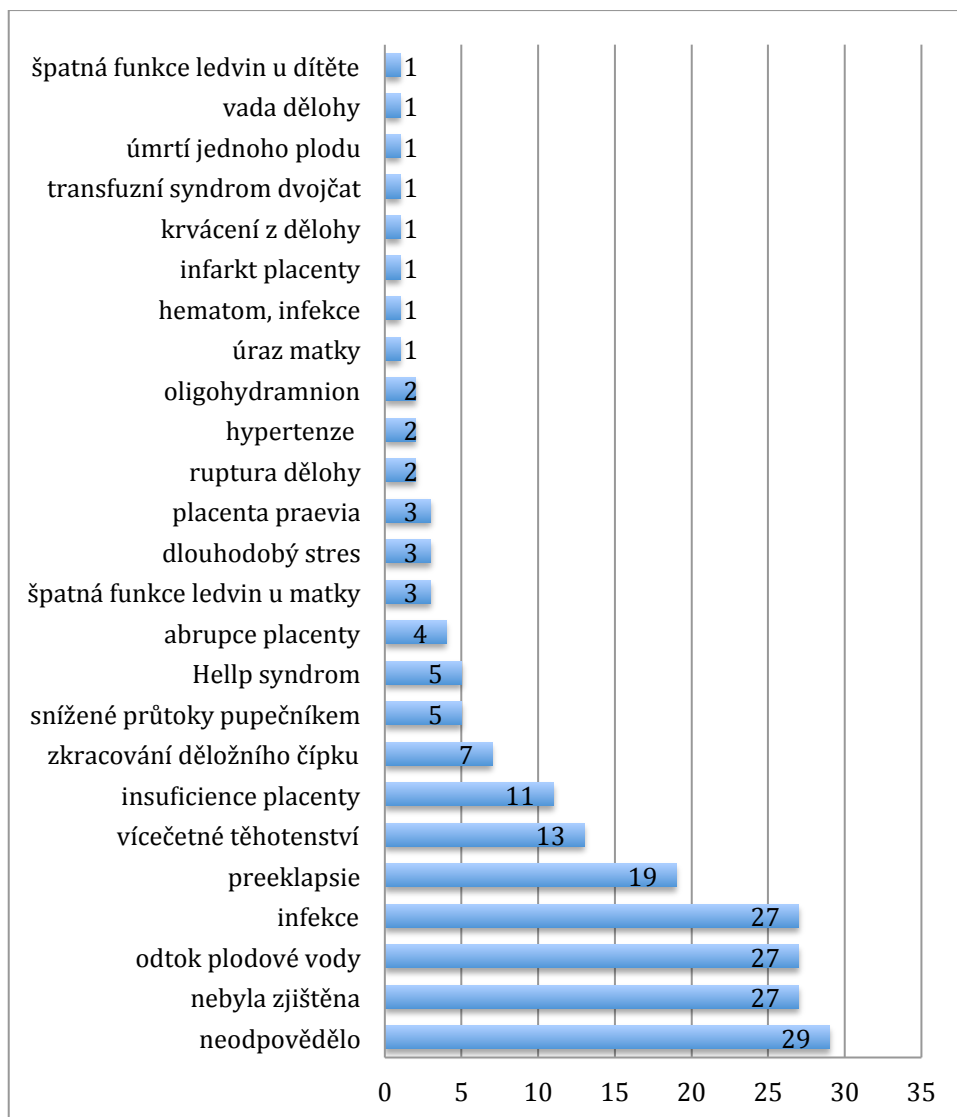


Tabulka č. 23: Narození dítěte podle gestačního týdne

	absolutní	relativní
ve 22. - 23. týdnu těhotenství	2	1,0 %
ve 24. - 25. týdnu těhotenství	21	10,7 %
ve 26. - 27. týdnu těhotenství	38	19,3 %
ve 28. - 29. týdnu těhotenství	44	22,3 %
ve 30. - 31. týdnu těhotenství	44	22,3 %
ve 32. - 33. týdnu těhotenství	30	15,2 %
ve 34. - 35. týdnu těhotenství	17	8,6 %
ve 36. - 37. týdnu těhotenství	1	0,5 %
	197	100 %

Dvě kategorie byly zastoupeny stejným počtem respondentek a to respondentkami, které rodily v období mezi 28. – 29. týdnem a v období mezi 30. – 31.- týdnem těhotenství. Každou kategorii zastupovalo 44 respondentek (22,3 %). Druhou početnou skupinou byly respondentky rodící ve 26. – 27. týdnu těhotenství, do které se přihlásilo 38 respondentek (19,3 %). 30 respondentek (15,2 %) rodilo ve 32. – 33. týdnu těhotenství. Dále pak 21 respondentek (10,7 %) rodilo ve 24.- 25. týdnu těhotenství. A 17 respondentek (8,6 %) rodilo ve 34. – 35. týdnu těhotenství. Nejméně rodiček rodilo ve 22. – 23. týdnu těhotenství a to 2 respondentky (1,0 %) a pouze 1 respondentka rodila ve 36. – 37. týdnu těhotenství.

Graf č. 14: Příčina předčasného porodu



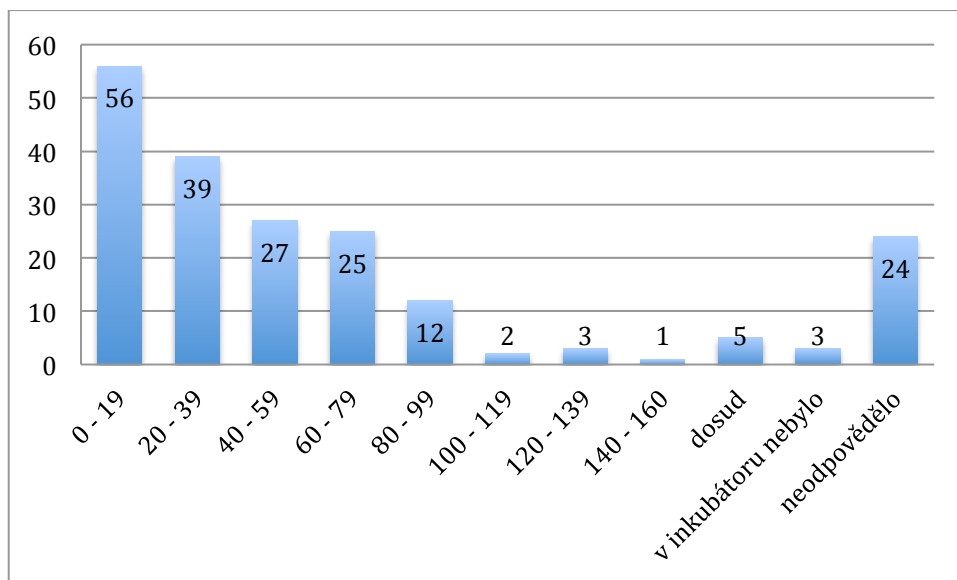
Tabulka č. 24: Příčina předčasného porodu

	absolutní	relativní
neodpovědělo	29	14,7 %
nebyla zjištěna	27	13,7 %
odtok plodové vody	27	13,7 %
infekce	27	13,7 %
preeklapsie	19	9,6 %
vícečetné těhotenství	13	6,6 %
insuficience placenty	11	5,6 %
zkracování děložního čípku	7	3,6 %
snížené průtoky pupečnickem	5	2,5 %
Hellp syndrom	5	2,5 %
abrupce placenty	4	2,0 %

špatná funkce ledvin u matky	3	1,5 %
dlouhodobý stres	3	1,5 %
placenta praevia	3	1,5 %
ruptura dělohy	2	1,0 %
hypertenze	2	1,0 %
oligohydramnion	2	1,0 %
úraz matky	1	0,5 %
hematom, infekce	1	0,5 %
infarkt placenty	1	0,5 %
krvácení z dělohy	1	0,5 %
transfuzní syndrom dvojčat	1	0,5 %
úmrtí jednoho plodu	1	0,5 %
vada dělohy	1	0,5 %
špatná funkce ledvin u dítěte	1	0,5 %
	197	100 %

Dvě nejčetnější příčiny předčasného porodu, shodně zastoupeny 27 respondentkami (13,7 %) jsou: infekce a odtok plodové vody. U stejně početné skupiny 27 respondentek (13,7 %), nebyla příčina zjištěna. Do méně početné skupiny se řadí příčiny jako: preeklapsie – 19 respondentek (9,6 %), vícečetné těhotenství – 13 respondentek (6,6 %) a insuficience placenty – 11 respondentek (5,6 %). Do nejméně početné skupiny patří: zkrácování děložního čípku – 7 respondentek (3,6 %), snížené průtoky pupečnickem – 5 respondentek (2,5 %), Hellp syndrom – 5 respondentek (2,5 %), abrupce placenty – 4 respondentky (2,0 %), špatná funkce ledvin u matky – 3 respondentky (2,0 %), dlouhodobý stres – 3 respondentky (2,0 %), placenta previa – 3 respondentky (2,0 %), ruptura dělohy – 2 respondentky (1,0 %), hypertenze – 2 respondentky (1,0 %), oligohydramnion – 2 respondentky (1,0 %), úraz matky – 1 respondentka (0,5%), hematom a infekce - 1 respondentka (0,5 %), infarkt placenty - 1 respondentka (0,5 %), krvácení z dělohy - 1 respondentka (0,5 %), transfuzní syndrom dvojčat - 1 respondentka (0,5 %), úmrtí jednoho plodu - 1 respondentka (0,5 %), vada dělohy - 1 respondentka (0,5 %), špatná funkce ledvin u dítěte - 1 respondentka (0,5 %).

Graf č. 15: Počet dnů pobytu v inkubátoru



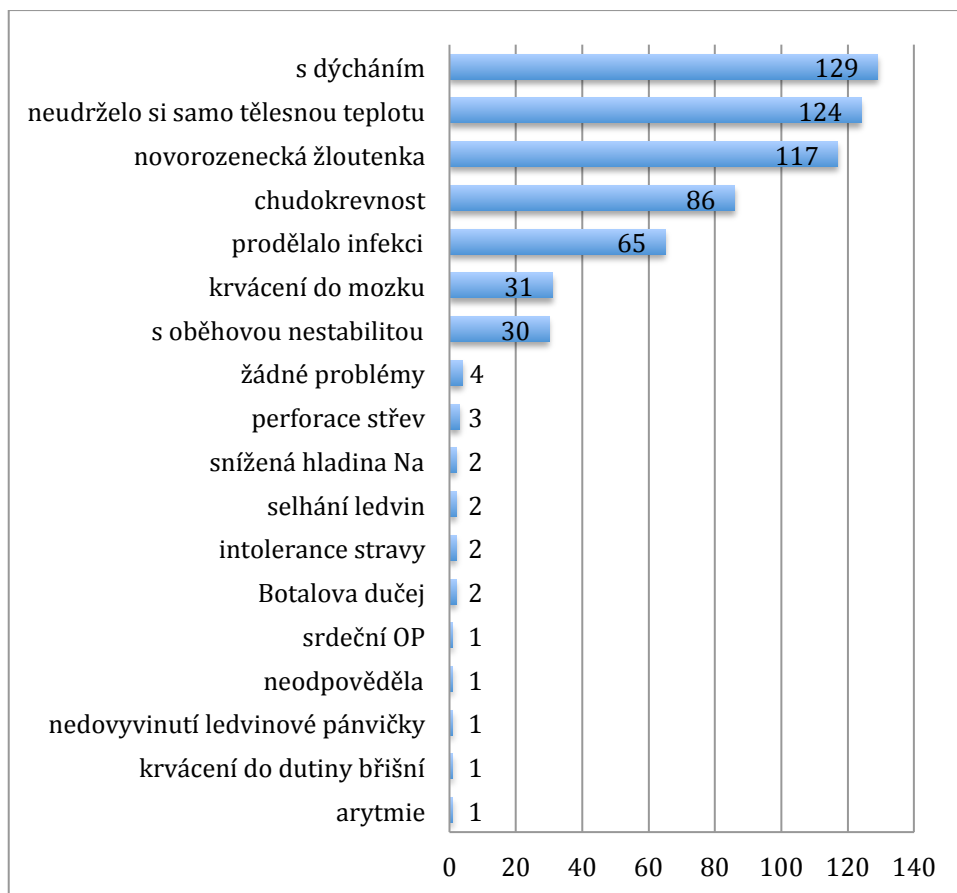
Tabulka č. 25: Počet dnů pobytu v inkubátoru

	absolutní	relativní
0 – 19 dní	56	28,4 %
20 – 39 dní	39	19,8 %
40 – 59 dní	27	13,7 %
60 – 79 dní	25	12,7 %
80 – 99 dní	12	6,1 %
100 – 119 dní	2	1,0 %
120 – 139 dní	3	1,5 %
140 – 160 dní	1	0,5 %
dosud v inkubátoru	5	2,5 %
v inkubátoru nebylo	3	1,5 %
neodpovědělo	24	12,2 %
	197	100 %

Nejvíce respondentek odpovědělo, že jejich dítě bylo 0 – 9 dní v inkubátoru a to celkem 56 respondentek (28,4 %). Další početnou skupinou bylo 39 respondentek (19,8 %), kdy jejich dítě bylo v inkubátoru 20 – 39 dní. 27 respondentek (13,7 %) uvedlo, že jejich dítě pobývalo v inkubátoru 40 – 59 dní. 60 – 79 dní pobytu v inkubátoru uvedlo 25 respondentek (12,7 %). Pouze 12 respondentek (6,1 %) uvedlo, že jejich dítě bylo v inkubátoru 80 – 99 dní. Nejméně respondentek uvedlo délku pobytu jejich dítěte v inkubátoru 120 – 139 dní, celkem 3 respondentky (1,5 %). Dále 2 respondentky (1 %) uvedly 100 – 119 dní a 1 re-

spondentka (0,5 %) uvedla 140 – 160 dní. Z celkového počtu 5 respondentek uvedlo, že jejich dítě je dosud v inkubátoru. 3 respondentky (1,5 %) uvedly, že jejich dítě nebylo v inkubátoru vůbec. Celkem neodpovědělo na tuto položku 24 respondentek (12,2 %) z celkového počtu.

Graf č. 16: Počáteční zdravotní problémy dítěte



Tabulka č. 26: Počáteční zdravotní problémy dítěte

	absolutní	relativní
arytmie	1	0,2 %
krvácení do dutiny břišní	1	0,2 %
nedovyvinutí ledvinové pánvičky	1	0,2 %
neodpověděla	1	0,2 %
srdeční OP	1	0,2 %
Botalova dučej	2	0,3 %
intolerance stravy	2	0,3 %
selhání ledvin	2	0,3 %
snížená hladina Na	2	0,3 %
perforace střev	3	0,5 %
žádné problémy	4	0,7 %
s oběhovou nestabilitou	30	5,0 %
krvácení do mozku	31	5,1 %
prodělalo infekci	65	10,8 %
chudokrevnost	86	14,3 %
novorozenecká žloutenka	117	19,4 %

neudrželo si samo tělesnou teplotu	124	20,6 %
s dýcháním	129	21,4 %
	602	100 %

(*) Bylo možno vybrat více odpovědí

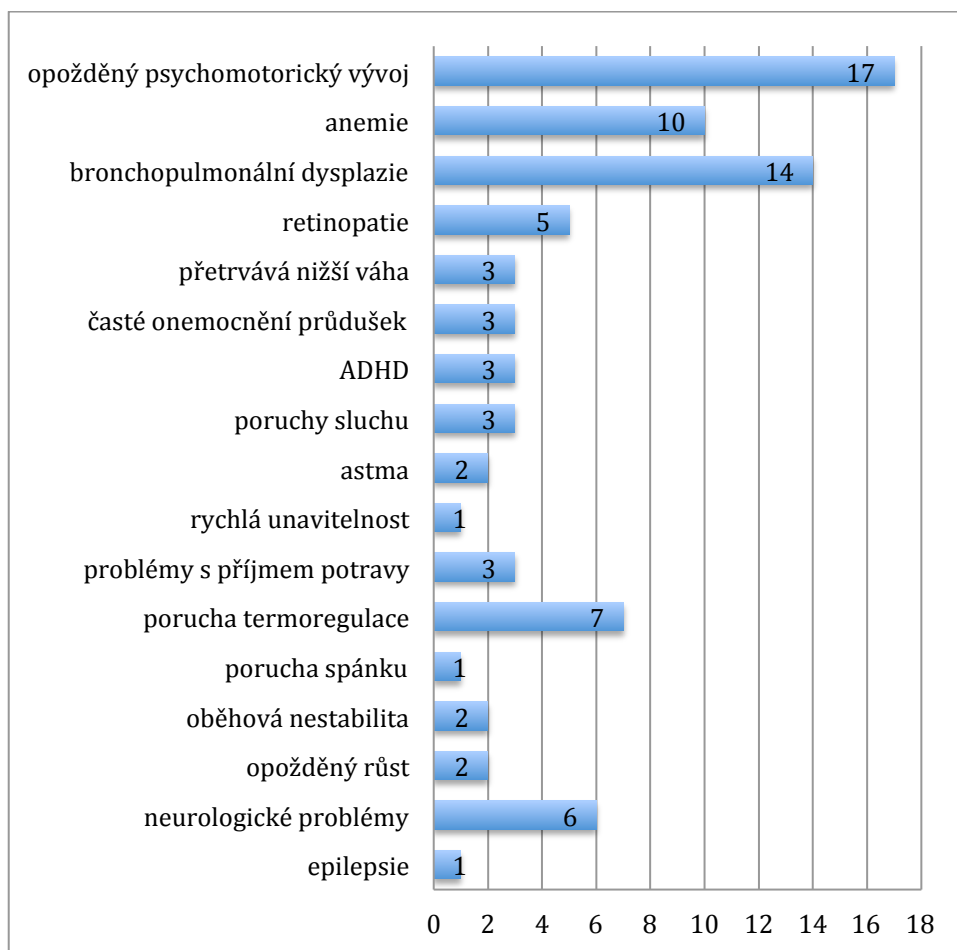
Nejvíce respondentek uvedlo, že jejich dítě mělo počáteční problémy s dýcháním a to 129 respondentek (21,4 %). Další početnou skupinou bylo 124 respondentek (20,6 %), které uvedly jako problém neudržení si tělesné teploty. 117 respondentek (19,4 %) uvedlo žloutenku jako počáteční problém. 86 respondentek (14,3 %) uvedlo chudokrevnost. 65 respondentek (10,8 %) uvedlo, že jejich dítě prodělalo infekci.

Tabulka č. 27: Přetrvávající zdravotní problémy spojené s předčasným porodem

	absolutní	relativní
ano	82	41,6 %
ne	112	56,9 %
neodpověděli	3	1,5 %
	197	100 %

112 respondentek (56,9 %) uvádí, že již nepřetrvávají žádné problémy spojené s předčasným porodem. 82 respondentek (41,6 %) udává přetrvávání problémů spojených s předčasným porodem. Celkem neodpověděly 3 respondentky (1,5 %) z celkového počtu.

Graf č. 17: Konkrétní přetrvávající zdravotní problémy



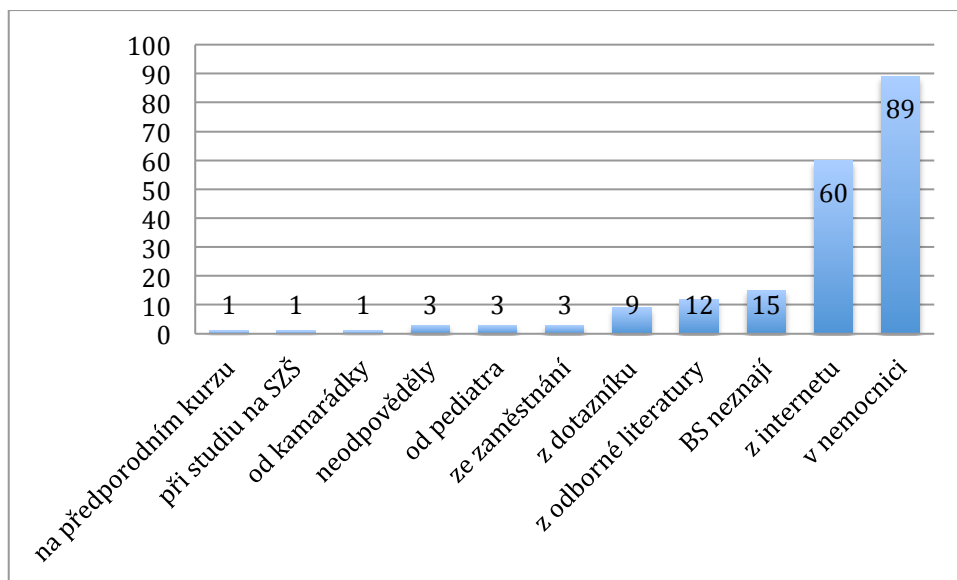
Tabulka č. 28: Konkrétní přetrvávající zdravotní problémy

	absolutní	relativní
epilepsie	1	1,2 %
neurologické problémy	6	7,2 %
opožděný růst	2	2,4 %
oběhová nestabilita	2	2,4 %
porucha spánku	1	1,2 %
porucha termoregulace	7	8,4 %
problémy s příjmem potravy	3	3,6 %
rychlá unavitelnost	1	1,2 %
astma	2	2,4 %
poruchy sluchu	3	3,6 %
ADHD	3	3,6 %
časté onemocnění průdušek	3	3,6 %
přetrvává nižší váha	3	3,6 %
retinopatie	5	6,0 %
bronchopulmonální dysplazie	14	16,9 %
anemie	10	12,0 %
opožděný psychomotorický vývoj	17	20,5 %
	83	100 %

(*) Bylo možno vybrat více odpovědí

Nejčastější přetrvávající zdravotní problém byl opožděný psychomotorický vývoj. Celkem ho uvedlo 17 respondentek (20,5 %). Dalším častým problémem byla bronchopulmonální dysplazie a tu uvedlo 14 respondentek (16,9 %). 10 respondentek (12 %) uvedlo jako přetrvávající problém anemii. Méně zastoupeny byly přetrvávající problémy s poruchou termoregulace – celkem uvedlo 7 respondentek (8,4 %), s neurologickými problémy - celkem uvedlo 6 respondentek (7,2 %) s retinopatií – celkem uvedlo 5 respondentek (6,0 %). Nejméně byly zastoupeny problémy s přetrvávající nízkou váhou, s častým onemocněním průdušek, s ADHD syndromem, s poruchami sluchu, s problémy s příjmem potravy a to vždy uvedly 3 respondentky (3,6 %). Dále vždy 2 respondentky (2,4 %) uvedly jako přetrvávající problém astma, oběhovou nestabilitu a opožděný růst. A po 1 respondentce (1,2 %) bylo uvedeno jako přetrvávající problém rychlá unavitelnost a epilepsie.

Graf č. 18: První seznámení s konceptem BS

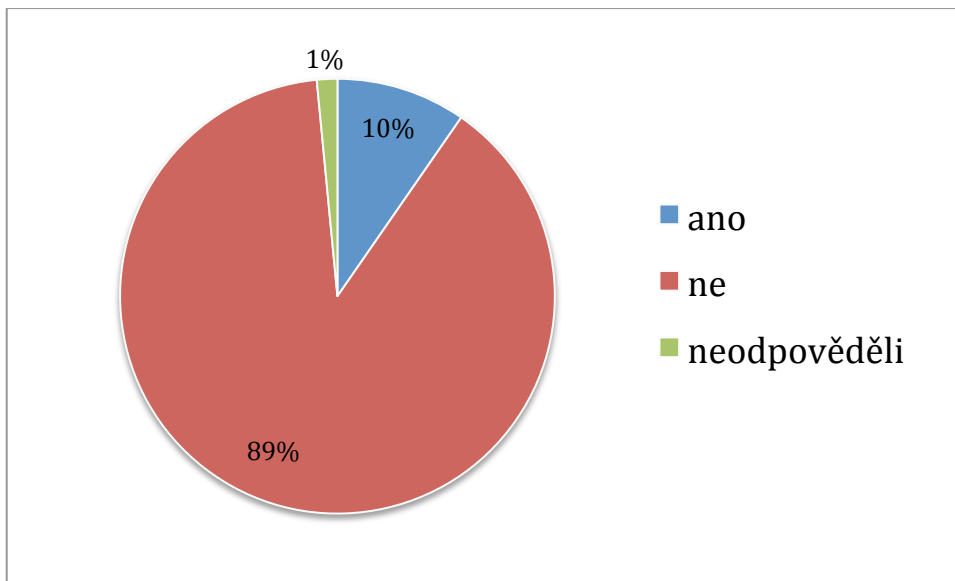


Tabulka č. 29: První seznámení s konceptem BS

	absolutní	relativní
na předporodním kurzu	1	0,5 %
při studiu na SZŠ	1	0,5 %
od kamarádky	1	0,5 %
neodpověděly	3	1,5 %
od pediatra	3	1,5 %
ze zaměstnání	3	1,5 %
z dotazníku	9	4,6 %
z odborné literatury	12	6,1 %
BS neznají	15	7,7 %
z internetu	60	30,6 %
v nemocnici	89	45,4 %
	197	100 %

Nejvíce respondentek se seznámilo s konceptem BS poprvé v nemocnici a to 89 respondentek (45,4 %). Další početnou skupinou je 60 respondentek (30,6 %), které se seznámily s konceptem na internetu. Nejméně respondentek se poprvé seznámilo s konceptem z literatury, 3 respondentky (1,5 %) v zaměstnání, 3 respondentky (1,5 %) od pediatra a vždy po 1 respondentce (0,5 %) od kamarádky, při studiu na SZŠ a na předporodním kurzu. 9 respondentek (4,6 %) se dovědělo poprvé o konceptu BS z dotazníku. Z celkového počtu 3 respondentky (1,5 %) neodpověděly.

Graf č. 19: Absolvování kurzu BS

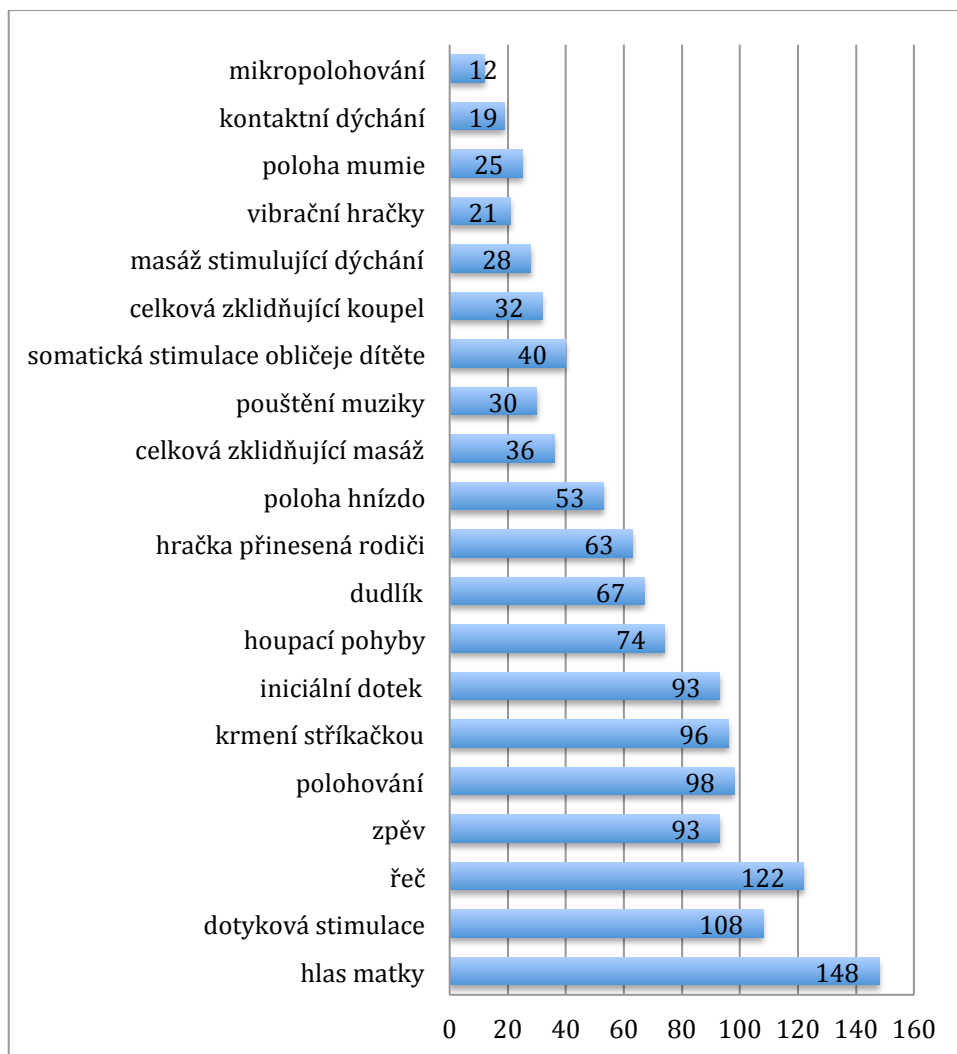


Tabulka č. 30: Absolvování kurzu BS

	absolutní	relativní
ano	19	9,6 %
ne	175	88,8 %
neodpověděli	3	1,5 %
	197	100 %

175 respondentek (88,8 %) neabsolvovalo kurz bazální stimulace. 19 respondentek (9,6 %) absolvovalo kurz bazální stimulace. Z celkového počtu 3 respondentky (1,5 %) neodpověděly.

Graf č. 20: Techniky BS nejvíce používané



Tabulka č. 31: Techniky BS nejvíce používané

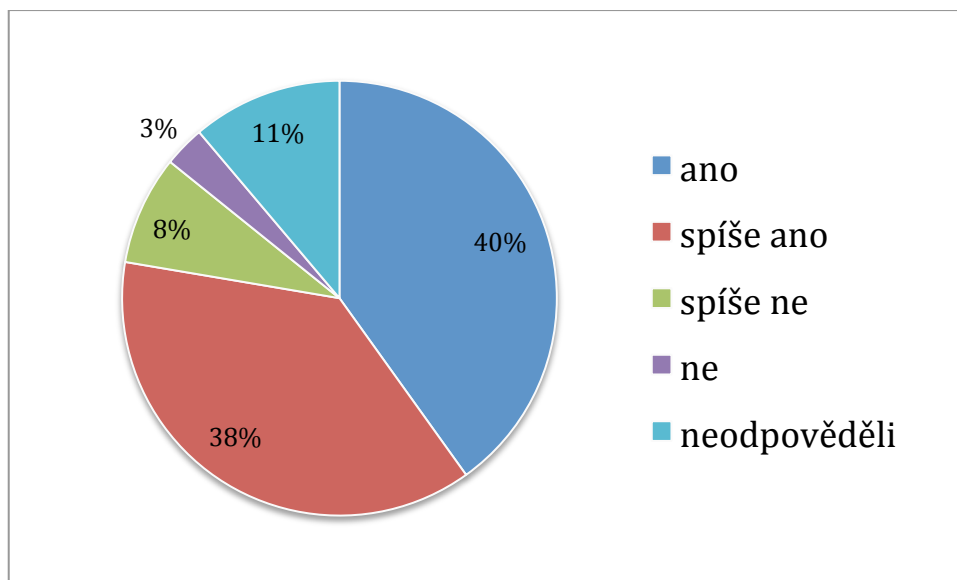
	absolutní	relativní
hlas matky	148	11,8 %
dotyková stimulace	108	8,6 %
řeč	122	9,7 %
zpěv	93	7,4 %
polohování	98	7,8 %
krmení stříkačkou	96	7,6 %
iniciální dotek	93	7,4 %
houpací pohyby	74	5,9 %
dudlík	67	5,3 %
hračka přinesená rodiči	63	5,0 %
poloha hnízdo	53	4,2 %
celková zklidňující masáž	36	2,9 %

pouštění muziky	30	2,4 %
somatická stimulace obličeje dítěte před krmením	40	3,2 %
celková zklidňující koupel	32	2,5 %
masáž stimulující dýchání	28	2,2 %
vibrační hračky	21	1,7 %
poloha mumie	25	2,0 %
kontaktní dýchání	19	1,5 %
mikropolohování	12	1,0 %
	1258	100 %

(*) Bylo možno vybrat více odpovědí

K dílčímu cíli č.2 Které techniky a metody se využívají pro aplikaci bazální stimulace, se vázala položka dotazníku č.12, která zjišťovala techniky BS nejvíce používané. Jak ukazuje graf/tabulka č.12 celkem uvedly 1258 odpovědí (100 %). Nejvíce využívané techniky BS jsem rozdělila do tří kategorií. Nejvíce využívanou technikou je hlas matky. Celkem odpovědělo 148 respondentek (11,8 %). Dále řeč, kterou využívá 122 respondentek (9,7 %). 108 respondentek (8,6 %) používá dotykovou stimulace. Dalšími často využívanými technikami jsou: polohování – 98 respondentek (7,8 %), krmení stříkačkou – 96 respondentek (7,6 %), iniciační dotek – 93 respondentek (7,4 %), zpěv – 93 respondentek (7,4 %), houpací pohyby – 74 respondentek (5,9 %), dudlík – 67 respondentek (5,3 %), hračka přinesená rodiči – 63 respondentek (5,0 %) a polohu hnízdo – 53 respondentek (4,2 %). Méně využívanými technikami BS jsou: somatická stimulace obličeje dítěte – 40 respondentek (3,2 %), celková zklidňující masáž – 36 respondentek (2,9 %), celková zklidňující koupel – 32 respondentek (2,5 %), pouštění muziky – 30 respondentek (2,4 %), masáž stimulující dýchání – 28 respondentek (2,2 %), poloha mumie – 25 respondentek (2,0 %), vibrační hračky – 21 respondentek (1,7 %), kontaktní dýchání – 19 respondentek (1,5 %). Nejméně využívanou technikou je mikropolohování. Odpovědělo celkem 12 respondentek (1,0 %).

Graf č. 21: Pozitivní vliv konceptu na zlepšení stavu nezralého novorozence

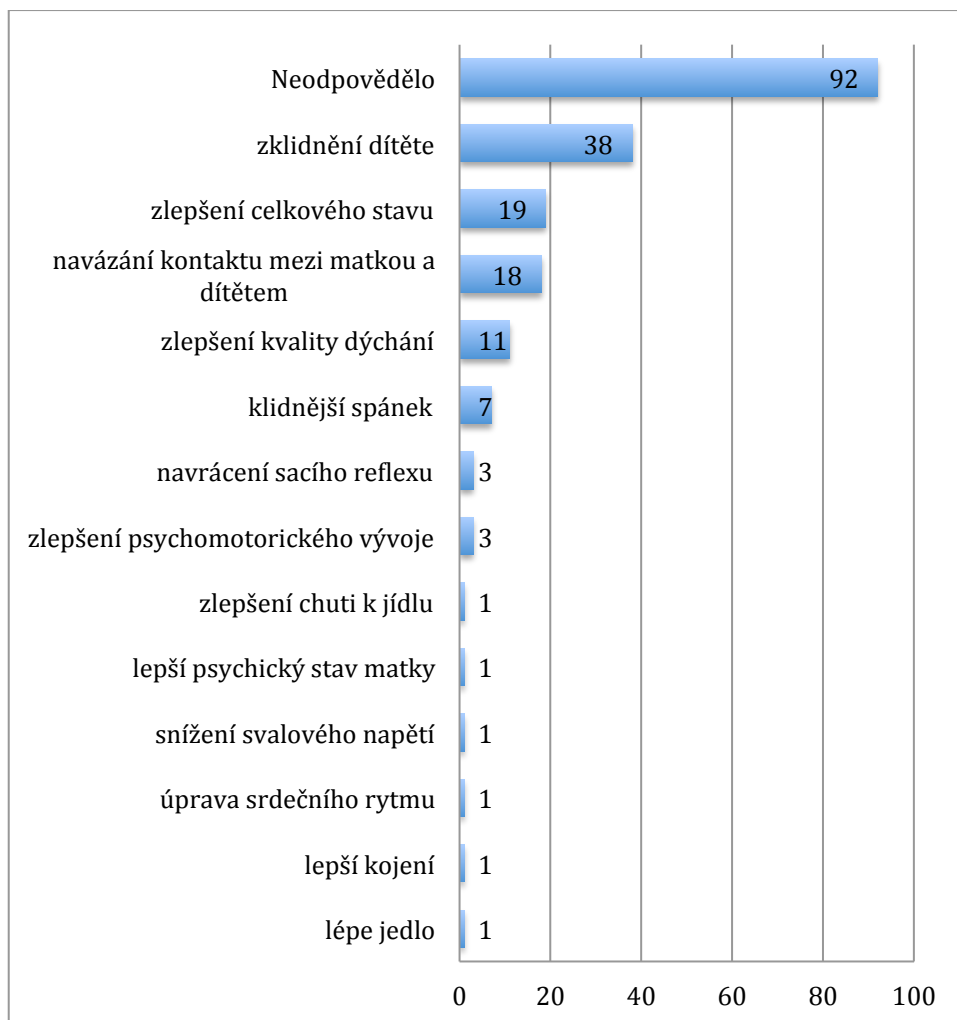


Tabulka č. 32: Pozitivní vliv konceptu na zlepšení stavu nezralého novorozence

	absolutní	relativní
ano	79	40,1 %
spíše ano	74	37,6 %
spíše ne	16	8,1 %
ne	6	3,0 %
neodpověděli	22	11,2 %
	197	100 %

K dílčímu cíli č.3 Zda může využívání prvků konceptu bazální stimulace ovlivnit vývoj nezralého novorozence a ve kterých oblastech, se vázala položka č.13, která zjišťovala pozitivní vliv konceptu na zlepšení stavu nezralých novorozenců. Jak ukazuje graf/tabulka č. 13, 79 respondentek (40,1 %) uvedlo, že koncept BS má pozitivní vliv na zlepšení stavu u jejich dítěte. „Spíše ano“ uvedlo 74 respondentek (37,6 %). Pouze 6 respondentek (3,0 %) nevidí žádný pozitivní vliv při využívání konceptu BS. A 16 respondentek (8,1 %) uvedlo, že „spíše ne“. Z celkového počtu neodpovědělo 22 respondentek (11,2 %).

Graf č. 22: Konkrétní příklady zlepšení



Tabulka č. 33: Konkrétní příklady zlepšení

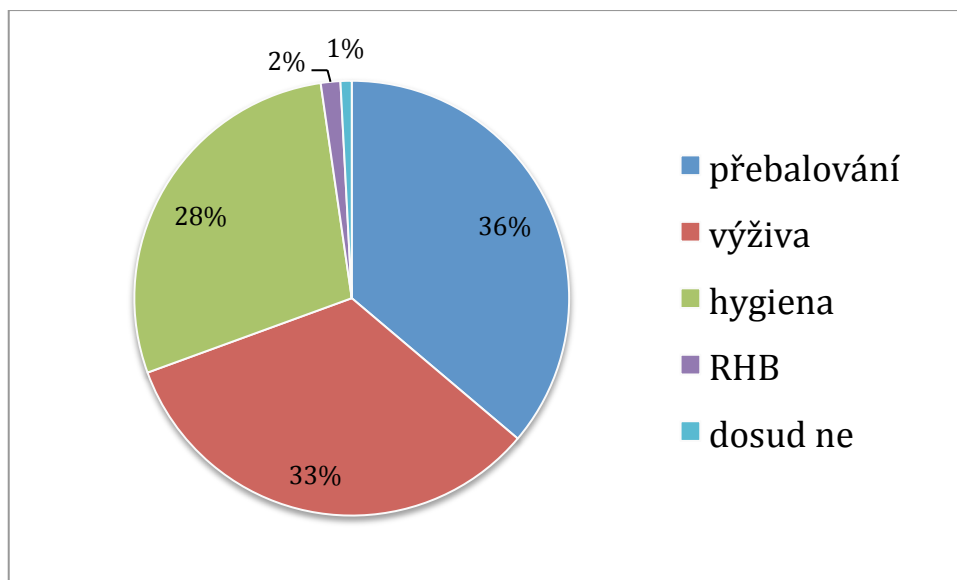
	absolutní	relativní
lépe jedlo	1	0,5 %
lepší kojení	1	0,5 %
úprava srdečního rytmu	1	0,5 %
snížení svalového napětí	1	0,5 %
lepší psychický stav matky	1	0,5 %
zlepšení chuti k jídlu	1	0,5 %
zlepšení psychomotorického vývoje	3	1,5 %
navrácení sacího reflexu	3	1,5 %
klidnější spánek	7	3,6 %
zlepšení kvality dýchání	11	5,6 %
navázání kontaktu mezi matkou a dítětem	18	9,1 %
zlepšení celkového stavu	19	9,6 %
zklidnění dítěte	38	19,3 %

Neodpovědělo	92	46,7 %
	197	100 %

(*) Bylo možno vybrat více odpovědí

K dílčímu cíli č.3 Zda může využívání prvků konceptu bazální stimulace ovlivnit vývoj nezralého novorozence a ve kterých oblastech, se vázala položka č.14, která zjišťovala příklady zlepšení stavu nezralých novorozenců. Jak ukazuje graf/tabulka č. 14, koncept BS přispívá nejvíce ke zklidnění dítěte. Celkem odpovědělo 38 respondentek (19,3 %). 19 respondentek (9,6 %) uvedlo zlepšení celkového stavu. 18 respondentek (9,1 %) uvedlo lepší navázání kontaktu mezi matkou a dítětem. 11 respondentek (5,6 %) uvedlo zlepšení kvality dýchání. Pouze 7 respondentek (3,6 %) uvedlo klidnější spánek. 3 respondentky (1,5 %) uvedly navrácení sacího reflexu. Další 3 respondentky (1,5 %) vidí zlepšení psychomotorického vývoje. A vždy po 1 respondentce (0,5 %) vidí zlepšení: v chuti k jídlu, ve snížení svalového napětí, v úpravě srdečního rytmu, ve zlepšení kojení, jídle a v lepším psychickém stavu matky.

Graf č. 23: Zapojení do ošetrovatelské péče



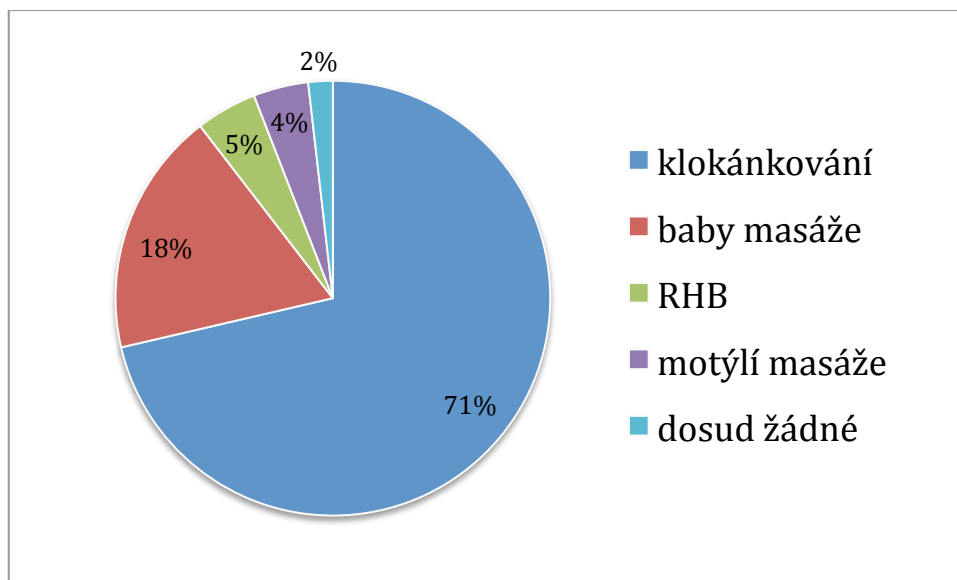
Tabulka č. 34: Zapojení do ošetrovatelské péče

	absolutní	relativní
přebalování	174	36,2 %
výživa	160	33,3 %
hygiena	136	28,3 %
RHB	7	1,5 %
dosud ne	4	0,8 %
	481	100 %

(*) Bylo možno vybrat více odpovědí

Respondentky měly možnost vybrat více odpovědí. Celkem uvedly 481 odpovědí (100 %). Nejvíce respondentek bylo zapojeno do přebalování a to 174 respondentek (36,2 %). 160 respondentek (33,3 %) bylo zapojeno do výživy svého dítěte. 136 respondentek (28,3 %) bylo zapojeno do hygieny svého dítěte. Pouze 7 respondentek (1,5 %) bylo zapojeno do RHB u svého dítěte. Celkem 4 respondentky (0,8 %) uvedly, že dosud nebylo zapojeno do ošetrovatelské péče u svého dítěte.

Graf č. 24: Další využívané techniky



Tabulka č. 35: Další využívané techniky

	absolutní	relativní
klokánekování	157	71,4 %
baby masáže	40	18,2 %
RHB	10	4,5 %
motýlí masáže	9	4,1 %
dosud žádné	4	1,8 %
	220	100 %

(*) Bylo možno vybrat více odpovědí

K dílčímu cíli č.2 Které techniky a metody se využívají pro aplikaci bazální stimulace, se vázala položka dotazníku č.16, která zjišťovala další využívané techniky v péči o nezralé novorozence. Jak ukazuje graf/tabulka č. 16, celkem uvedly 220 odpovědí (100 %). Nejvíce využívanou technikou bylo klokánekování. Celkem odpovědělo 157 respondentek (71,4 %). Další technikou více využívanou byly baby masáže a tu uvedlo celkem 40 respondentek (18,2 %). Již méně využívanými technikami byla RHB. Celkem odpovědělo 10 respondentek (4,5 %). Dále motýlí masáže, které uvedlo 9 respondentek (4,1 %). 4 respondenty (1,8 %) z celkového počtu uvedlo, že dosud žádné techniky nevyužívalo.

Tabulka č. 36: Aktuální věk dítěte

	absolutní	relativní
1	76	48,4 %
2	28	17,8 %
3	16	10,2 %
4	10	6,4 %
5	6	3,8 %
6	4	2,5 %
7	4	2,5 %
8	5	3,2 %
9	2	1,3 %
10	1	0,6 %
11	2	1,3 %
12	1	0,6 %
13	1	0,6 %
14	0	0,0 %
15	0	0,0 %
16	0	0,0 %
17	0	0,0 %
18	1	0,6 %
	157	100 %

Nejvíce dětí bylo ve věku do 1 roku. Celkem odpovědělo 76 respondentek (48,4 %). 28 respondentek (17,8 %) odpovědělo, že jejich dítě je ve věku do 2 let. 16 respondentek (10,2 %) odpovědělo, že jejich dítě je ve věku do 3 let. 10 respondentek (6,4 %) odpovědělo, že jejich dítě je ve věku do 4 let. 6 respondentek (3,8 %) uvedlo věk dítěte do 5 let. Méně zastoupené věkové kategorie dětí byly: do 8 let – 5 respondentek (3,2 %), do 6 let – 4 respondentky (2,5 %), do 7 let – 4 respondentky (2,5 %), do 9 let - 2 respondentky (1,3 %), do 11 let – 2 respondentky (1,3 %) a vždy po 1 respondentce (0,6 %) uvedly věk dítěte do 10 let, do 12 let, do 13 let a do 18 let. Z celkového počtu 20 respondentek (10,2 %) neodpovědělo.

8 DISKUSE

Dotazníkové šetření prokázalo, že dětské sestry mají povědomí o konceptu bazální stimulace, ale ne ucelené teoretické základy. Teoretické nedostatky o konceptu se následně projevily i u předávání zkušeností matkám nezralých novorozenců. Na druhé straně se ukázalo, že v praxi využívají prvky konceptu bazální stimulace v péči o nezralé novorozence.

Analýza otázek k dílčímu cíli 1, která se zabývala prvky bazální stimulace nejvíce využívanými v péči o nezralého novorozence, prokázala, že většina dětských sester, tedy 50 (64,9%), začíná každou ošetrovatelskou činnost iniciálním dotekem. Dále bylo prokázáno, že v péči o nezralého novorozence se využívají prvky konceptu BS, jak základní a to somatické, vestibulární a vibrační stimulace, tak nastavbové prvky, a to optické, auditivní, orální a taktilně-haptické stimulace.

Analýzou otázek k dílčímu cíli 2, který se zabýval nejčastěji používanými technikami a metodami pro aplikaci BS u nezralých novorozenců, bylo zjištěno, že dětské sestry nejvíce využívají polohování, krmení stříkačkou, iniciální dotek, řeč, polohu hnízdo, hračku přinesenou rodiči, neobed ruce, dudlík, hlas, celkovou zklidňující koupel a somatickou stimulaci obličeje. Matky nezralých novorozenců uvedly jako nejčastěji využívanou techniku jejich vlastní hlas, řeč, dotykovou stimulaci, polohování, krmení stříkačkou, iniciální dotek, zpěv, houpací pohyby, dudlík, hračka přinesená rodiči a polohu hnízdo. Ve většině uvedených prvků se dětské sestry s matkami shodují, pouze některé prvky jako dotyková stimulace, zpěv nebo houpací pohyby jsou bližší matkám nezralých novorozenců, než sestrám. Další hojně využívanou technikou pro stimulaci nezralého novorozence je klokánkování, které uvedly jak dětské sestry, tak matky nezralých novorozenců. Již o něco méně využívaná technika, ale stejně zastoupena počtem respondentek jak v kategorii dětských sester, tak i matek nezralých novorozenců jsou baby masáže. Klokánkování je jedna z technik, která se využívá nejen pro stimulaci somatickou, vestibulární, vibrační, ale také olfaktorickou a auditivní. Podle studie L. Sikorové má metoda klokánkování pozitivní vliv na vzestup tělesné teploty dítěte a posílení vztahu mezi matkou a dítětem. (Sikorová, 2012, s. 497)

Analýzou otázek k dílčímu cíli 3, který se zabýval ovlivnitelností vývoje nezralého novorozence při využívání prvků konceptu BS, a ve kterých oblastech, byl zjištěn, pozitivní vliv na zlepšení vývoje nezralého novorozence, a to jak ze strany dětských sester, tak i většina matek nezralého novorozence je stejného názoru. Dětské sestry vidí v aplikaci prvků konceptu bazální stimulace nejvíce pozitivní vliv ve zklidnění nezralého novorozence, ve zlep-

šení celkového zdravotního stavu a zlepšení psychomotorického vývoje. K uvedení konkrétního příkladu se z celkového počtu respondentek vyjádřilo pouze 32 dětských sester (27,4 %). Přitom na předchozí otázku, zda si myslí, že koncept BS významně přispívá ke zlepšení stavu u nezralých novorozenců, vyjádřilo 64 dětských sester (83,1 %) odpověď „ano“ a 13 respondentek (16,9 %) zvolilo variantu „spíše ano“. Nikdo se nevyjádřil záporně. Zde bych zopakovala již výše zmíněné, že dětské sestry aplikují prvky konceptu BS, ale v důsledku neucelených teoretických znalostí nemohou uvést konkrétní příklady. Matky nezralých novorozenců vidí pozitivní vliv při využívání prvků konceptu BS také ve zklidnění svého dítěte, ve zlepšení celkového stavu a navíc uvádějí lepší navázání kontaktu mezi matkou a dítětem. Z uvedených výsledků je tedy zřejmé, že prvky konceptu BS mohou mít pozitivní vliv na zlepšení celkového stavu dítěte.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda dětské sestry znají koncept bazální stimulace a využívají jej u nezralých novorozenců na JIRPN, JIP a IMP. Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že povědomí o prvcích konceptu bazální stimulace dětské sestry mají a aplikují jej v praxi. S konceptem se seznámily na seminářích, konferencích, školeních, svých pracovištích, ale většina se zatím nezúčastnila certifikovaného kurzu BS. Absolvování certifikovaného kurzu BS může být pro dětské sestry přínosem pro pochopení smyslu využívání konceptu BS u nezralých novorozenců. Zároveň jim pomůže naučit se volit prvky konceptu pro individuální péči každého novorozence. Při správné volbě prvků konceptu u každého jednotlivce můžeme přispět na zlepšení celkového stavu. Ne všechny techniky, které se používají v bazální stimulaci, musí být každému příjemné. Ten, kdo koncept provádí, by měl umět odhadnout reakce příjemce, zda je tato technika danému jedinci příjemná a prospěšná. K tomu jsou potřebné teoretické znalosti, které umožní dětským sestrám lépe aplikovat tento koncept v praxi (Friedlová, 2007, s. 11 – 13). Z dotazníku vyplývá velice pozitivní výsledek, že většina sester má zájem se o konceptu BS dovědět více a zúčastnit se certifikovaného kurzu. Získané znalosti dětské sestry uplatní nejen při volbě vhodných prvků stimulace u každého dítěte, ale také je využijí při zapojování matek nezralých novorozenců do konceptu BS. Ze zkušeností Friedlové je velice důležité zapojit do konceptu rodiče. Péče o své dítě pomůže matce snížit pocit bezmocnosti, posílí důvěru v ošetřující personál a především jí umožní budovat vzájemný vztah mezi matkou a dítětem (Friedlová, 2012, s.44). Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že zapojení matky do péče o své dítě je velice důležité pro navázání vztahu se svým dítětem.

ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zabývá využitím prvků konceptu bazální stimulace u nezralých novorozenců. Koncept bazální stimulace navazuje na zážitky plodu z prenatálního vývoje. Snahou konceptu je navázání na tuto zkušenost z prenatálního vývoje a zprostředkovat předčasně narozeným dětem základní stimuly potřebné pro psychomotorický vývoj a podporu udržet vrozené reflexy.

Hlavním cílem této práce, bylo zjistit, zda dětské sestry znají koncept BS a využívají jej u nezralých novorozenců na JIRPN, JIP a IMP. Cíl byl splněn s využitím metody dotazníkového šetření. Pro větší objektivitu, zajímavost a srovnání bylo průzkumné šetření provedeno na dvou výzkumných souborech, které tvořily dětské sestry a matky nezralých novorozenců. Analýza těchto výsledků ukázala, že dětské sestry pracující ve FN Brno a KNTB, a. s., Zlín na JIRPN, JIP a IMP nemají zcela ucelené odborné znalosti o konceptu bazální stimulace, ale v praxi využívají některé prvky konceptu BS prostřednictvím určitých metod a technik. Pozitivní je, že většina dětských sester má zájem zúčastnit se certifikovaného kurzu bazální stimulace, aby si rozšířily své znalosti. Z výsledků šetření také vyplynulo, že má smysl využití konceptu BS u nezralých novorozenců pro jeho pozitivní vliv na zlepšení celkového vývoje předčasně narozeného dítěte, které vidí nejen dětské sestry, ale i matky nezralých novorozenců.

Dle mého názoru jsou výsledná zjištění pro praxi přínosem. Ošetrovatelská péče ze strany dětských sester se neustále zkvalitňuje, ale stále ještě existují určité rezervy, které je možné doplnit dalším vzděláváním. Doplněním si teoretických znalostí mohou pak zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče a také podpořit zapojení rodičů do péče o své dítě. Jako doporučení pro praxi bych navrhla vytvoření letáčků o možnostech využití prvků konceptu bazální stimulace pro matky nezralých novorozenců. Dětským sestram, tak letáčky napomohou, aby matky nezralých novorozenců lépe porozuměly tomuto konceptu a mohly využít další možnost, která může přispět ke zlepšení celkového vývoje jejich předčasně narozeného dítěte.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

- [1] BOREK, Ivo a kol., 2001. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. doplněné vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. ISBN 80-701-3338-4.
- [2] DOKOUPILOVÁ, Milena a kol., 2009. *Narodilo se předčasně. Průvodce péčí o nedonošené děti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-552-3.
- [3] DORT, Jiří a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-7043-944-9.
- [4] FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2011. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence*. Vybrané kapitoly. Praha: Grada Publishing a.s.. ISBN 978-80-247-3940-3.
- [5] FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a kol., 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. Péče o novorozence*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. ISBN 978-80-7013-489-4.
- [6] FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a kol., 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. ISBN 80-7013-427-5.
- [7] FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing a.s.. ISBN 978-802-4713-144.
- [8] FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 3. vydání. Frýdek – Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o.. ISBN 80-239-6132-2.
- [9] FRIEDLOVÁ, Karolína, 2008. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace*. 6. vydání. Frýdek – Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o..
- [10] FRIEDLOVÁ, Karolína, 2008. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro certifikovaný nastavbový kurz Bazální stimulace*. 6. vydání. Frýdek – Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o..
- [11] HÁJEK, Zdeněk, Eduard KULOVANÝ a Milan MACEK, 2000. *Základy prenatální diagnostiky*. Praha: Grada Publishing a.s.. ISBN 80-7169-391-X.

- [12] HOUROVÁ, Martina, Milena KRÁLÍČKOVÁ a Petr UHER, 2007. *Vývoj miminka před narozením. Od embrya k porodu*. Praha: Grada Publishing a.s.. ISBN 978-80-247-1942-9.
- [13] KLÍMA, Jiří a kol., 2003. *Pediatric. Učebnice pro střední zdravotnické školy*. Praha: EUROLEX BOHEMIA s.r.o.. ISBN 80-86432-38-6.
- [14] LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a.s.. ISBN 80-247-0668-7.
- [15] MANTUA, Ania Carolina, 2009. *Pediatric*. Praha: Grada Publishing a.s.. ISBN 978-80-247-2525-3.
- [16] PEYCHL, Ivan, 2005. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-283-8.
- [17] SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing a.s.. ISBN 978-80-247-1613-8.
- [18] ZWINGER, Antonín, 2004. *Porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-246-0822-7.

Elektronické zdroje

- [19] KISVETROVÁ, Helena a Lenka MACHÁLKOVÁ, 2012. *Profesionalita v ošetrovatelství* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012 [cit. 2015-4-3]. ISBN 978-80-244-3292-2. Dostupné z: http://www.fzv.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/2012-2013/031.pdf
- [20] MASSARO, A N, T A HAMMAD, B JAZZO, H ALY, John N.I. DIETER a Eugene K. EMORY. Massage with kinesthetic stimulation improves weight gain in preterm infants. *Journal of Perinatology*. 2009, vol. 29, issue 5, s. 135-164. DOI: 10.1016/b978-0-7234-3217-3.50012-0. Dostupné z: <http://www.nature.com/jp/journal/v29/n5/pdf/jp2008230a.pdf>
- [21] MLČOUŠKOVÁ, Alena, 2014. *Péče o novorozence na JIRPn* [online]. Zlín [cit. 2015-4-2]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství. Dostupné z: <http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/27989>
- [22] SIKOROVÁ, Lucie a Monika SUSZKOVÁ. 2012. Ověření benefitů metody klokákování. In: KISVETROVÁ, Helena a kol. *Profesionalita v ošetrovatelství* [online]. [cit. 2015-3-17]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 42 – 49.

ISBN 978-80-244-3292-2. Dostupné z:
http://www.fzv.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/2012-2013/031.pdf

- [23] SIKOROVÁ, Lucie a Monika SUSZKOVÁ. 2012. Ověření benefitů metody klokánkování–pilotní studie. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2012, roč. 3, č. 4, s. 497-504 [cit. 2015-3-15]. ISSN 1804-2740. Dostupné z:
http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-04/6_sikorova.pdf
- [24] SIKOROVÁ, Lucie a Monika SUSZKOVÁ. 2011. Benefity metody klokánkování pro nedonošeného novorozence – evidence based practice. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2011, roč. 2, č. 3, s. 230-238 [cit. 2015-4-10]. ISSN 1804-2740. Dostupné z:
http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-03/1_sikorova_suszkova.pdf

Články

- [25] FRIEDLOVÁ, Karolína, 2012. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v neonatologii. *Sestra*. Roč. 22, č. 3, s. 43 – 44. ISSN 1210-0404.
- [26] MAGUROVÁ, Dagmar, Jana BODÍKOVÁ, 2009. Kangaroo Care a jeho uplatnění v ošetrovatelské praxi. *Sestra*. Roč. 19, č. 5, s. 40 – 42. ISSN 1210-0404.
- [27] SODOMKOVÁ, Michaela, 2013. Komfort předčasně narozeného novorozence aneb „v pelíšku jako u maminky v bříšku...“ *Diagnóza v ošetrovatelství*. Roč. 9, č. 2, s. 25 – 27. ISSN 1801-1349.

Webová stránka

- [28] Institut bazální stimulace: *Historie konceptu Bazální stimulace* [online]. [cit 2015-03-25]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/historie/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

hCG	Hormon choriový gonadotropin
CNS	Centrální nervová soustava
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MSD	Masáž stimulující dýchání
JIRPN	Jednotka intenzivní a resuscitační péče, novorozenecké oddělení
JIP	Jednotka intenzivní péče
IMP	Intermediární péče
FN Brno	Fakultní nemocnice Brno
KNTB, a.s.	Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s.
BS	Bazální stimulace

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Věk respondentek	41
Tabulka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání	41
Tabulka č. 3: Počet odpracovaných let ve zdravotnictví	42
Tabulka č. 4: Pracoviště respondentek	42
Tabulka č. 5: Počet odpracovaných let na současném oddělení	43
Tabulka č. 6: První seznámení s konceptem BS	44
Tabulka č. 7: Absolvování certifikovaného kurzu BS	45
Tabulka č. 8: Zájem o absolvování kurzu BS	46
Tabulka č. 9: Školení o konceptu BS	47
Tabulka č. 10: Kolik let je používán koncept BS respondentkami	48
Tabulka č. 11: Využití prvků konceptu BS na oddělení	49
Tabulka č. 12: Délka používání konceptu na vlastním oddělení	49
Tabulka č. 13: Použití iniciálního doteku	50
Tabulka č. 14: Nejčastěji využívané techniky v konceptu BS	51
Tabulka č. 15: Pozitivní vliv konceptu na zlepšení stavu nezralého novorozence	53
Tabulka č. 16: Konkrétní příklady zlepšení	54
Tabulka č. 17: Zapojení rodičů do konceptu	55
Tabulka č. 18: Zapojení rodičů do ošetrovatelské péče	55
Tabulka č. 19: Využití dalších metod a technik při ošetřování	56
Tabulka č. 20: Věk respondentek	57
Tabulka č. 21 Nejvyšší dosažené vzdělání	57
Tabulka č. 22 Kraj respondentek	58
Tabulka č. 23: Narození dítěte podle gestačního týdne	60
Tabulka č. 24: Příčina předčasného porodu	61
Tabulka č. 25: Počet dnů pobytu v inkubátoru	63
Tabulka č. 26: Počáteční zdravotní problémy dítěte	65
Tabulka č. 27: Přetrvávající zdravotní problémy spojené s předčasným porodem	67
Tabulka č. 28: Konkrétní přetrvávající zdravotní problémy	68
Tabulka č. 29: První seznámení s konceptem BS	69
Tabulka č. 30: Absolvování kurzu BS	70
Tabulka č. 31: Techniky BS nejvíce používané	71
Tabulka č. 32: Pozitivní vliv konceptu na zlepšení stavu nezralého novorozence	73

Tabulka č. 33: Konkrétní příklady zlepšení.....	74
Tabulka č. 34: Zapojení do ošetrovatelské péče.....	76
Tabulka č. 35: Další využívané techniky.....	77
Tabulka č. 36: Aktuální věk dítěte.....	78

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Počet odpracovaných let na současném oddělení.....	43
Graf č. 2: První seznámení s konceptem BS.....	44
Graf č. 3: Absolvování certifikovaného kurzu BS.....	45
Graf č. 4: Zájem o absolvování kurzu BS.....	46
Graf č. 5: Školení o konceptu BS	47
Graf č. 6: Kolik let je používán koncept BS respondentkami	48
Graf č. 7: Použití iniciálního doteku.....	50
Graf č. 8: Nejčastěji využívané techniky v konceptu BS	51
Graf č. 9: Pozitivní vliv konceptu na zlepšení stavu nezralého novorozence.....	53
Graf č. 10: Zapojení rodičů do ošetrovatelské péče.....	55
Graf č. 11: Využití dalších metod a technik při ošetrování	56
Graf č. 12 Kraj respondentek.....	58
Graf č. 13: Narození dítěte podle gestačního týdne.....	60
Graf č. 14: Příčina předčasného porodu.....	61
Graf č. 15: Počet dnů pobytu v inkubátoru	63
Graf č. 16: Počáteční zdravotní problémy dítěte	65
Graf č. 17: Konkrétní přetrvávající zdravotní problémy	67
Graf č. 18: První seznámení s konceptem BS.....	69
Graf č. 19: Absolvování kurzu BS.....	70
Graf č. 20: Techniky BS nejvíce používané	71
Graf č. 21: Pozitivní vliv konceptu na zlepšení stavu nezralého novorozence.....	73
Graf č. 22: Konkrétní příklady zlepšení.....	74
Graf č. 23: Zapojení do ošetrovatelské péče.....	76
Graf č. 24: Další využívané techniky.....	77

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA PI: Iniciální dotek

PŘÍLOHA PII: Pelíšek

PŘÍLOHA PIII: Houpací pohyby

PŘÍLOHA PIV: Povolení ke sběru dat

PŘÍLOHA PV: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

PŘÍLOHA PVI: Dotazník pro dětské sestry

PŘÍLOHA PVII: Dotazník pro matky nezralých novorozenců

PŘÍLOHA P I: INICIÁLNÍ DOTEK



Zdroj: fotoarchiv autora

PŘÍLOHA P II: PELÍŠEK



Zdroj: fotoarchiv autora

PŘÍLOHA P III: HOUPACÍ POHYBY



Zdroj: fotoarchiv autora

PŘÍLOHA P IV: POVOLENÍ KE SBĚRU DAT



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel: 532 231 111

ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH
VĚCÍ A PERSONALISTIKY (OOPVP)
Vedoucí útvaru:
JUDr. Alena Tobiášová, MBA
tel.: 532 232 108, fax: 532 232 293
e-mail: atobias@fnbrno.cz

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele:..... Lenka Vlčková.....

Datum narození:..... 15.6.1974..... Telefon:..... 728156594..... E-mail: lenka.vlckova@gmail.com

Adresa pro doručení dat: Mathonova 6, Brno 613 00

✓ Přesný název školy/fakulty: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií

✓ Obor studia: Všeobecná sestra

Forma studia: prezenční kombinovaná

Žadatel ve FN Brno koná odbornou praxi:

ANO na útvaru:..... v termínu od: do:

NE

Žadatel je zaměstnancem/osobou blízkou zaměstnance FN Brno:

ANO Útvar/Jméno zaměstnance FN Brno: učitelka odborné praxe ve FN Brno dětská – oční oddělení

NE

Téma závěrečné práce: Využití prvků konceptu bazální stimulace u nezralých novorozenců

Požadavek na (zaškrtněte):

Dotazníková akce pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů:..... 60, 1.6.2015.....

Termín sběru dat: od: 25.1. do: 31.3.

Útvar, kde bude dotazníková akce probíhat: JIP a IMP Obilní trh 11, JIP FN dětská, JIP a IMP FN Bohunice

Výpis ze zdravotnické dokumentace....

Předpokládaný počet dat (počet prohlednuté zdravotnické dokumentace):

..... 60

Termín sběru dat: od: 10.2. 2015 do: 31.3. 2015

Útvar, kde bude sběr dat probíhat: NO

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti): patologické novorozenci i přes doplnění dat

Ostatní (statistická data)

Rozsah sledovaného období:.....

Termín sběru dat: od:..... do:.....

Útvar, kde bude sběr dat probíhat:.....

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti):

✓ Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Datum 17. 1. 2015

Podpis: Lenka Vlčková

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 21. 1. 2015 pod číslem: 2015/8660/FN BRNO

Návrh výše úhrady za sběr dat/poskytnutí informace 9,- Kč

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas - útvar: NO

nesouhlas - útvar:

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne 06-02-2015

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: 15. 9. 2014 útvaru: ONP na pozici: PROTĚL OŘ. JAKSE

06-02-2015

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

V Brně dne

referent/vedoucí OOR

Vyjádření vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno

Vyjádření v elektronické dtb. Žádosti o sběr dat

Komentář vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno k žádosti:

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Žadateli odeslána informace o (ne)schválení žádosti dne 09-02-2015

Medicinskému/nemedicinskému útvaru žádost postoupena dne 09-02-2015

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:

souhlas žadatele s placenou službou

nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno

fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:

Požadovaná data medicinského/nemedicinského útvaru doručena na OOR

Požadovaná data postoupena

převzal žadatel osobně dne v počtu

Převzal:

(podpis žadatele) 09-02-2015

Žádost uzavřena dne:

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno



Jakse
podpis vedoucího/referenta OOR

PŘÍLOHA P V: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Bc. Lenka Vlčková	
Téma bakalářské práce	Využití prvků konceptu bazální stimulace u nezralých novorozenců	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Andrea Filová	
	 podpis	
Skupina respondentů	Matky nezralých novorozenců Sestry ošetřující nezralé novorozence	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
<i>KÚVZ, ps. ZLÍN NOVOLOŽE NECKÉ ODJELNÍ</i>	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

- 6 -11- 2014

Ve Zlíně dne

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



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

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (9)

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VI: DOTAZNÍK PRO DĚTSKÉ SESTRY

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Vlčková a studuji na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra.

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice využití prvků konceptu bazální stimulace u nezralých novorozenců.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který obsahuje otázky týkající se konceptu bazální stimulace a dalších metod a technik v péči o nezralého novorozence.

Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce. Vyplnění by Vám nemělo trvat více než 15 minut Vašeho času.

Prosím o výběr a označení pouze jedné možnosti, pokud není uvedeno jinak, u otázek bez možností, prosím o dopsání odpovědi.

Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci.

Bc. Lenka Vlčková

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - střední zdravotnická škola
 - specializační
 - vyšší zdravotnická škola
 - vysoká škola – bakalářské studium
 - vysoká škola – magisterské studium
3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
 - do 1 roku
 - do 5 let
 - do 10 let
 - 11 a více _____
4. Na kterém oddělení pracujete?
 - na jednotce intenzivní péče
 - na intramedicální péči
5. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení – uveďte v letech?

6. Kdy jste se poprvé setkal/a s konceptem bazální stimulace?
- při výuce na střední škole
 - na seminářích, konferencích, školeních
 - z odborné literatury
 - na pracovišti
 - jiné _____
7. Absolvoval/a jste kurz bazální stimulace? Pokud ano, dále vyplňte až otázku č. 9.
- ano
 - ne
8. Pokud ne, máte zájem absolvovat kurz bazální stimulace? Dále vyplňte až otázku č. 10.
- ano
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne
9. Kde jste byl/a školen o konceptu bazální stimulace?
- při studiu
 - v zaměstnání
 - certifikovaný kurz
 - nebyla jsem školená
10. Kdy jste poprvé začal/a pracovat s konceptem bazální stimulace?
- před 1 rokem
 - před 2 lety
 - před 3 lety
 - jiné _____
 - nepracuji s konceptem BS
11. Využíváte prvků konceptu bazální stimulace na Vašem oddělení? Pokud ne, vyplňte až otázku č. 19.
- ano
 - ne
12. Pokud ano, jak dlouho s konceptem bazální stimulace na Vašem oddělení pracujete? dopište
- 1 rok
 - 2 roky
 - 3 roky
 - 4 a více _____
13. Začínáte každou ošetrovatelskou činnost iniciálním dotekem?
- ano
 - ne
 - občas

14. Které prvky bazální stimulace na vašem oddělení využíváte? – lze uvést více možností

a. somatická stimulace

- iniciální dotek
- celková zklidňující koupel
- celková zklidňující masáž
- poloha mumie
- poloha hnízdo
- mikropolohování
- masáž stimulující dýchání
- kontaktní dýchání

b. vestibulární stimulace

- polohování
- houpací pohyby

c. vibrační stimulace

- hlas
- vibrující hračky

d. optická stimulace

- hračka přinesená rodiči

e. auditivní stimulace

- řeč
- zpěv
- pouštění muziky

f. orální stimulace

- somatická stimulace obličeje dítěte před krmením
- krmení stříkačkou
- dudlík

g. taktilně – haptická stimulace

- neobed ruce

15. Myslíte si, že koncept bazální stimulace významně přispívá ke zlepšení stavu u nezralých novorozenců?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

16. Pokud ano, napište v čem:

17. Zapojujete do konceptu bazální stimulace také maminku, tatínka?

- ano
- ne

18. Pokud ano, do jaké oblasti ošetrovatelské péče je zapojujete? Je možné uvést více odpovědí.

- hygiena
- výživa
- jiné _____

19. Které další metody a techniky podporující rozvoj nezralého novorozence využíváte? Je možné uvést více odpovědí.

- klokánkování
- motýlí masáže
- baby masáže
- jiné _____

PŘÍLOHA P VII: DOTAZNÍK PRO MATKY NEZRALÝCH NOVOROZENCŮ

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Vlčková a studuji na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra.

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice využití prvků konceptu bazální stimulace u nezralých novorozenců.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který obsahuje otázky týkající se konceptu bazální stimulace a dalších metod a technik v péči o nezralého novorozence.

Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce. Vyplnění by Vám nemělo trvat více než 10 minut Vašeho času.

Prosím o výběr a označení pouze jedné možnosti, pokud není uvedeno jinak, u otázek bez možností, prosím o dopsání odpovědi.

Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci.

Bc. Lenka Vlčková

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - základní
 - středoškolské vzdělání s výučním listem
 - středoškolské vzdělání s maturitou
 - vysokoškolské
3. Z kterého jste kraje (Jihomoravský, Moravskoslezský, Středočeský,.....?)
uved'te: _____
4. V kolikátém týdnu těhotenství se narodilo vaše dítě?
 - ve 24. – 25. týdnu těhotenství
 - ve 26. – 27. týdnu těhotenství
 - ve 28. – 29. týdnu těhotenství
 - ve 30. – 31. týdnu těhotenství
 - jiné _____
5. Jaká byla příčina předčasného porodu?

6. Jak dlouho bylo Vaše dítě v inkubátoru?
7. Mělo Vaše dítě počáteční problémy? Je možné označit více odpovědí.
- s dýcháním
 - s oběhovou nestabilitou
 - neudrželo si samo tělesnou teplotu
 - novorozenecká žloutenka
 - prodělalo infekci, pokud ano čeho _____
 - krvácení do mozku
 - chudokrevnost
 - jiné _____
8. Myslíte si, že nějaké problémy spojené s předčasným porodem stále přetrvávají?
- ano
 - ne
9. Pokud přetrvávají nějaké problémy, jaké?
10. Kde jste se poprvé dozvěděla o konceptu bazální stimulace?
- v nemocnici
 - od pediatra
 - z internetu
 - z odborné literatury
 - jiné _____
11. Absolvovala jste kurz bazální stimulace?
- ano
 - ne
12. Které prvky bazální stimulace jste v péči o vaše dítě využívala? Je možné označit více odpovědí.
- a. somatická stimulace
- iniciální dotek
 - celková zklidňující koupel
 - celková zklidňující masáž
 - poloha mumie
 - poloha hnízdo
 - mikropolohování
 - masáž stimulující dýchání
 - kontaktní dýchání
- b. vestibulární stimulace
- polohování
 - houpací pohyby

- c. vibrační stimulace
 - hlas
 - vibrující hračky
- d. optická stimulace
 - hračka přinesená rodiči
- e. auditivní stimulace
 - řeč
 - zpěv
 - pouštění muziky
- f. orální stimulace
 - somatická stimulace obličeje dítěte před krmením
 - krmení stříkačkou
 - dudlík
- g. taktilně – haptická stimulace
 - neobed ruce

13. Myslíte si, že koncept bazální stimulace významně přispěl ke zlepšení stavu u vašeho dítěte?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

14. Pokud ano, napište v čem:

15. Do jaké činnosti v péči o vaše dítě jste byla na oddělení zapojena? Je možné označit více odpovědí.

- hygiena
- přebalování
- výživa
- jiné _____

16. Které další metody a techniky podporující rozvoj vašeho dítěte jste využívala? Je možné označit více odpovědí.

- klokánkování
- motýlí masáže
- baby masáže
- jiné _____