

Informovanost žen o syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence

Patricie Jalůvková

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Patricie Jalůvková**
Osobní číslo: **H17186**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Informovanost žen o syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojení**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojení.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

ARMSTRONG, Vivien J., ed., Domácí první pomoc dětem: co dělat při nehodách, poraněních či nemocech. Praha: Euromedia, Esence, 2018. ISBN 978-807-5496-164.

DUNCAN, Jhodie a Roger W BYARD, SIDS Sudden infant and early childhood death: The past, the present and the future. South Australia: University of Adelaide Press, 2018. ISBN 978-1-925261-68-4.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-807-0134-894.

MUNTAU, Ania, Pediatrie. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4725-253.

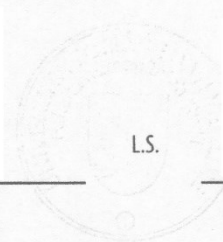
ŠTEFAN, Jiří, Soudní lékařství a jeho moderní trendy. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3594-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Žárská**

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



L.S.



PhDr. Pavla Kudřová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 30.5.2020

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se věnuje informovanosti žen o syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence. Kvalifikační práce je tvořena teoretickou a praktickou částí. Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol zabývajících se novorozeneckým, kojeneckým obdobím a syndromem náhlého úmrtí dítěte. Poslední kapitola teoretické části se věnuje první pomoci, a to konkrétně kardiopulmonální resuscitací novorozence a kojence. V praktické části jsou zpracována data z kvantitativního výzkumu, která zjišťují informovanost žen v oblasti SIDS a kardiopulmonální resuscitace dítěte. Závěrem jsou vyhotoveny jednotlivé cíle práce a popsány výsledky šetření.

Klíčová slova: novorozenec, kojeneček, SIDS, syndrom náhlého úmrtí dítěte, kardiopulmonální resuscitace

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with women's awareness of the sudden death syndrome of newborns and infants. The qualification work consists of a theoretical and a practical part. The theoretical part consists of four chapters dealing with the neonatal, infant period and sudden infant death syndrome. The last chapter of the theoretical part deals with first aid, specifically cardiopulmonary resuscitation of newborns and infants. In the practical part, data from quantitative research are processed, which determine the awareness of women in the field of SIDS and cardiopulmonary resuscitation of the child. In the end, the individual objectives of the work are concluded and the results of the survey are described.

Keywords: newborn, infant, SIDS, sudden infant death syndrome, cardiopulmonary resuscitation

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Kateřině Žárské za odborné vedení mé práce, za její drahocenný čas a ochotu, kterou mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat rodině za veškerou podporu a všem respondentkám, které mi umožnili vypracovat výzkumnou část této bakalářské práce.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ	12
1.1 KLASIFIKACE NOVOROZENCE	12
1.2 FYZIOLOGICKÝ NOVOROZENEC	13
2 KOJENECKÉ OBDOBÍ	15
2.1 RŮST KOJENCE	15
2.2 VÝVOJ KOJENCE	16
3 SYNDROM NÁHLÉHO ÚMRTÍ DÍTĚTE (SIDS)	18
3.1 SYNDROM NÁHLÉHO OHROŽENÍ ŽIVOTA (ALTE)	18
3.2 HISTORIE SIDS	19
3.3 ETIOLOGIE A EPIDEMIOLOGIE SIDS.....	19
3.4 RIZIKOVÉ FAKTORY SIDS	20
3.4.1 Modifikovatelné rizikové faktory	20
3.4.2 Potenciálně modifikovatelné rizikové faktory	21
3.4.3 Nemodifikovatelné rizikové faktory	21
3.5 PREVENCE VZNIKU SIDS.....	21
3.5.1 Poloha a spánek dítěte	22
3.5.2 Prostředí	23
3.5.3 Užívání dudlíků	24
3.5.4 Monitoring dechu	24
4 PRVNÍ POMOC	26
4.1 NEODKLADNÁ KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE (KPR).....	26
4.1.1 Kardiopulmonální resuscitace u novorozence a kojence	26
II PRAKTICKÁ ČÁST	30
5 METODIKA PRÁCE	31
5.1 FORMULACE PROBLÉMU	31
5.2 CÍLE PRÁCE	31
5.3 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	31
5.4 METODA SBĚRU DAT	32
5.5 ORGANIZACE VÝZKUMU	32
6 ZPRACOVÁNÍ DAT KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU	33
6.1 PREZENTACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	33
7 DISKUZE	56
7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61

ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64
SEZNAM TABULEK.....	68
SEZNAM GRAFŮ	69
SEZNAM PŘÍLOH.....	70

ÚVOD

Syndrom náhlého úmrtí dítěte je jev, kdy naprosto zdravé dítě znenadání ve svém pokojném spánku přestává dýchat. Nic netušící rodič tak nalézá ráno své dítě bez známek života.

Jedná se o náhlou, nečekanou smrt dítěte, která je dosud v moderní medicíně brána jako jedna z nejzáhadnějších záležitostí. V České republice zemře na syndrom náhlého úmrtí dítěte ročně několik desítek dětí. Po těchto dětech tedy zbydou v budoucnu pouze prázdné postýlky. Z toho důvodu se tomuto syndromu říká také postýlková smrt. Tato bakalářská práce se věnuje tomuto syndromu, a to jak teoreticky, tak prakticky.

Práce byla rozdělena na několik kapitol. První kapitola teoretické části se zaměřuje na novorozenecké období, kde je rozebrána klasifikace novorozence. Následně je popsán fyziologický novorozenec a znaky jeho donošenosti. Ve druhé kapitole se zabýváme kojeneckým obdobím, jeho růstem a vývojem. Hlavní, třetí kapitola, se zabývá problematikou syndromu náhlého úmrtí dítěte a je rozřazena do tří podkapitol. První se věnuje syndromu náhlého ohrožení života, tedy stavu, který předchází syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence. Druhá podkapitola obsahuje veškeré poznatky související s historií tohoto syndromu, etiologií a epidemiologií SIDS. Dále jsou uvedeny rizikové faktory SIDS a prevence syndromu náhlého úmrtí dítěte. Poslední kapitola teoretické části popisuje první pomoc, a to konkrétně postupy při poskytování kardiopulmonální resuscitace novorozence či kojence. V praktické části jsou jednotlivě rozebrány výsledky kvantitativního výzkumu, kde jsou výsledky znázorněny formou tabulek nebo pomocí grafů. Dále jsou rozebrány jednotlivé cíle práce a shrnutí výsledků šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ

Novorozenecké neboli také neonatální období se datuje od začátku narození dítěte až do dokončeného 28. dne po porodu. Začátek neonatálního období zahajuje etapa nazývaná se užší novorozenecké období, které končí 7. dnem života novorozence. Je to období obsahující několik zásadních změn, kdy se novorozenec přizpůsobuje životu mimo vyživující a naprosto chráněné tělo matky. Nejzásadnější změny se v tomto adaptačním období týkají krevního oběhu a dýchání (Klíma, 2016, s. 32).

Stadium trvající od narození do ukončeného 28. dne se nazývá širší novorozenecké období, ve kterém pokračuje adaptace na vnější prostředí (Houštková, 2009, s. 75).

1.1 Klasifikace novorozence

Novorozenec se člení do dvou základních skupin – podle délky těhotenství a podle jeho porodní hmotnosti (Fendrychová, 2009, s. 19).

Podle délky těhotenství je dítě rozděleno na novorozence donošeného, nedonošeného a přenášeného. Měření tělesných rozměrů plodu pomocí ultrazvuku současně s hodnocením tělesných znaků zralosti slouží k přesnějšímu určení gestačního stáří (Paulová, 2009, s. 53).

Novorozenec narozen v termínu neboli donošený se určuje podle gestačního věku, který je mezi 38.-42. týdnem. Pokud se jedná o dítě narozené před termínem a gestační věk je pod 38. týden, jedná se o novorozence nedonošeného. Dítě potermínové neboli přenášené se určuje gestačním věkem nad 42. týden. Jedinci předčasně narozeni či přenášení jsou v budoucnosti vystavováni pro svůj věk typickým problémům (Fendrychová, 2009, s. 19-20).

Další klasifikace novorozence je dle vztahu porodní váhy ke gestačnímu stáří. Rozlišují se na jedince euforické, hypertrofické a hypotrofické. Euforičtí novorozenci mají porodní hmotnost v rozmezí 5-95. percentilem, který je adekvátní ke gestačnímu stáří. Je-li porodní hmotnost nad 95. percentilem odpovídajícího gestačního stáří, pak se jedná o jedince hypertrofického. Hypotrofický novorozenec je tedy ten, jehož porodní hmotnost představuje percentil pod 5. odpovídajícího gestačního věku (Hájek, 2014, s. 215).

Zároveň se hodnotí novorozenci dle jejich váhy po narození. Podle této skutečnosti se klasifikují na děti s velkou porodní hmotností (4 500 g a více), s normální porodní hmotností (2 500 g–4 500 g), s nízkou porodní hmotností (2 500 g a méně), s velmi nízkou porodní

hmotností (1 500 g a méně) a novorozenci s extrémně nízkou porodní hmotností (pod 1 000 g) (Roztočil, 2017, s. 528).

1.2 Fyziologický novorozenec

„Fyziologický novorozenec je definován jako donošený, eutrofický novorozenec s normální poporodní adaptací a bez přítomnosti vrozených vývojových vad.“ (Roztočil, 2017, s. 528)

Fyziologický novorozenec je rozeznán podle somatických a funkčních známek zralosti. Somatické známky zralosti zahrnují vyvinutý podkožní tuk, viditelné vrásknění dlaní a plosek nohou, přerostlé okraje nehtů a úpon pupečníku uprostřed břicha. Ušní i nosní chrupavky jsou pevné a elastické, malé stydké pysky u děvčátek jsou kryty velkými stydkými pysky a u chlapců jsou v šourku plně sestouplá varlata. Mezi funkční známky zralosti novorozence patří dobrá schopnost termoregulace, přítomnost životně důležitých reflexů (sacího, polykacího apod.), zralé plíce bez dýchacích problémů, a také funkčnost jater, GIT a močového systému (Fendrychová, 2009, s. 20).

Fyziologický jedinec je narozen mezi 38.–42. týdnem a jeho váha je okolo 2 500–4 500 g. Tepová frekvence se pohybuje přibližně okolo 130 tepů/min a dýchá 40 dechy/min. Tělesná teplota se měří v konečníku a její hodnota je 36,6–37 °C. Kůže novorozence je chráněná mázkem. Na ramenech a zádech se nachází lanugo (Kelnarová, 2016, s. 97).

U fyziologického jedince se na hlavě uprostřed temene nachází vazivový lupínek neboli fontanela. Je to měkká kostěná pokrývka hlavy s velikostí 1–2 x 2 cm. Velká fontanela se vyskytuje na temeni a mezi záhlavím a temenem se nachází fontanela malá. Dále jsou pozorovány oči dítěte, které jsou na přímém světle uzavřené. Po otevření je dítě schopné sledovat objekty vzdálené 25 cm od něj. Snaží se vsunout svou pěst do úst a cumlat ji, přičemž je vidět čistý a ničím nepotažený jazyk. Krk má pevný a krátký. Hrudník není v místě přechodu propadlý do břicha. Ke konci prvního týdne se kvůli zvýšené a po porodu opět snížené hladiny hormonů vytvoří zduření prsní žlázy, které po týdnu samo opět vymizí. Bříško je plné a vypouklé, které obsahuje uvnitř tmavě zelenočernou stolici, jenž se nazývá smolka. Tato smolka se v průběhu těhotenství kupila ve střevech a do 24 hodin po porodu je zpravidla vyprázdněna z těla ven. Na konci prvního týdne má již novorozenec stolici žlutou a je kašovitě struktury. Pohlavní orgány u dětí jsou zbarveny nápadně do růžova. U chlapců jsou v šourku hmatná varlata a u dívek vytéká z pochvy hlen bělavé barvy, který zabraňuje proniknutí exkrementů do dělohy. Fyziologičtí novorozenci obvykle poprvé močí do 48 hodin po porodu, kdy se první den moč ani nezaznamená, jelikož je množství moči malé.

Dítě má po narození pevné kyčle a stehna volné od sebe. Kyčle v průběhu několika dnů po porodu postupně povolují (Paulová, 2009, s. 54–56).

Pro zralého novorozence je charakteristické držení těla ve flexi, kdy má skrčené všechny končetiny včetně prstů na ruce i na nohou. Tento způsob držení těla se podobá pozici dítěte v děloze. V leže na břiše novorozenec pohybuje končetinami a hlavou ze strany na stranu. U zdravého jedince se objevuje uchopovací reflex rukou. Dítě je schopné na podnět sevřít palcem i ostatními prsty celou dlaň na několik vteřin (Hellbrügge, 2010, s. 30, 34).

Zdravé nemluvně reaguje na sluchový podnět pomocí komunikačního projevu, který se projevuje nejčastěji pláčem a dítě tím upozorňuje na sebe a své potřeby. Umí rozlišit zvuky různého charakteru. Hlučné a nárazové zvuky mohou dítěti způsobit zděšení a následný pláč. Novorozenec dává přednost vysokým tónům před nízkými a velmi dobře je rozpozná, jelikož hluboké tóny neměly takovou možnost proniknout k plodu do nitroděložního okolí jako tóny vysoké (Mukšnáblová, 2014, s. 74, 75).

2 KOJENECKÉ OBDOBÍ

Kojenecké období se datuje od porodu do dokončeného 1. roku života dítěte. Do tohoto období se řadí také období novorozenecké. V tomto období probíhají největší změny v oblasti vývoje psychomotoriky a růst kojence je zde velmi intenzivní. Třetina energie přijaté v potravě má podíl na růst dítěte. Na fyzickou a mentální činnost se pak podílí zbylá energie, která je velice důležitá zejména v oblasti motorického a psychického vývoje. K řádnému růstu, vývoji a dozrávání určitých systémů je důležité složení potravy z potřebných živin a pohoda v rodinném prostředí (Klíma, 2016, s. 32).

2.1 Růst kojence

To, že kojenecké období je nejintenzivnější růstové období v postnatálním životě, dokazuje rychlost růstu kojence, která svou porodní váhu v rozmezí 5. a 6. měsíce zdvojnásobí a ke konci tohoto období dokonce ztrojnásobí. Kojenec poroste v tomto období od narození o 50 %, tedy přibližně o 25 cm. Rozměry se zvětší také na hlavě, a to v půl roce života dítěte z 34 cm na 43 cm a po 1. roce až na 46–48 cm. Obvod hrudního koše přesáhne obvod hlavy a takto to již zůstává po zbytek života jedince (Klíma, 2016, s. 32).

V průběhu 6.–10. měsíce se začne objevovat mléčný chrup a jako první se začínají prořezávat řezáky (Klíma, 2016, s. 32).

Potrava kojence by se měla skládat ze správně vyrovnaných a potřebných živin, měla by být dostatečně kalorická a obohacená vitaminy. Správnou výživu by měl doplňovat dostatečný příjem tekutin (Klíma, 2016, s. 32).

V kojeneckém období je důležité i u zdravého kojence sledovat v soustavném mezidobí váhu dítěte. Pokud se u dítěte nedostaví patřičné přibírání na váze nebo dokonce dojde k hmotnostnímu úbytku, je třeba změnit stravovací režim kojence, dítě převážít a objasnit příčinu tohoto problému. U plně kojených dětí se doporučuje zvážít je před kojením a ihned po kojení pro přehled o množství požitého mateřského mléka. Nejpřesnější a nejspolehlivější kontrola je vážení celých 24 hodin, kdy se po celém dni sečte množství vypitého mléka a dle tabulek se určí, zda je toto množství dostačující pro určitý váhový přírůstek (Houšťková, 2009, s. 70).

2.2 Vývoj kojence

Vývoj kojence se rozlišuje na 4 primární parametry—hrubá motorika, jemná motorika, smyslové vnímání (zrak, sluch, čich, chuť), socializace a citové vnímání (Klíma, 2016, s. 32).

Z motorického hlediska se vývoj kojence rozlišuje na vývoj motoriky, který se spíše objevuje v prvních týdnech života dítěte a na vývoj psychomotoriky. Pokud jsou pohybové projevy reflexní bez jakéhokoli podnětu, jedná se o motoriku. Pokud se ale pohyby stávají uvědomělé a nezávislé, jedná se o rozvoj psychomotorický, u kterého rozlišujeme vývoj hrubé motoriky a vývoj jemné motoriky (Sedlářová, 2008, s. 24).

Posuzování vývoje psychomotoriky v kojeneckém věku se zakládá na vývoji hrubé psychomotoriky. Vývoj motoriky vede ke vzpřímení těla a vývoji chůze (Sedlářová, 2008, s. 25).

Vývoj hrubé motoriky je důležitý zejména v oblasti poznávání okolí. Kojenec je v 6. měsíci schopný se sám od sebe bez pomoci posadit. V příštích měsících se u dítěte rozvíjí schopnost lezení a plazení po zemi. Obvykle okolo 12. měsíce je dítě schopné prvních krůčků (Sedlářová, 2008, s. 25).

V tomto rozvoji dítě získává kontrolu nad svým tělem, postupně se s ním seznamuje a poznává jeho individualitu. Každé dítě se vyvíjí a učí rozdílným způsobem—rychleji či pomaleji. Jako první se učí ovládat vleže hybnost hlavičky, při čemž se zapojuje společně krční, břišní a zádové svalstvo. Pokud je v tomto případě dítě vleže na břiše, zapojuje svalstvo prsní a ramenní. Další fáze vývoje nastává tehdy, kdy je kojeneček schopen se překulit ze zad na břicho a naopak. Tato fáze je velice důležitým zlomem ve vývinu. Poté se dostavuje plazení, které přibližně 10 % dětí vynechá a začínají rovnou chůzí. Pro jedince je v tomto vývoji důležité zjišťování rozmanitosti pohybů, kvůli vytváření nervových propojení v mozku (Labusová, 2014).

Vývoj jemné motoriky dokazuje přítomnost uchopovacího reflexu dítěte (Sedlářová, 2008, s. 24).

Děti mají od narození své pěsti sevřeny a postupně je otevírají ve svých 8 týdnech, kdy své prsty zkoumají a začínají si je cumlat. Tímto se ruka kojence stává hračkou. Do 4 měsíců se prsty z uzavřených dlaní postupně uvolňují. Kojenec se již dotýká předmětů koordinovaně a s větší jistotou. Je možné vidět snahu uchopovat určité objekty a předávat si je mezi pravou

a levou rukou. Okolo 10. měsíce se ujímají své role prsty na ruce. Jedinec bere předměty mezi natažený palec a ukazováček do dominantní ruky tzv. „pinzetovým úchopem“, který se po ohnutí prstů mění v úchop „klešťový“. Přibližně v 1. roce života je dítě schopno drobné předměty i pozvednout (Labusová, 2014).

Na začátku kojeneckého období ve 2. měsíci je dítě vleže na břicho schopno udržet nahoře hlavičku déle než 10 vteřin. Hlavička je při tom zvednutá nejméně 45° nad podložkou. Při sezení hlavičku udrží vzpřímeně 5 vteřin. Kojenec mění své chování v oblasti vnímání, kupříkladu při zazvonění zvonku dítě znehybní na moment zbystrí. Při komunikaci s dítětem kojenec matku vnímá a na tváři se v tomto měsíci objevuje první úsměv. Dostavují se první samohlásky připomínající písmena „a“ či „e“ (Hellbrügge, 2010, s. 48-52).

Půlroční dítě se již při lezení podpírá nataženými pažemi. Při této aktivitě jsou dlaně na podložce úplně rozevřené. Nad podložku se vztyčuje celý hrudník. V této poloze je dítě schopné popadnout do jedné ruky objekt ležící před ním a váhu druhé ruky přenést na předloktí. Pokud se dítě vezme za ruce, dokáže se přitáhnout do sedu. Při sezení již umí dokonale koordinovat držení hlavy. Kojenec dokáže v tomto období uchopit předmět, který je stejně velký jako jeho dlaň. Při držení předmětu je palec oproti ostatním prstům v opozici. Objevuje se schopnost přemístování předmětů z jedné ruky do druhé. Dítě má citlivý sluch, kterým je schopné v klidném prostředí rozpoznat zvuk šustícího papíru a stanovit jeho směr zdroje, od kterého znění přichází. Půlroční dítě rozpoznává cizí a blízké osoby, což dokazuje jeho úsměv, který daruje pouze blízkému člověku, a naopak k cizím lidem je odměřenější. V hlasovém projevu kojenec v 6 měsících rytmicky opakuje řetězec určitých slabik, jako je například „da-da“ (Hellbrügge, 2010, s. 82-88).

Ve 12 ti měsících je lezení po čtyřech ukončeno. Při jištění zvládne udělat několik krůčků. U dítěte převládá rovné držení a pohyb, dítě se plazí pouze při hře. V prvním roce života je dítě již schopné s pomocí dospělého ujit pár kroků. Jelikož kojenec neudrží stále rovnováhu, je dosud chůze pochybná, a proto při ní dává nohy zeširoka. Roční dítě zvládne bez problému předat držený předmět do natažených rukou či někam umístit, aniž by spadnul na zem. Je to způsobené jeho správným momentem upuštění. Objevují se náznaky prvních slovních spojení jako je například „haf-haf“ a podobně. Zvládá také porozumět jednoduchým větám vyjadřující pokyny, jako je kupříkladu „Pojď sem!“. Tyto pokyny respektuje a plní, pokud je nevyruší nějaký pro dítě důležitější objekt (Hellbrügge, 2010, s. 144-150).

3 SYNDROM NÁHLÉHO ÚMRTÍ DÍTĚTE (SIDS)

„Syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS) je definován jako náhlá, neočekávaná smrt dítěte mladšího jednoho roku, která zůstává nevysvětlena i po kompletní klinické revizi, laboratorních vyšetřeních a pitvě.“ (Fendrychová, 2009, s. 103)

SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) je částečně sporný termín, který je z jedné strany kritizován za to, že není stanovena správná diagnóza a z druhé strany za to, že byl neslučitelně užitý na veškeré druhy úmrtí kojenců. Někteří lidé byli toho názoru, že se jedná o nemoc s jednou příčinou. Tento názor byl ale v rozporu s těmi, kteří mají názor takový, že se jedná spíše o syndrom se společnými znaky, který má pravděpodobné různorodé a související rizikové faktory. Z tohoto důvodu se o tomto syndromu také říká, že je to „diagnóza bez onemocnění“. Po několika studiích se podařilo určit pár možných rizikových faktorů životního prostředí. Na základě tohoto byly po celém světě vytvořeny organizace SIDS a informační kampaně, které vedly k extrémnímu snížení úmrtí dětí na tento syndrom (Duncan a Byard, 2018, s. 1,2).

3.1 Syndrom náhlého ohrožení života (ALTE)

Syndrom náhlého ohrožení života neboli ALTE, je stav předcházející syndrom náhlého úmrtí kojence (Kraus, 2011, s. 332). Vyskytuje se zejména u předčasně narozených dětí a u kojenců mladších 10 týdnů, kdy je diagnóza základního původu ALTE nejasná (Sheldon, 2014, s. 206).

Typickými rysy pro tuto život ohrožující událost je seskupení několika jednoznačných příznaků, jako je neovladatelné a opakované zadržetí dechu, změna barvy pokožky, změna svalového napětí a kašel či zvracení. U poloviny dětí zasaženými ALTE je tento syndrom způsoben již výchozím a předcházejícím onemocněním. Ze základních onemocnění mají největší podíl komplikace zažívacího systému. Dále jsou to potíže neurologické, dýchací, srdeční a z menší části také endokrinní či metabolické. U dalších 50 % samostatně vzniklých okolností je stále příčina neosvětlena. K dostatečnému vyšetření dítěte je zapotřebí důkladně rozebraná anamnéza (Kraus, 2011, s. 332).

Před vznikem ALTE se mnohdy dostávají afektivní záchvaty, které postihují u 15-20 % jedince mladší půl roku. Při těchto záchvatech dochází ke změně barvy kůže. Z tohoto důvodu se afektivní záchvaty dělí na dva druhy – záchvaty s cyanózou a záchvaty s bledostí. (Kraus, 2011, s. 333).

Pokud je prokázán vznik syndromu náhlého ohrožení života u dítěte, je v tomto případě nezbytná hospitalizace. Při akutním stavu je nevyhnutelná intenzivní péče a následný pobyt v nemocnici, a to i přes fyziologický nález všech potřebných vyšetření (Kraus, 2011, s. 333).

Ve většině případech ovšem příznaky ustoupí dříve, než dorazí záchranná zdravotní služba (Muntau, 2014, s. 35).

3.2 Historie SIDS

První poznámky o SIDS se objevují v oblasti Mezopotámie nejméně před 2 000 lety, kdy se příčina úmrtí vysvětlovala jako „moc nemilosrdných duchů“ (Jiráková, 2014).

Další historické poznatky o syndromu náhlého úmrtí dítěte jsou dohledatelné v Bibli, kde se ve Starém zákoně udává, že za toto úmrtí je zodpovědná matka či chůva, která své dítě zalehne či přitlačí. Tato tvrzení nebyla vyvracena až do roku 1969. V průběhu prvních tisíců let katolická církev zakazovala rodičům sdílet lůžko s dítětem do 3 let a vytvářela proti tomuto jistá ustanovení. Pokud bylo toto pravidlo porušeno a dítě bylo takto neúmyslně usmrceno, následoval církevní trest. V Prusku se tento zákon vztahoval na děti mladší 2 let (Matějů a Kováč, 2006, s. 209).

Objasnění vzniku tohoto náhlého úmrtí se lidé v 19. století snažili najít hned v několika příčinách. Jako nejpravděpodobnější příčinou bylo zvětšení thymu, kdy tento lymfoepitelový orgán utlačoval tracheu a velké cévy. Díky tomuto nepříznivě účinkoval na funkci srdce a plic. Z tohoto důvodu byl tento syndrom definován jako „status thymicolymphaticus“. Jelikož tyto příčiny nebyly nikdy potvrzeny, vedly se na toto téma pochybné diskuse (Matějů a Kováč, 2006, s. 209).

První přesná definice SIDS byla představena na konferenci v Seattlu v roce 1969 (Matějů a Kováč, 2006, s. 209)

3.3 Etiologie a epidemiologie SIDS

Konkrétní příčina není dosud známá, ale předpoklad je takový, že má několik činitelů. Téměř všechna úmrtí na SIDS vznikají bez jakéhokoli podezření na nějaký problém a bez varování, přičemž dítě vypadá, že pokojně spí (Hammond, 2013, s. 555).

Předpoklad o nejpravděpodobnější příčině spočívá v poruše funkce cévního nervového systému. Nedostatečná funkce CNS způsobuje útlum dýchacího centra a z tohoto důvodu může dojít ke smrti jedince. Tvrdí se, že případný podíl má na vzniku SIDS také geneticky

podmíněná vada metabolismu. Jedná se o vady okysličování mastných kyselin a mitochondriální poruchy (Muntau, 2014, s. 35, 36).

Počet nově vzniklých případů za rok, kdy se jednalo o SIDS s fatálním koncem, bylo 2:1 000, a z toho se ze 40-50 % jednalo o případy jedinců po narození. U zdravých kojenců a jedinců, kteří již ukončili novorozenecké období života, se jedná o jednu z nejběžnějších důvodů úmrtí v těchto etapách života. Zcela výjimečně postihuje novorozence mladšího 1 měsíce a jedince, který má více než 1 rok. K syndromu náhlého úmrtí dochází nejčastěji v prvním půl roce života, a to dokonce z 95 %. Chlapci jsou oproti dívkám rizikovější skupina a SIDS se u nich objevuje z 65 %. Jelikož je prokázáno, že tento syndrom postihuje jednotlivce převážně v zimním období, je tedy incidence v zimní sezóně a je vyšší také přes víkend. Pokud se již u příbuzných syndrom náhlého úmrtí dítěte vyskytl, je pravděpodobnost postihnutí nového člena rodiny tímto syndromem pětinašobně vyšší než v ostatních rodinách (Muntau, 2014, s. 35).

Počet dětí, které zemřou na SIDS se pohybuje v České republice okolo 30-40 případů ročně (Kast-Zahn, 2011, s. 42).

3.4 Rizikové faktory SIDS

Největší nebezpečí vzniku SIDS se nachází u kojenců v rozmezí 2. a 3. měsíce. Po půl roce života dítěte je nejnižší riziko vzniku a po roce je dítě tímto syndromem již mimo ohrožení života. Jedna část odborné veřejnosti se domnívá, že je jen jedna hlavní příčina, která vede ke vzniku syndromu náhlého úmrtí dítěte. Druhá část odborníků naopak stojí za tím názorem, že SIDS způsobuje ve vývojovém stádiu více faktorů najednou (Kast-Zahn, 2011, s. 42).

Rizikové faktory můžeme zařadit do skupin modifikovatelných, potenciálně modifikovatelných a nemodifikovatelných (Herdman, 2010, s. 456).

3.4.1 Modifikovatelné rizikové faktory

Mezi modifikovatelné rizikové faktory způsobující syndrom náhlého úmrtí dítěte patří pozdní, neuspokojivá nebo žádná prenatální péče, přehřátí jedince, přílišné zavinování kojence, spací poloha na břicho či na boku, příliš měkký povrch. O modifikovatelný rizikový faktor se také jedná, pokud je dítě vystaveno cigaretovému kouři, a to jak v těhotenství, tak v postnatálním životě (Herdman, 2010, s. 456).

3.4.2 Potenciálně modifikovatelné rizikové faktory

Možný modifikovatelný rizikový faktor může být hypotrofický jedinec či nezralý novorozenec narozen před 38. týdnem těhotenství. Do této skupiny se řadí také nízký věk rodičky (Herdman, 2010, s. 456).

3.4.3 Nemodifikovatelné rizikové faktory

Mezi neměnné a neovlivnitelné rizikové faktory patří etnikum (Afroameričan či původní Američan–indián), 2–4 měsíční jedinec, mužské pohlaví a sezóna, kdy dochází k SIDS nejčastěji (Herdman, 2010, s. 456).

Muntau (2014, s. 35) udává, že mezi rizikové faktory SIDS patří mimo jiné také chronické postižení plic u novorozence (bronchopulmonální dysplazie), novorozenec umístěn v minulosti na JIP, komplikace v těhotenství či poporodní problémy, asfyxie plodu, užívání návykových látek (cigarety, drogy), špatné sociální a ekonomické podmínky a opakované těhotenství. Riziku jsou také vystaveny děti, které již postihlo ALTE či sourozenci jedinců, které zasáhlo SIDS.

Další riziková skupina ohrožena tímto syndromem je novorozenec hodnocený dle Apgarové po porodu skórem menším než 7 a spekuluje se také, že jsou ohroženy děti s nedostatkem melanotropinu (Štefan, 2012, s. 40).

Z důvodu přehnaného oblékání novorozence či kojence představuje největší riziko vzniku syndromu náhlého úmrtí zimní, eventuálně podzimní sezóna (Fendrychová, 2009, s. 103).

I když zdroj vzniku SIDS není odhalen, je známo, že se nejedná o onemocnění nakažlivé, nemá ho za následky vakcinace, zvracení či nedostatečná péče rodičů a není genetického původu (Fendrychová, 2009, s. 103).

3.5 Prevence vzniku SIDS

Vzhledem k tomu, že přesná etiologie ani jasná příčina vzniku syndromu náhlého úmrtí není známá, doporučuje se jako prevence minimalizovat či se úplně vyvarovat rizikovým faktorům, který tento syndrom způsobují (Štefan, 2012, s. 40).

Odborníci tvrdí, že by rodiče jako prevenci měli dodržovat určitá pravidla, jako je spánek dítěte na zádech na tvrdé podložce, z postýlky dítěte odebrat veškerou plyš včetně masivní deky a velkých polštářů, kojence zakrývat lehkou dekou, a to pouze po pas, kdy jsou paže dítěte položeny volně na pokrývce, miminko příliš nepřehřát a doporučuje se dítě kojit,

dokud to jde. Odborníci také radí nevystavovat jedince cigaretovému kouři, při jakékoli návštěvě požádat hosty o umytí rukou před kontaktem s dítětem a vyvarovat se osobám trpící infekcí dýchacího systému. Jestliže dítě nespí, je možné jej bez obav položit na břicho (Borgenicht, 2010, s. 215).

3.5.1 Poloha a spánek dítěte

Jelikož rodiče mají strach, že se dítě ve spánku zalkne, zakucká či udusí zvratkami, polohují kojence na břicho či na bok. Vědci ale v USA upozornili na to, že naopak u kojenců ležících na zádech se oproti ostatním dětem zřídka objevují problémy s ušními infekcemi, bolestmi břicha, horečky a plný nos, přičemž tyto problémy mohly vést k většímu riziku vzniku SIDS. Upozornili také na to, že dítě ležící na boku se lépe a snadněji přetočí na břicho, než jedinec ležící na zádech (Fendrychová, 2009, s. 103).

Díky reklamní kampani „Back to sleep“, která informovala rodiče o správné poloze na zádech dítěte ve spánku v roce 1994, se snížil počet případů zasaženými SIDS o téměř 50 % a bylo tak ve 20. století zachráněno 25 000 dětí (SIDS - prevence existuje!, 2018).

Pokud je ovšem dítě vzhůru, poloha na břicho není problém. Tato poloha vede nepochybně k lepšímu vývoji kojence a zabraňuje placatění hlavičky při časté poloze na zádech (Fendrychová, 2009, s. 103, 104).

Před spaním se dítěti doporučuje odebrat polštář z pod hlavy a místo deky pořídit zavinovačku, která je výhodnější z toho důvodu, že se ní nedá přikrýt hlava a dítě tak není vystaveno nebezpečí udušení. Pokoj, ve kterém kojeneček či novorozenec spí by měl sdílet s rodiči, ovšem ve vlastní postýlce. V tomto pokoji by nemělo být větší teplo než 18 °C a pokud je dítěti příliš velké horko, pozná se to podle zpocené šije (Muntau, 2014, s. 36).

Nedovoluje-li dítěti z jakéhokoli důvodu umístění v poloze na zádech, je možné ho umístit na bok, a to takovým způsobem, že jeho spodní paže, na které leží, bude vystrčena vpřed, a tím se stává překulení na břicho obtížnějším (SIDS - prevence existuje!, 2018).

Co se týká lůžka, ve kterém dítě spí, mělo by být vybaveno a povlečeno zcela bezpečně. Spací podložka by neměla být příliš měkká, ale naopak tvrdší a měla by pasovat přesně do postýlky. Je důležité matraci povléct prostěradlem tak, aby prostěradlo pevně drželo, nepřesahovalo okraje lůžka a bylo těsné. Pokud by prostěradlo bylo volné, mohlo by dojít k zavinutí dítěte a tím i k udušení. Jako prevence překrytí hlavičky peřinkou se doporučuje pokrývku zafixovat dolů pod matraci. Jedinci mladší jednoho roku by měli spát ve své

postýlce a nesdílet lůžko společně s rodiči. Spánek se nedoporučuje ani na vodních postelích či gaučích. Deka i prádlo v posteli by mělo být z kvalitního materiálu a nemělo by být z ovčí vlny. Je velice nebezpečné používat polohovací polštářky nebo ložní pomůcky na znehybnění, jelikož hrozí riziko otočení kojence ve spánku a následné přidušení (SIDS - prevence existuje!, 2018).

Při silném svitu slunce či hluku mají rodiče tendenci přikrývat hlavu dítěte čepicí, dekou nebo plenou, což může vést k nedostatečnému přísunu kyslíku k dítěti a zvyšuje se tak riziko udušení (SIDS - prevence existuje!, 2018).

Odborníci navrhnou, aby jedinec spal ve svém lůžku sám bez přítomnosti jiných osob, ať už sourozenců nebo rodičů. Zároveň ale nedoporučují, aby byl v pokoji sám. Společný pokoj dítěte s rodiči je prospěšný z několika důvodů. Nejpodstatnější je v tomto případě ten, že matka dokáže okamžitě zareagovat při podezření na změny dechové činnosti dítěte a má jej na dosah (Fendrychová, 2009, s. 104).

Aby se zamezilo riziku vzniku SIDS, je vhodné mít umístěnou postýlku s dítětem uprostřed místnosti. Lůžko umístěné těsně u zdi je nevhodné z důvodu nedostatečného přísunu kyslíku ke kojenci (Fendrychová, 2009, s. 104).

V místnosti, kde dítě spí by mělo být dostatečné teplo. Dostačující teplota by se měla pohybovat okolo 16-20°C. Přehřátá místnost je nepřístupná z důvodu upadnutí dítěte do hlubokého spánku a utlumení reflexů při případném dušení. Proto v prevenci SIDS hraje náležitá teplota v místnosti velkou roli (SIDS - prevence existuje!, 2018).

3.5.2 Prostředí

Jednou z nejpravděpodobnějších příčin vzniku syndromu náhlého úmrtí dítěte je abúzus cigaret v těhotenství. Dítě nacházející se v zakouřeném prostředí je taktéž vystaveno velkému riziku, jelikož u něj hrozí vznik respirační infekce, což vede k SIDS (Fendrychová, 2009, s. 105).

Rizikový je taky jakýkoli blízký kontakt s člověkem, který má kouřem načichlý oděv či ruce. Pro dítě je nejvhodnější prostředí, kde se zásadně nekouří (SIDS - prevence existuje!, 2018).

Prostředí, ve kterém se jedinec nachází, by mělo být čisté, větrané a uspořádané. Vyvarovat se lidem trpícím respiračním onemocněním je samozřejmostí. V nepořádném a dostatečně větraném prostředí je dítě ohroženo zapáchajícími látkami, což může směřovat k hypoxii kojence. Hypotéza důvodu, proč na SIDS umírají převážně chlapci, se nachází v tomto

logickém předpokladu, že chlapci se v pozici na zádech při vykonávání potřeby vymocí do přední části pleny, a tím se nosní a ústní dutina u chlapců stává přístupnější čpavku vypuzující z pleny (Fendrychová, 2009, s. 105).

Strašákem pro rodiče může být zimní období, kdy je výskyt respiračních onemocnění nejrozsáhlejší. Dalším důvodem může být špatně větraná místnost v zimní sezóně a celkové přehřívání organismu dítěte. Proto se jeví dostatečné větrání a lehké oblékání kojence v tomto období jako optimální prevence (Fendrychová, 2009, s. 105).

3.5.3 Užívání dudlíků

Jedna z prevencí SIDS je užívání dudlíků a podání dudlíku ke spaní. Předpoklad, že dudlík podaný před spaním slouží k zabránění syndromu náhlého úmrtí osvědčuje fakt, že dítě je spokojené, a tím i při spaní méně pohyblivé. Z tohoto důvodu nemá dítě nutkání se ze zad přetočit na břicho (SIDS - prevence existuje!, 2018).

Při sacím reflexu vyvolaném přítomností dudlíku se jazyk stává vzpřímenějším a umožňuje tak náležitý přísun kyslíku do respiračního systému. Mimoto dudlík v ústní dutině dovoluje dítěti být stále ve střehu i ve spánku, a tím nedochází u kojence k hlubokému spánku. S tímto úkonem ovšem nekorespondují lékaři, kteří vnímají přítomnost dudlíku ve spánku jako narušování odpočinku dítěte (SIDS - prevence existuje!, 2018).

Dítěti by se dudlík neměl nutit a podán by měl být před spaním a nikoli jestliže již dítě spí. Rodičům se radí povrch dudlíku ničím nemazat a neochucovat. Je důležité pečovat o dudlík, pravidelně čistit a vyvařovat jej. Pokud je dítě již od narození kojeno, dudlík by mu měl být podán poprvé po 1. měsíci života (Fendrychová, 2009, s. 106).

3.5.4 Monitoring dechu

Monitor dechu nazývaný také jako elektronická chůva je přístroj sloužící k zachycení respiračních anomálií, náhlého zpomaleného dechu, apnoických pauz či úplné zástavy dechu (SIDS - prevence existuje!, 2018).

Skládá se z citlivé desky, která je vložena pod matraci. Chvění podložky způsobené dýcháním dítěte je snímáno právě touto deskou. Elektronický pomocník sleduje změny zahrnující životně důležitou funkci – dýchání. Reaguje na pohyb kojence, výchyly hrudníku a při zaznamenání problému nebo zástavě dýchání začne na tomto přístroji blikat červené světýlko a spustí se hlasitý alarm. Monitor dechu se nachází v porodnicích a v některých nemocnicích je možné si jej dokonce vypůjčit domů. Elektronická chůva nevaruje rodiče

pouze před SIDS, ale také před vznikem zástavy srdeční činnosti, zneprůchodnění dýchacích cest, a také před jiným respiračním onemocněním (Gregora, 2013, s. 286).

4 PRVNÍ POMOC

„První pomoc je soubor jednoduchých a účelných opatření, jejichž cílem je záchrana života anebo zdraví.“ (Lejsek, 2013, s. 11)

V dnešní době je zdraví bráno jako běžná věc a lidé ho považují za samozřejmost. Pokud nějakým způsobem u člověka dojde k újmě na zdraví, je důležité, aby mu byla poskytnuta adekvátní první pomoc. K poruše zdraví může dojít kdykoli, kdekoli a může postihnout kohokoli. Ke zdravotní újmě může dojít prostřednictvím jiné osoby, vlastním nedopatřením či následkem dlouhodobého onemocnění. Na poskytnutí první pomoci má právo každý jedinec bez rozdílu a jeho neposkytnutí je bráno jako trestný čin. (Petržela, 2016, s. 11).

První pomoc se dělí na technickou první pomoc, laickou zdravotnickou první pomoc a odbornou zdravotnickou první pomoc (První pomoc, 2020).

Technická první pomoc se uplatňuje v případech, jako jsou požáry, dopravní nehody, poranění elektrickým proudem, úniky plynu, tonutí, zříceniny a kontakty těkavých dráždivých látek s lidskou kůží (Málek, 2019, s. 21).

Laická první pomoc je poskytnuta laikem neboli neodbornou osobou. Je to pomoc poskytována od začátků poškození zdraví postiženého do příjezdu zdravotnického týmu. Laik poskytuje pomoc s minimálním množstvím pomůcek a zcela nepřipraven. I přesto hraje v tomto mezičase poskytnutí pomoci velkou roli. Každou minutou neposkytnutí první pomoci je šance na přežití o 10% nižší (Petržela, 2016, s. 12).

Odborná zdravotnická první pomoc je prováděna odborným vyškoleným zdravotnickým týmem ve specializovaném zdravotnickém zařízení. Zdravotničtí pracovníci k tomuto úkonu používají speciální přístrojové techniky včetně diagnostických a terapeutických přístrojů (První pomoc, 2020).

4.1 Neodkladná kardiopulmonální resuscitace (KPR)

Kardiopulmonální resuscitace je soubor postupů, které slouží k obnově vitálních funkcí, jako je dýchání a krevní oběh. Provádí se nepřímou masáží srdce a umělými dechy z plic do plic (Petržela, 2016, s. 33).

4.1.1 Kardiopulmonální resuscitace u novorozence a kojence

Jelikož je srdeční zástava u dětí méně obvyklá, je o to těžší být přihlížejícím či dokonce asistovat u resuscitace dítěte. Srdeční zástava u dětí vzniká ve 2 % mimo zdravotnická

zařízení, kdežto v nemocničních zařízeních je procento zástavy o něco vyšší. Pravidelně jsou vytvářené doporučené postupy sloužící k omezení vzniku srdečních zástav a ke správnému provedení resuscitace, aby byla větší šance na přežití dítěte. Tyto postupy pravidelně vytváří mezinárodní organizace, která se resuscitací věnuje. V České republice doporučené postupy vytváří Česká resuscitační rada (Djakow, 2018, s. 139).

Aby docházelo ke správným na sebe navazujícím postupům při resuscitaci, je kladen důraz na znalost tzv. řetězce přežití, který ovlivňuje po srdeční zástavě prognózu kvality života dítěte. Řetězec přežití zahrnuje prevenci srdeční zástavy dítěte, časné rozpoznání zástavy a následně pohotovost a správné zahájení kardiopulmonální resuscitace společně s umělými vdechy (Djakow, 2018, s. 139).

Kardiopulmonální resuscitace dětí se od dospělých liší příčinou, která způsobí zástavu dechu a krevního oběhu. Nejpravděpodobnější příčinou zástavy u dětí je hypoxie. Dalšími reverzibilními pediatrickými příčinami zástavy oběhu může být ale také hypovolemie, hypotermie, hyper-/hypokalemie, srdeční tamponáda, intoxikace, tromboembolie nebo tenzní pneumotorax (Muntau, 2014, s. 546).

Z tohoto důvodu je přednostní zprůchodnit dítěti dýchací cesty a následně okysličit tělo umělými vdechy (Djakow, 2018, s. 161).

Při srdeční zástavě dítěte je na místě zajistit bezpečnost sobě a dalším zachráncům. V bezpečí se následně zjišťují reakce dítěte na podnět například oslovením či jiným dráždivým podnětem. Pokud je zachránce sám a situace to dovozuje, je vhodné si k sobě přivolat na pomoc další osobu (Djakow, 2018, s. 161).

Na řadu poté přichází zprůchodnění dýchacích cest lehkým záklonem hlavy s podsunutím dolní čelisti s následným odstraněním cizích předmětů z úst. Toto probíhá vleže na zádech spíše v neutrální poloze, jelikož nepříznivý záklon hlavy by mohl způsobit poranění dítěte. Jestliže ani poté dítě normálně nedýchá či jeho dechy jsou lapavé, doporučuje se nejméně na minutu zahájit kardiopulmonální resuscitaci. Pokud dítě ani poté nebylo vzkříšeno, je nutné okamžitě zavolat záchranný zdravotnický tým (Mýtus 60-Resuscitace dítěte se neliší od resuscitace dospělého, 2019).

Poněvadž je bezvědomí dítěte nejpravděpodobněji způsobeno dušením a dítě má nepatrné ba dokonce žádné množství kyslíku v krvi, klade se velký důraz na umělé dýchání. Z tohoto důvodu se kardiopulmonální resuscitace u novorozence a kojence započíná 5 zahajujícími vdechy (Resuscitace dětí-neboj se pomoci!, 2016).

Osoba poskytující první pomoc se nadechne, svými ústy obemkne nos i ústa dítěte a stejnoměrně vdechuje 1 vteřinu vzduch do hrudního koše, dokud se znatelně nezvětší jeho objem. Následně se sleduje zpětný spád hrudníku a proces s dalším umělým vdechem se opakuje. Tyto umělé úvodní vdechy se opakují 5krát. Pokud se z nějakého důvodu nedaří vdech vykonat, je pravděpodobné, že se v ústech dítěte nachází obstrukce ve formě cizího tělesa nebo je vykonána nevyhovující poloha hlavy (Djakow, 2018, s. 162).

V případě, že si záchránce není po pěti úvodních deších jistý, že by nastalo ze strany dítěte zdravotní zlepšení, dítě nehýbe končetinami a kůže není zružovělá, je na místě okamžitě zahájit nepřímou srdeční masáž pomocí stlačování hrudníku (Petržela, 2016, s. 37). Srdeční masáž se zahajuje také v případě, že tep dítěte se pohybuje pod 60 za minutu, a to i přes vhodnou ventilaci (Truhlář a Šeblová, 2015, s. 50).

Jedinec by měl být resuscitován vždy na rovném a pevném povrchu (Djakow, 2018, s. 163). U dětí libovolného věku se stlačuje hrudník ve spodní polovině. U novorozenců je toto stlačení minimálně do hloubky jedné třetiny předozadního průměru hrudního koše (Truhlář a Šeblová, 2015, s. 38).

U kojenců se radí, že komprese hrudníku by měla být provedena do hloubky 4 cm. Místo, kde probíhá stlačování hrudníku by nemělo být příliš vysoko a ani příliš nízko, než je doporučeno. Pokud je místo stlačení výš, než by mělo, nedochází k efektivnímu plnění srdečních dutin a k vypuzení vhodného množství krve. Pokud je naopak lokalizace při stlačování příliš nízko, může dojít k poranění orgánů nacházejících se v dutině břišní (Djakow, 2018, s. 163, 164).

U novorozenců a kojenců se stlačení provádí prostřednictvím dvou palců. Zbylé prsty obou rukou obejmou hrudník okolo a tím se zároveň pevně podloží záda dítěte. Touto technikou je vytvářen vyšší krevní tlak a průtok koronárními tepnami za cenu nižší fyzické námahy, a z toho důvodu je upřednostňována před dříve používanou technikou kompresí hrudníku dvěma prsty (Truhlář a Šeblová, 2015, s. 50).

Komprese hrudníku se u novorozenců po pěti úvodních vdeších menšího objemu provádí v poměru 3:1, tedy 3 stlačení hrudníku a 1 umělý vdech (Gregora a Velemínský, 2017, s. 235).

U kojenců se kardiopulmonální resuscitace také začíná pěti úvodními vdechy, avšak v poměru 15:2, tudíž 15 stlačení hrudníku a 2 umělé vdechy (Kardiopulmonální resuscitace dítěte, 2015).

Pokud je v této situaci na místě pouze jeden záchránce, resuscituje dítě po dobu jedné minuty a záchrannou zdravotní službu zavolá po minutovém uplynutí. Jsou-li na místě zachránci dva, dochází k situaci, kdy jeden záchránce resuscituje a další volá záchrannou službu (Truhlář a Šeblová, 2015, s. 39).

Kardiopulmonální resuscitace by se neměla přerušovat do doby, než dítě nezačne vykazovat jasné známky života, dokud nedorazí očekávaná jednotka záchranné zdravotní služby, nebo v případě, že záchránce není plně vyčerpán a není schopen pokračování (Truhlář a Šeblová, 2015, s. 39).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

Kapitola metodiky práce pojednává o tvoření a realizování výzkumu k praktické části bakalářské práce. V kapitole jsou vyřčeny cíle kvalifikační práce, podmínky pro vytvoření konsekventních výsledků a metoda provedení výzkumného šetření.

5.1 Formulace problému

Syndrom náhlého úmrtí dítěte je problematika, která převážně většině rodičů nedá spát. Ztratit totiž ve spánku své zdravé dítě již v tak raném věku je pro novopečené rodiče ta největší noční můra. V České republice tímto syndromem ročně podlehne 30-40 dětí. Z důvodu této početnosti je na místě, aby ženy byly již v průběhu dospívání dostatečně o SIDS informovány a edukovány o jeho prevenci.

5.2 Cíle práce

V této bakalářské práci byly vytyčeny 3 cíle.

Hlavním cílem bylo zjistit informovanost žen vztahující se k všeobecným vědomostem problematiky syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence.

Cílem č. 2 bylo zjistit znalost žen ohledně zahajování a poskytování první pomoci u novorozence a kojence.

Cílem č. 3 bylo zpracování edukačního materiálu ve formě stručného letáčku s podstatnými informacemi o SIDS.

5.3 Metodika výzkumného šetření

Pro naplnění cílů práce byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu ve formě anonymních dotazníků. Šetření probíhalo kvůli celosvětové epidemické situaci nákazou COVID-19 v podobě elektronického online dotazníku. Dotazník byl cílený na ženy. Kritériem pro neoptimálnější výsledky a naplnění cílů byly ženy z Moravskoslezského kraje. K předvýzkumu bylo vyplněno 10 dotazníků pro případnou nesrozumitelnost určitých pojmů v několika otázkách, na jehož základě bylo pozmeněno několik záležitostí. Následně bylo vyplněno celkem 349 dotazníků, z nichž 149 bylo vyřazeno kvůli odpovědi respondentek z jiného kraje ČR.

5.4 Metoda sběru dat

Data výzkumu byla zajištěna díky vyplnění anonymního elektronického dotazníku. Dotazník se skládal z 20 otázek, přičemž otázka č. 1 byla filtrační a zjišťovala, ze kterého kraje daná respondentka pochází. Na základě této otázky bylo tedy ze 349 dotazníků použito již zmíněných 200.

Otázky byly uzavřené a polouzavřené pro doplnění individuálních odpovědí. Uzavřených položek bylo 17 a každá z nich měla volbu jedné možné odpovědi. Zbylé 3 položky byly polouzavřené, přičemž u 2 z nich byla volba označení více možných odpovědí.

Dotazník se skládal ze tří částí. První část byla zaměřena na konkrétní údaje o respondentce. Ve druhé části byly položeny otázky zaměřené na SIDS a třetí část obsahovala otázky z poskytování první pomoci u novorozence a kojence.

5.5 Organizace výzkumu

Kvantitativní šetření ve formě elektronického dotazníku bylo vytvořeno v aplikaci osobního formuláře Google. Dotazník byl anonymní a zcela dobrovolný. Šetření bylo realizováno prostřednictvím sociálních sítí Facebook a byl zde vložen na stránky maminek z Moravskoslezského kraje. Požadovaná skupina respondentek tudíž tvořila ženy pouze z tohoto kraje. Dotazníkové šetření probíhalo od 10.3. 2020 a bylo ukončeno 26.4. 2020.

6 ZPRACOVÁNÍ DAT KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

Data získaná prostřednictvím elektronického anonymního dotazníku byla zpracována v počítačových programech Microsoft Word a Microsoft Excel ve formě tabulek a grafů.

6.1 Prezentace výsledků šetření

Demografické informace

Demografická data byla získána díky otázkám v první části dotazníkového šetření u otázek č. 1., 2., 3., 4. a 5.

Otázka č. 1 byla vytvořena jako otázka filtrační. Respondentky byly dotázány, ve kterém kraji žijí. Celkově bylo vyplněno 349 dotazníků. 149 respondentek pocházelo z jiného kraje než z Moravskoslezského. Finální počet dotazníků, které byl použit pro vyhodnocení výzkumu byl tedy 200.

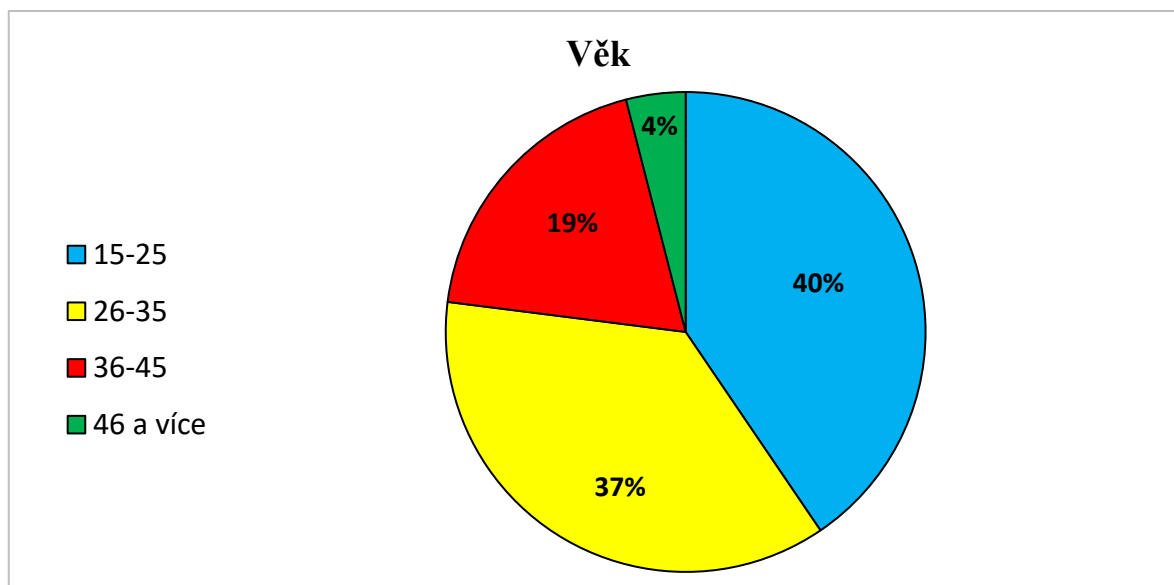
Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulka 1: Věk

Kategorie	Počet respondentek	Relativní četnost
15-25	81	40 %
26-35	73	37 %
36-45	38	19 %
46 a více	8	4 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 1: Věk



Zdroj: vlastní

Otázka č. 2 byla zaměřena na stáří respondentek. Nejpočetnější skupinu vytvářely respondentky ve věku 15-25 let, kdy z celkového počtu 200 (100 %) žen tato skupina tvořila 81 (40 %) respondentek. Druhou hojnou skupinu vytvářely v počtu 73 (37 %) respondentky ve věku 26-35 let. Ve věku 36-45 let bylo 38 (19 %) respondentek. Nejméně početnou skupinu vytvářely respondentky ve věku 46 a více let a v dotazníku odpovědělo v tomto věku pouze 8 (4 %) respondentek.

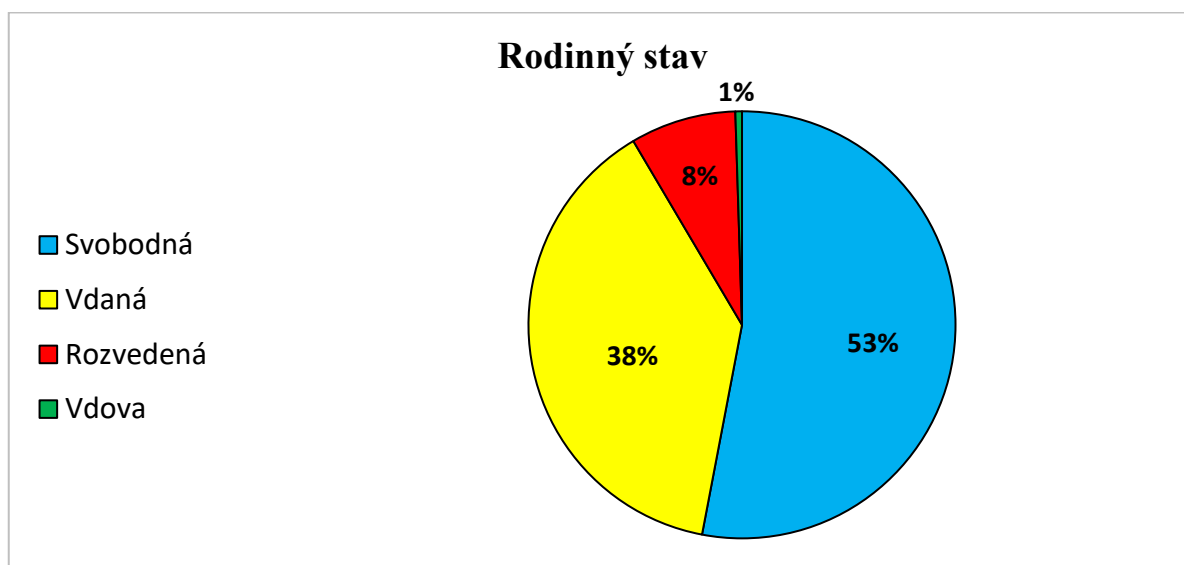
Otázka č. 3: *Jaký je Váš rodinný stav?*

Tabulka 2: Rodinný stav

Kategorie	Počet respondentek	Relativní četnost
Svobodná	106	53 %
Vdaná	77	38 %
Rozvedená	16	8 %
Vdova	1	1 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 2: Rodinný stav



Zdroj: vlastní

Třetí otázka se věnovala rodinnému stavu respondentek. Nejhojnější kategorii vytvářely v počtu 106 (53 %) svobodné respondentky. Vdaných respondentek bylo 77 (38 %). Rozvedenou skupinu tvořilo 16 (8 %) respondentek a 1 (1 %) byla vdova.

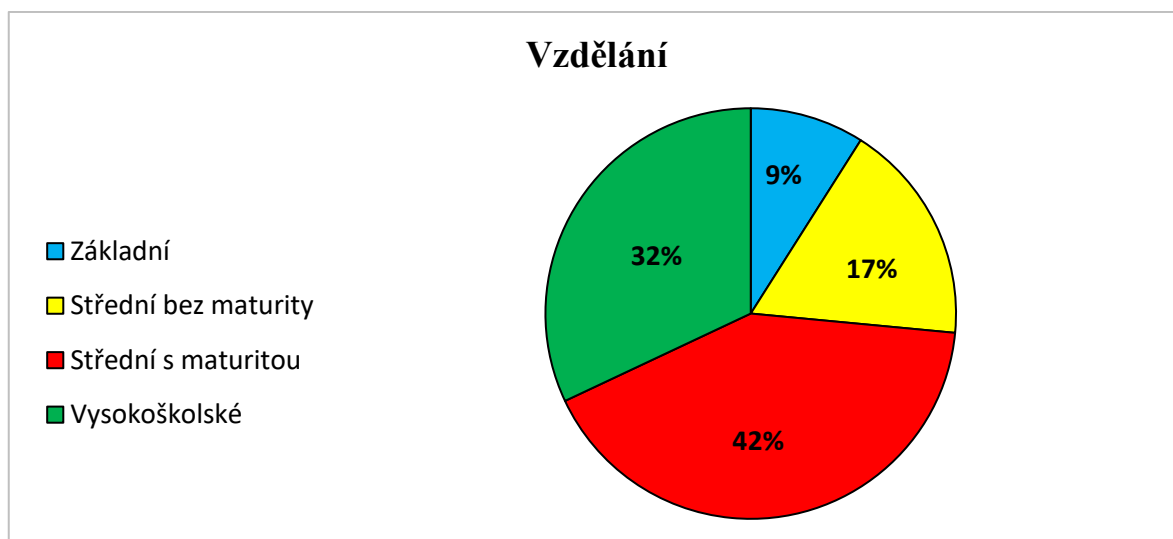
Otázka č. 4: *Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*

Tabulka 3: Vzdělání

Kategorie	Počet respondentek	Relativní četnost
Základní	18	9 %
Střední bez maturity	35	17 %
Střední s maturitou	83	42 %
Vysokoškolské	64	32 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 3: Vzdělání



Zdroj: vlastní

Bylo zjištěno, že 18 (9 %) respondentek má dokončeno základní vzdělání. Střední vzdělání bez maturity tvoří ve výzkumu 35 (17 %) respondentek. 83 (42 %) dotazovaných má střední vzdělání s maturitou a 64 (32 %) má vzdělání vysokoškolské.

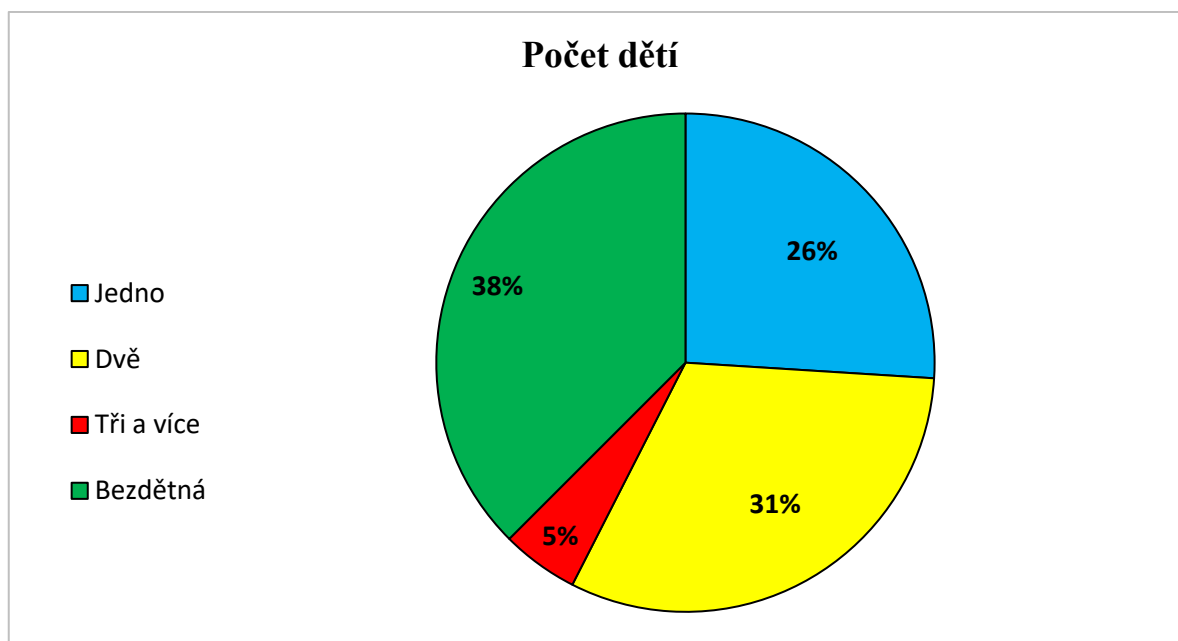
Otázka č. 5: Kolik máte dětí?

Tabulka 4: Počet dětí

Kategorie	Počet respondentek	Relativní četnost
Jedno	52	26 %
Dvě	63	31 %
Tři a více	10	5 %
Bezdětná	75	38 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 4: Počet dětí



Zdroj: vlastní

Z výzkumu vyplývá, že dotazované, které mají jedno dítě tvoří skupinu 52 (26 %) respondentek. V počtu 63 (31 %) jsou respondentky, které mají děti dvě. Nejméně početnou skupinou je 10 (5 %) respondentek se třemi a více dětmi, naopak nejvíce hojnou kategorií tvoří 75 (38 %) respondentek, které dítě nemají.

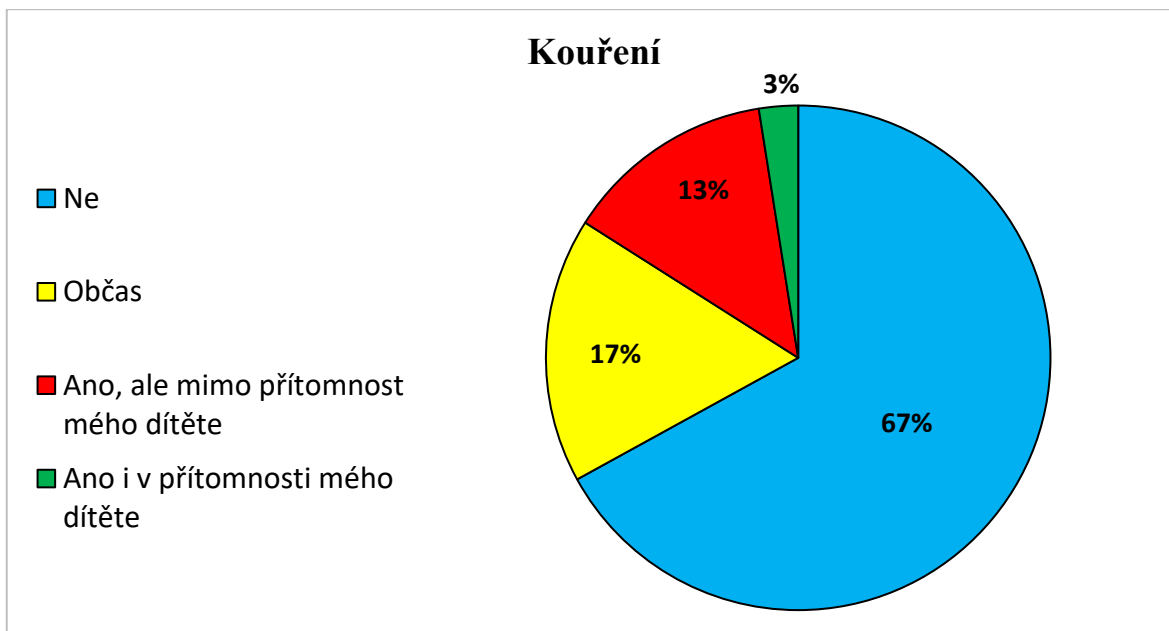
Otázka č. 6: Kouříte?

Tabulka 5: Kouření

Možnost odpovědi	Počet respondentek	Relativní četnost
Ne	134	67 %
Občas	37	17 %
Ano, ale mimo přítomnost mého dítěte	27	13 %
Ano i v přítomnosti mého dítěte	5	3 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 5: Kouření



Zdroj: vlastní

U otázky č. 6 byly respondentky dotázány, zdali kouří. V počtu 134 (67 %) převažovaly nekuřačky. 34 (17 %) respondentek zaznačilo, že kouří občas. Kuřaček, které kouří mimo přítomnost svého dítěte bylo 27 (13 %) a kuřaček kouřící v přítomnosti svého dítěte bylo 5 (3 %).

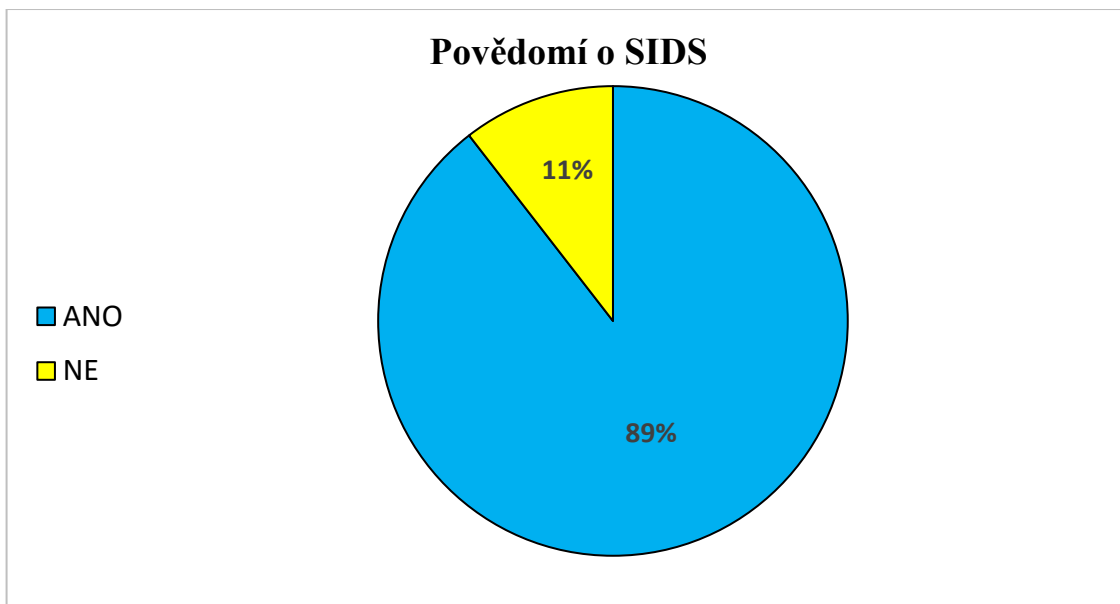
Otázka č. 7: *Slyšela jste někdy o SIDS (syndromu náhlého úmrtí dítěte)?*

Tabulka 6: Povědomí o SIDS

Možnost odpovědi	Počet respondentek	Relativní četnost
Ano	179	89 %
Ne	21	11 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 6: Povědomí o SIDS



Zdroj: vlastní

V otázce č. 7 měly respondentky uvést, jestli již někdy slyšely o syndromu náhlého úmrtí dítěte. Z 200 (100 %) dotazovaných žen odpovědělo 179 (89 %), že o tomto pojmu slyšely. Malá část 21 (11 %) respondentek dosud o SIDS neslyšela.

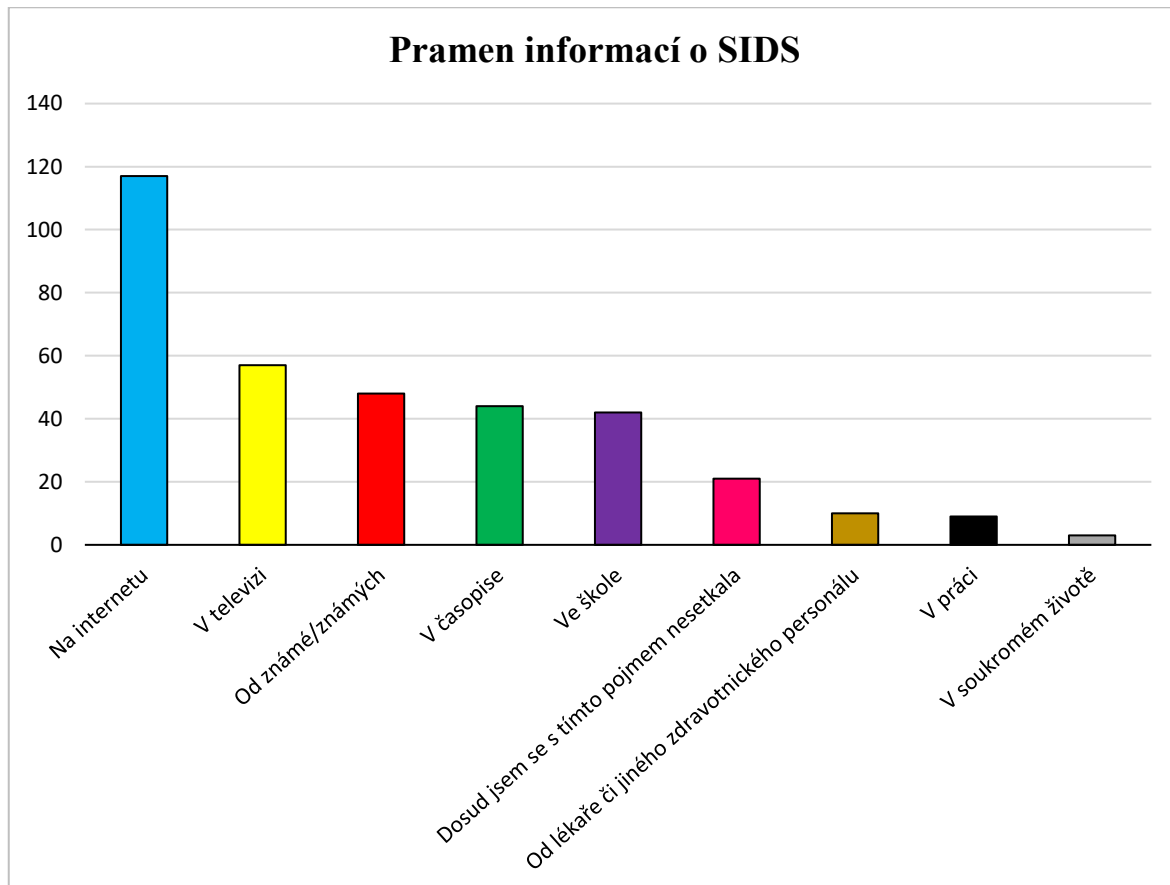
Otázka č. 8: Kde jste se s pojmem SIDS setkala?

Tabulka 7: Pramen informací o SIDS

Možnost odpovědi	Počet odpovědí	Relativní četnost odpovědí
Na internetu	117	58,5 %
V televizi	57	28,5 %
Od známé/známých	48	24 %
V časopise	44	22 %
Ve škole	42	21 %
Dosud jsem se s tímto pojmem neseťkala	21	10,5 %
Od lékaře či jiného zdravotnického personálu	10	5 %
V práci	9	4,5 %
V soukromém životě	3	1,5 %
Celkem	351	175,5 %

Zdroj: vlastní

Graf 7: Pramen informací o SIDS



Zdroj: vlastní

V položce č. 8 byla respondentkám položena otázka, kde se s pojmem SIDS setkaly. Dotazované měly na výběr z více možných odpovědí. Ke 100 % zpracování dat byl brán do úvahy tedy celkový počet odpovědí a nikoli počet respondentek. 200 dotázaných tedy dohromady zaznamenaly 351 odpovědí. Z výzkumu vyplývá, že se respondentky setkaly z 58,5 % s náhlým úmrtím dítěte na internetu a tuto odpověď označilo celkem 117 žen. V televizi se s tímto pojmem shledalo 57 respondentek. Od známé či známých se o SIDS dozvědělo 48 žen a v časopise si o syndromu náhlého úmrtí dítěte přečetlo 44 respondentek. Odpověď ve škole zaznamenalo 42 dotazovaných. 21 odpovědí bylo od respondentek, které se dosud o tomto pojmu nedoslechly. Ve zdravotnickém zařízení se od lékaře či zdravotnického pracovníka doslechlo 10 žen a v práci se s tímto setkalo 9 respondentek. 3 dotázané na tuto záležitost narazily v soukromém životě a tvoří tak nejmenší část, a to 1,5 % odpovědí.

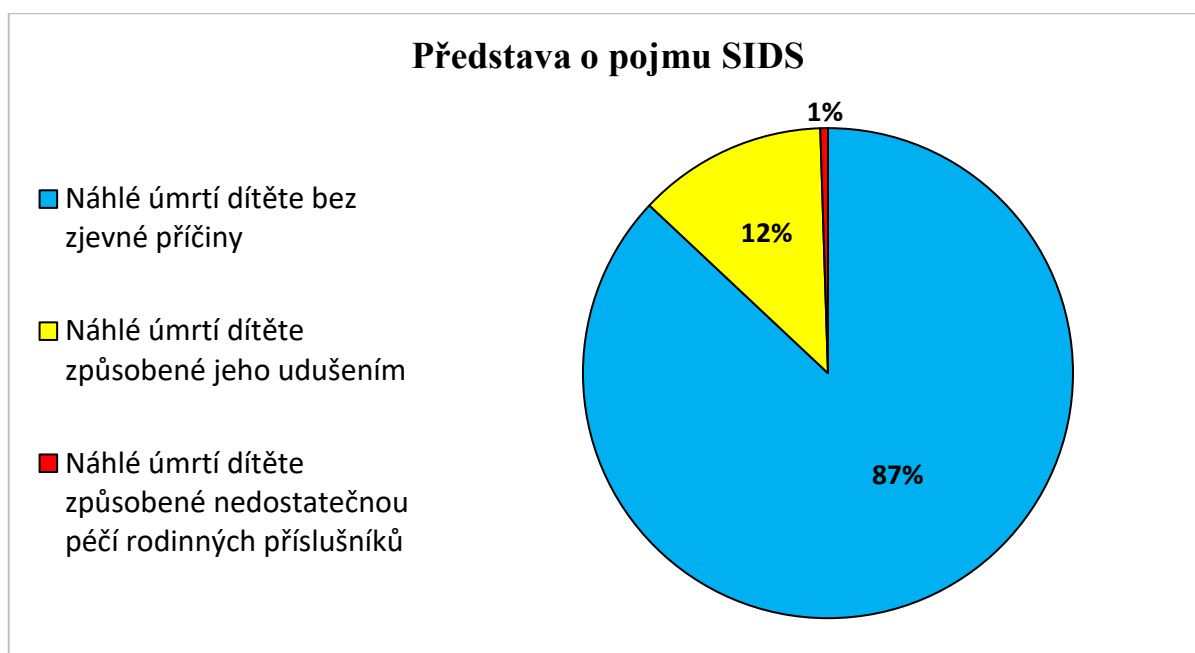
Otázka č. 9: Co si pod pojmem náhlého úmrtí dítěte představíte?

Tabulka 8: Představa o pojmu SIDS

Možnost odpovědi	Počet respondentek	Relativní četnost
Náhlé úmrtí dítěte bez zjevné příčiny	174	87 %
Náhlé úmrtí dítěte způsobené jeho udušením	25	12 %
Náhlé úmrtí dítěte způsobené nedostatečnou péčí rodinných příslušníků	1	1 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 8: Představa o pojmu SIDS



Zdroj: vlastní

U otázky č. 9 měly respondentky zodpovědět, co si představí pod pojmem SIDS. Jak je znázorněno v grafu, velká část žen ví, co tento pojem znamená. Z 200 (100 %) dotazovaných odpovědělo 174 (87 %) správně, že syndrom náhlého úmrtí dítěte značí náhlé úmrtí bez jasné příčiny. Menší část respondentek v počtu 25 (12 %) označila za správnou odpověď variantu náhlého úmrtí dítěte způsobené udušením. Pouze 1 (1 %) dotázaná uvedla, že si pod pojmem SIDS představí náhlé úmrtí dítěte vlivem nedostatečné péče rodinných příslušníků.

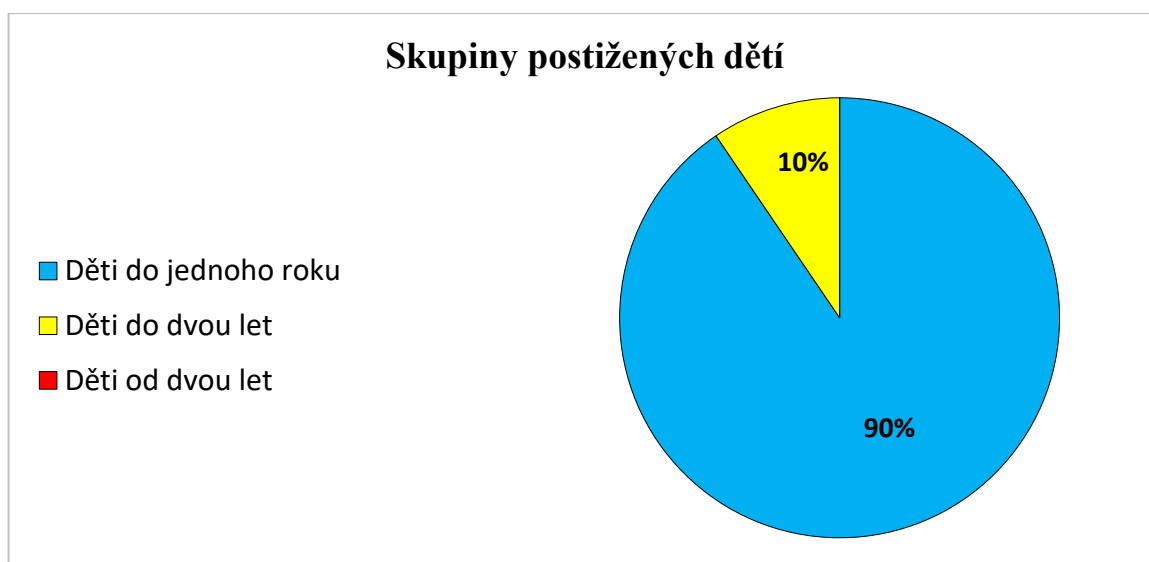
Otázka č. 10: Jaké skupiny dětí tento syndrom podle Vás postihuje?

Tabulka 9: Skupiny postižených dětí

Možnost odpovědi	Počet respondentek	Relativní četnost
Děti do jednoho roku	181	90 %
Děti do dvou let	19	10 %
Děti od dvou let	0	0 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 9: Skupiny postižených dětí



Zdroj: vlastní

Jak je vidět v grafu č. 5, respondentky měly u otázky č. 10 označit skupinu dětí, která je nejvíce syndromem náhlého úmrtí postižitelná. 181 (90 %) dotázaných označilo správně, že SIDS postihuje nejvíce děti do jednoho roku. 19 (10 %) respondentek odpovědělo, že bývají tímto syndromem postiženy děti do dvou let. V této otázce byla také možnost odpovědi, že postiženy jsou děti od dvou let, ovšem tuto variantu ne zvolila žádná žena, tedy 0 %.

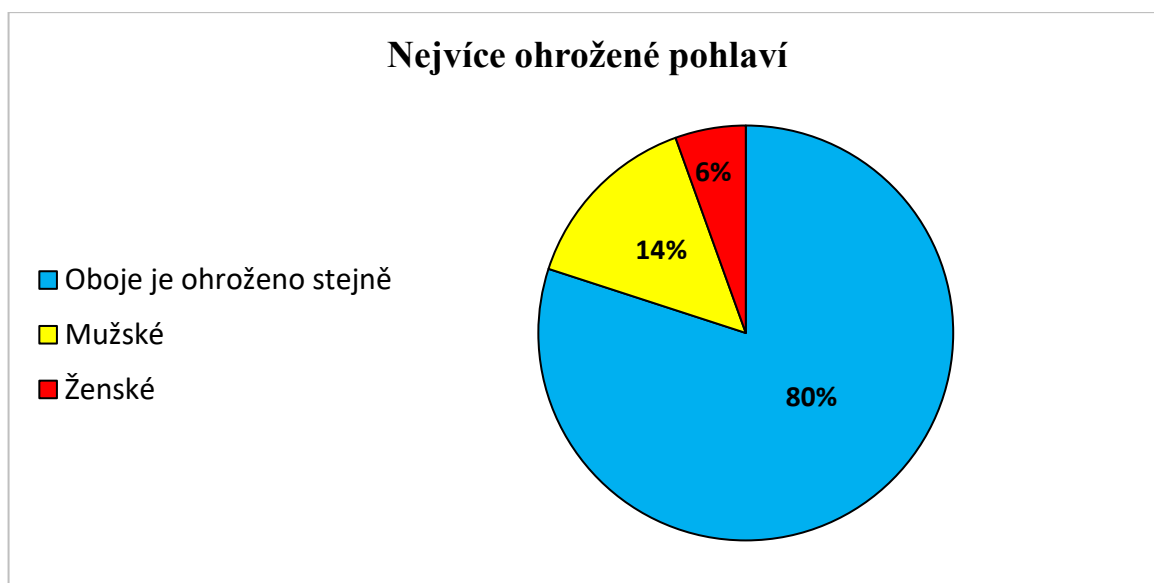
Otázka č. 11: *Víte, jaké pohlaví dítěte je syndromem náhlého úmrtí více ohroženo?*

Tabulka 10: Nejvíce ohrožené pohlaví

Možnost odpovědi	Počet respondentek	Relativní četnost
Oboje je ohroženo stejně	160	80 %
Mužské	29	14 %
Ženské	11	6 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 10: Nejvíce ohrožené pohlaví



Zdroj: vlastní

Na grafu č. 6 lze vypočítat výsledky odpovědí respondentek, které měly určit pohlaví, které bývá více syndromem úmrtí kojence či novorozence ohroženo. Nejvíce odpovědí bylo od 160 (80 %) respondentek, které si myslí, že pohlaví v tomto nehraje roli a oboje pohlaví je ohroženo stejně. Nejvíce ohroženi jsou tímto syndromem podle 29 (14 %) respondentek chlapci. 11 (6 %) žen uvedlo, že nejvíce jsou ohrožena děvčátka.

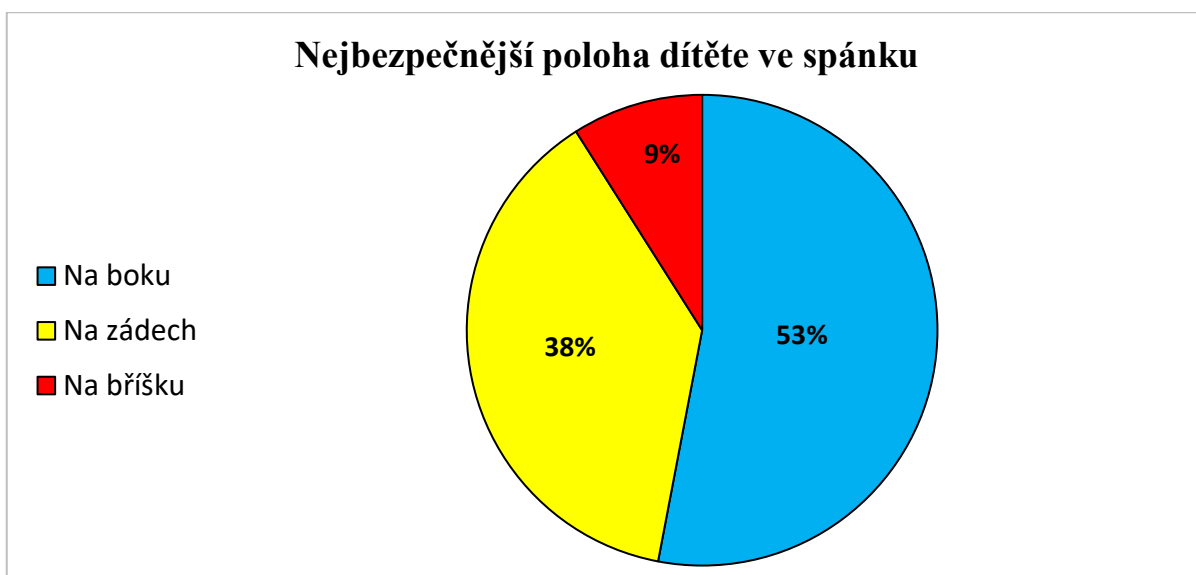
Otázka č. 12: *Jaká je dle Vás nejvíce bezpečná poloha dítěte ve spánku?*

Tabulka 11: Nejbezpečnější poloha dítěte ve spánku

Možnost odpovědi	Počet respondentek	Relativní četnost
Na boku	106	53 %
Na zádech	76	38 %
Na bříšku	18	9 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 11: Nejbezpečnější poloha dítěte ve spánku



Zdroj: vlastní

U otázky č. 12 jsme od respondentek požadovali, aby z vybraných možností vybrali nejvíce bezpečnou polohu dítěte ve spánku. Ze 200 (100 %) dotázaných odpovědělo 106 (53 %), že nejvíce bezpečná poloha spícího dítěte je na boku. 76 (38 %) žen označilo nejbezpečnější polohu dítěte ve spánku na zádech a 18 (9 %) respondentek uvedlo za nejvíce bezpečnou polohu děťátka na bříšku.

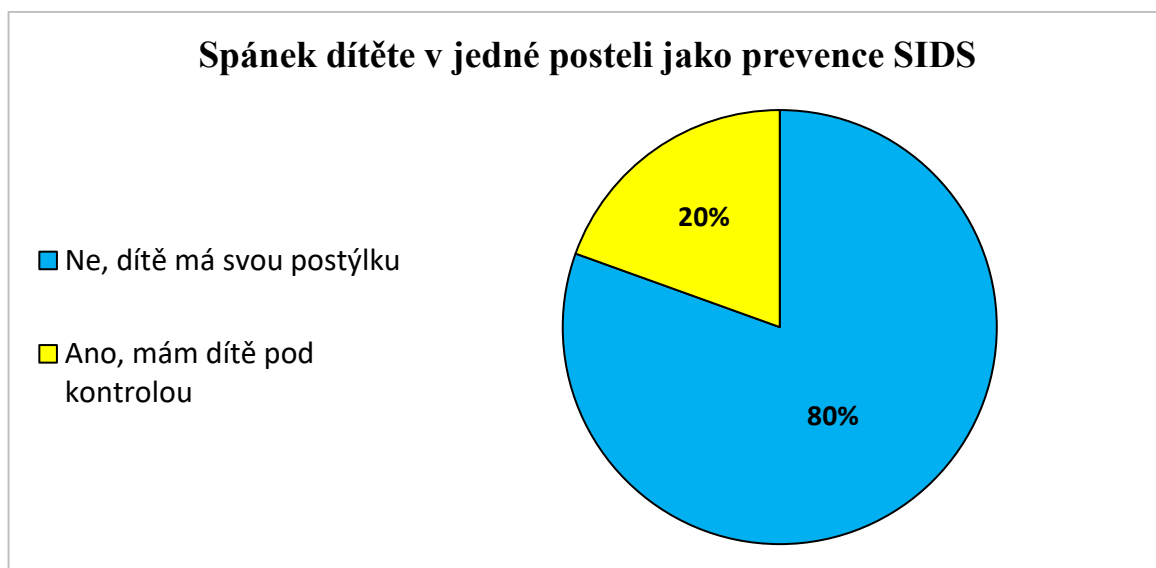
Otázka č. 13: *Myslíte si, že je vhodné jako prevence SIDS spát s dítětem v jedné posteli?*

Tabulka 12: Spánek dítěte v jedné posteli

Možnost odpovědi	Počet respondentek	Relativní četnost
Ne, dítě má svou postýlku	161	80 %
Ano, mám dítě pod kontrolou	39	20 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 12: Spánek dítěte v jedné posteli



Zdroj: vlastní

U této otázky jsme se ptali žen, zdali si myslí, že je jako prevence SIDS vhodné spát s dítětem v jedné posteli. 161 (80 %) respondentek uvedlo, že dítě má mít svou postýlku. Menší část 39 (20 %) respondentek si naopak myslí, že je vhodnější mít dítě pod kontrolou, tudíž je lepší lůžko s dítětem sdílet.

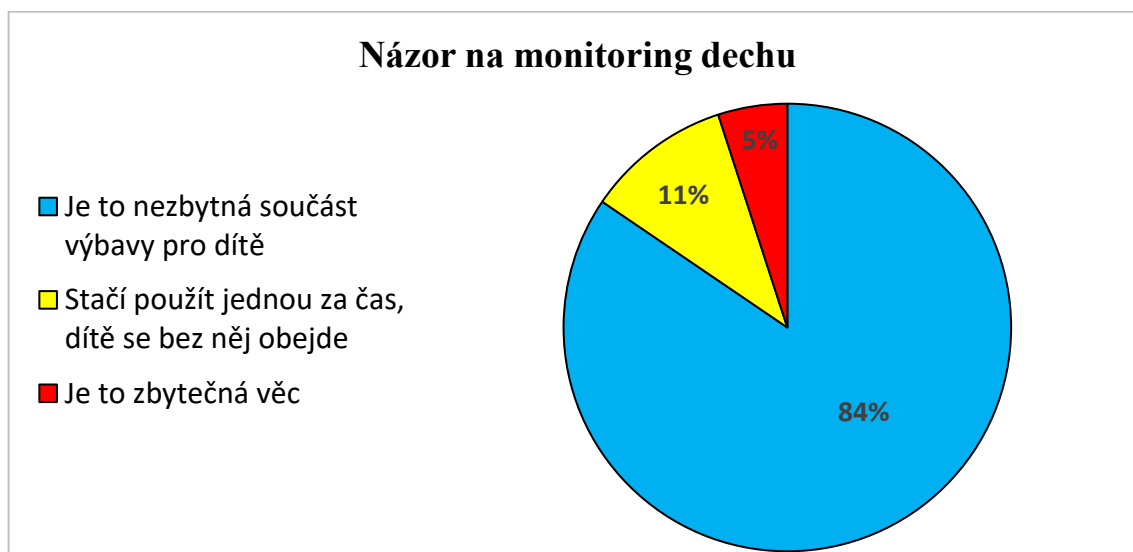
Otázka č. 14: *Jaký máte názor na monitoring dechu dítěte?*

Tabulka 13: Názor na monitoring dechu

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Relativní četnost
Je to nezbytná součást výbavy pro dítě	169	84 %
Stačí použít jednou za čas, dítě se bej něj obejde	21	11 %
Je to zbytečná věc	10	5 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 13: Názor na monitoring dechu



Zdroj: vlastní

Cílem otázky č. 14 bylo zjistit názor dotazovaných žen na monitoring dechu. Nejvíce žen v počtu 169 (84 %) uvedlo, že je to nezbytná součást výbavy pro dítě. Menší část 21 (11 %) respondentek označili odpověď, že není tolik potřebná a dítě to zvládne i bez něj. Pro 10 (5 %) dotázaných je to zbytečná věc.

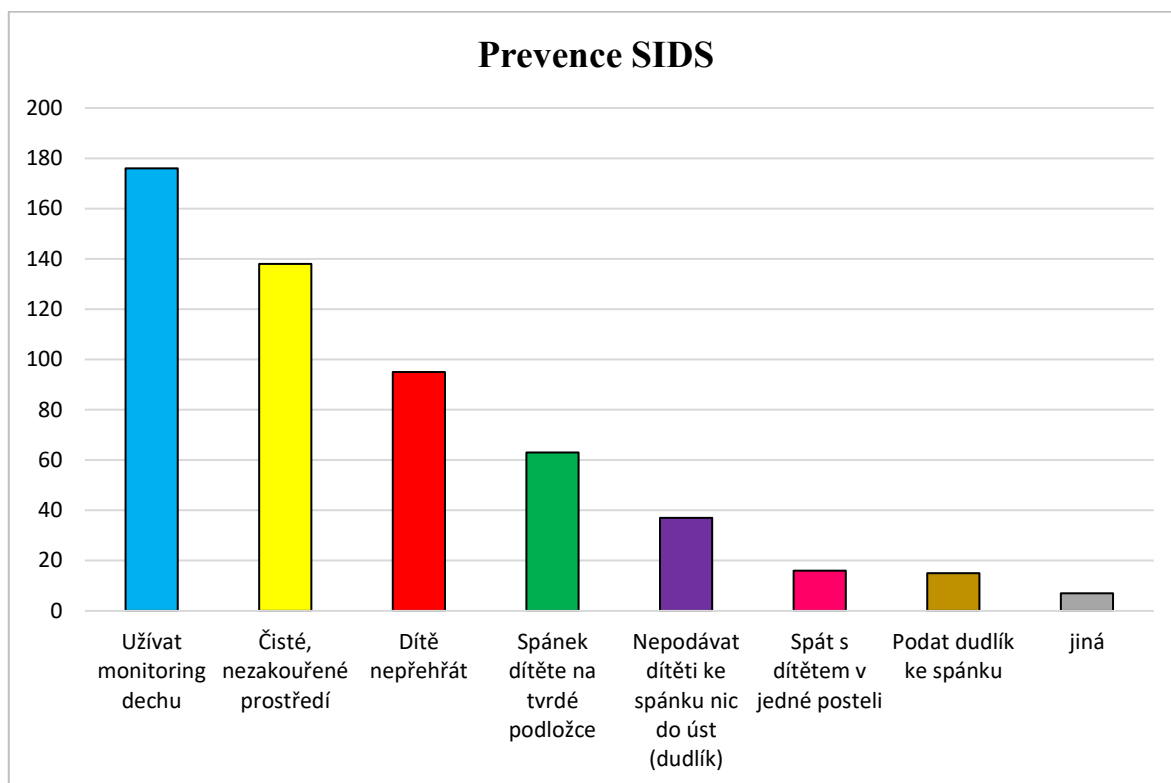
Otázka č. 15: *Jaká je podle Vás vhodná prevence SIDS?*

Tabulka 14: Prevence SIDS

Možnost odpovědi	Počet odpovědí	Relativní četnost odpovědí
Užívat monitoring dechu	176	88 %
Čisté, nezakouřené prostředí	138	69 %
Dítě nepřehráť	95	47,5 %
Spánek dítěte na tvrdé podložce	63	31,5 %
Nepodávat dítěti ke spánku nic do úst (dudlík)	37	18,5 %
Spát s dítětem v jedné posteli	16	8 %
Podat dudlík ke spánku	15	7,5 %
Jiná	7	3,5 %
: postýlka šikmo-hlava výš než nohy	: 1 x	
: kojenecký polštář	: 2 x	
: postýlka bez plyšových hraček	: 2 x	
: lůžko dítěte neumístěné blízko u zdi	: 1 x	
: žádná prevence neexistuje	: 1 x	
Celkem	547	273,5 %

Zdroj: vlastní

Graf 14: Prevence SIDS



Zdroj: vlastní

V položce č. 15 měly respondentky označit vhodnou prevenci SIDS. Zde bylo na výběr z více možných odpovědí a pro doplňující odpovědi se u této otázky nacházela také možnost „jiná“. Absolutní četnost z důvodu možnosti výběru více odpovědí tedy nebyla vyhodnocena z počtu respondentek, ale z celkového počtu odpovědí. 200 (100 %) respondentek tak zaznamenalo dohromady 547 odpovědí. Dle výzkumu se největší část žen domnívá, že jako prevence SIDS je vhodné užívat monitoring dechu. Tuto prevenci uvedlo až 176 respondentek, tudíž tato odpověď byla označena v 88 %. Jako druhou nejčastější prevenci ženy volily čisté a nezakouřené prostředí, kdy tuto odpověď označilo 138 žen. Dítě nepřehřát uvádí 95 respondentek a políčko spánek na tvrdé podložce zaznačilo 63 respondentek. 37 dotazovaných uvádí, že prevence tohoto syndromu je nepodávat dítěti před spaním nic do úst. Naopak 15 žen má za to, že jako vhodná prevence je podat ke spánku dudlík. 16 respondentek jako vhodnou prevenci SIDS uvedlo spánek s dítětem ve společné posteli. Kolonku „jiná“ vybralo 7 žen a do prázdného řádku vepsaly tyto odpovědi: „postýlka šikmo-hlava výš než nohy“, „kojenecký polštář“, „postýlka bez plyšových hraček“, „lůžko dítěte neumístěné blízko u zdi“ a „žádná prevence neexistuje“.

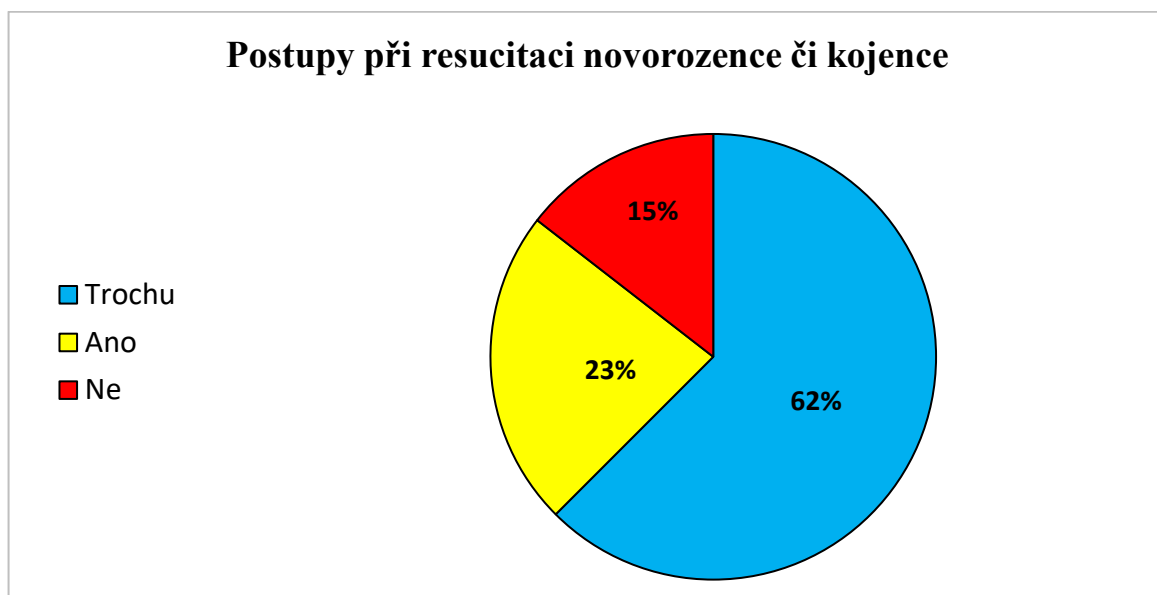
Otázka č. 16: *Víte, jak správně postupovat při resuscitaci novorozence či kojence?*

Tabulka 15: Postupy při resuscitaci novorozence či kojence

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Relativní četnost
Trochu	125	62 %
Ano	46	23 %
Ne	29	15 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 15: Postupy při resuscitaci novorozence či kojence



Zdroj: vlastní

V otázce č. 16 jsme se zaměřili u respondentek na znalost poskytování první pomoci, a to konkrétně na postup zahajování resuscitace u dítěte. Jak je vidět na grafu č. 11, respondentky nejčastěji volily odpověď „trochu“. Z 200 (100 %) dotázaných tuto odpověď označilo 125 (62 %) žen. 46 (23 %) žen uvedlo, že postup znají a 29 (15 %) naopak neví, jak v této situaci mají jednat.

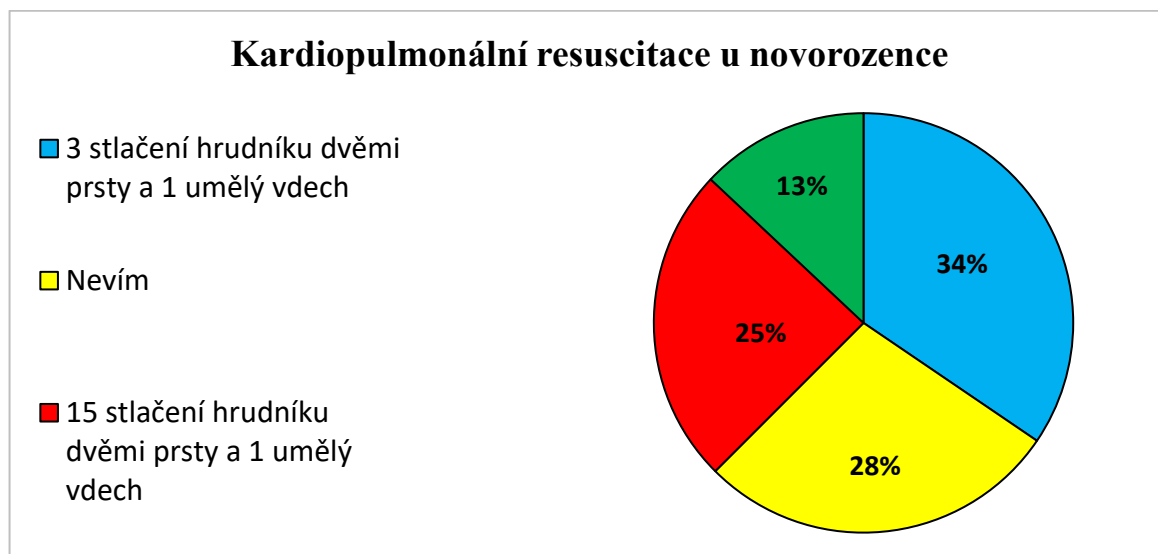
Otázka č. 17: Víte, jak se provádí kardiopulmonální resuscitace u novorozence?

Tabulka 16: Kardiopulmonální resuscitace u novorozence

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Relativní četnost
3 stlačení hrudníku dvěma prsty a 1 umělý vdech	69	34 %
Nevím	56	28 %
15 stlačení hrudníku dvěma prsty a 1 umělý vdech	49	25 %
30 stlačení hrudníku dvěma prsty a 2 umělé vdechy	26	13 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 16: Kardiopulmonální resuscitace u novorozence



Zdroj: vlastní

Otázka č. 17 zjišťovala, zdali respondentky ví, jak postupovat při resuscitaci novorozence. 69 (34 %) žen správně uvedlo, že u novorozence se resuscitace provádí v poměru 3:1, tedy 3 stlačení hrudníku a 1 umělý vdech. Kolonku „nevím“ označilo 56 (28 %) respondentek. Že se kardiopulmonální resuscitace provádí v poměru 15:1 se domnívá 49 (25 %) žen a 26 (13 %) respondentek uvedlo jako správnou variantu 30 stlačení hrudníku a 2 umělé vdechy.

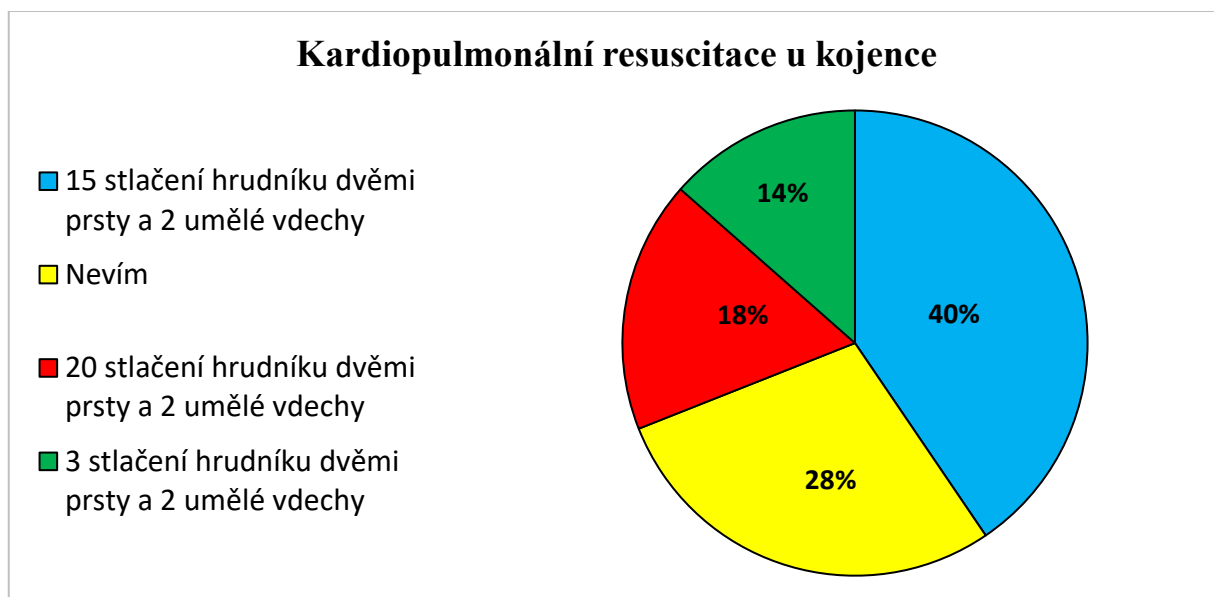
Otázka č. 18: Víte, jak se provádí kardiopulmonální resuscitace u kojence?

Tabulka 17: Kardiopulmonální resuscitace u kojence

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Relativní četnost
15 stlačení hrudníku dvěma prsty a 2 umělé vdechy	81	40 %
Nevím	57	28 %
20 stlačení hrudníku dvěma prsty a 2 umělé vdechy	35	18 %
3 stlačení hrudníku dvěma prsty a 2 umělé vdechy	27	14 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 17: Kardiopulmonální resuscitace u kojence



Zdroj: vlastní

V otázce č. 18 jsme také u respondentek zjišťovali znalost poskytování resuscitace dítěti, ale tentokrát jsme se zaměřili na kardiopulmonální resuscitaci kojence. Jak je znázorněno v grafu č. 13, 81 (40 %) dotázaných uvedlo jako správnou variantu 15 stlačení hrudníku a 2 umělé vdechy. 57 (28 %) žen uvedlo, že neví, jak se kardiopulmonální resuscitace u kojence provádí. 35 (18 %) respondentek by resuscitaci u kojence prováděly v poměru 20:2, tedy 20 stlačení hrudníku a 2 umělé vdechy a 27 (14 %) dotázaných se domnívá, že resuscitace u kojence se provádí v poměru 3:2.

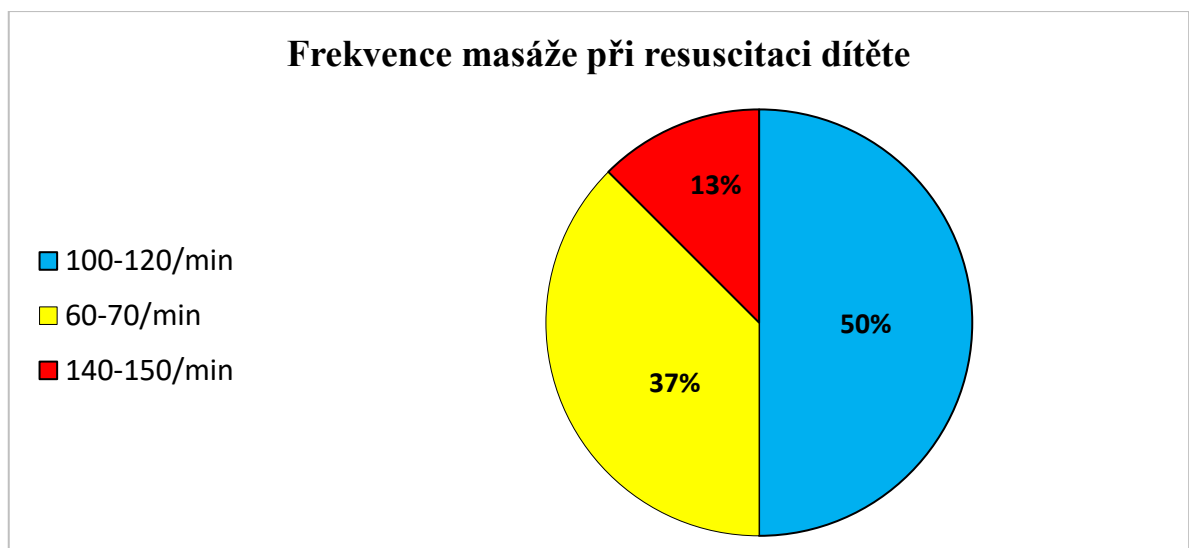
Otázka č. 19: *Jaká si myslíte, že je frekvence masáže srdce při resuscitaci novorozence či kojence?*

Tabulka 18: Frekvence masáže při resuscitaci dítěte

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Relativní četnost
100-120/min	100	50 %
60-70/min	75	37 %
140-150/min	25	13 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 18: Frekvence masáže při resuscitaci dítěte



Zdroj: vlastní

U otázky č. 19 měly respondentky zvolit frekvenci srdeční masáže u poskytování kardiopulmonální resuscitace dítěte. Polovina dotázaných, tedy 100 (50 %) žen odpověděla, že tato frekvence se pohybuje v rozmezí 100-120/min. Menší část respondentek v počtu 75 (37 %) označila jako správnou variantu frekvenci masáže srdeční s rychlostí 60-70/min. Nejméně žen v počtu 25 (13 %) zvolilo možnost frekvence 140-150/min.

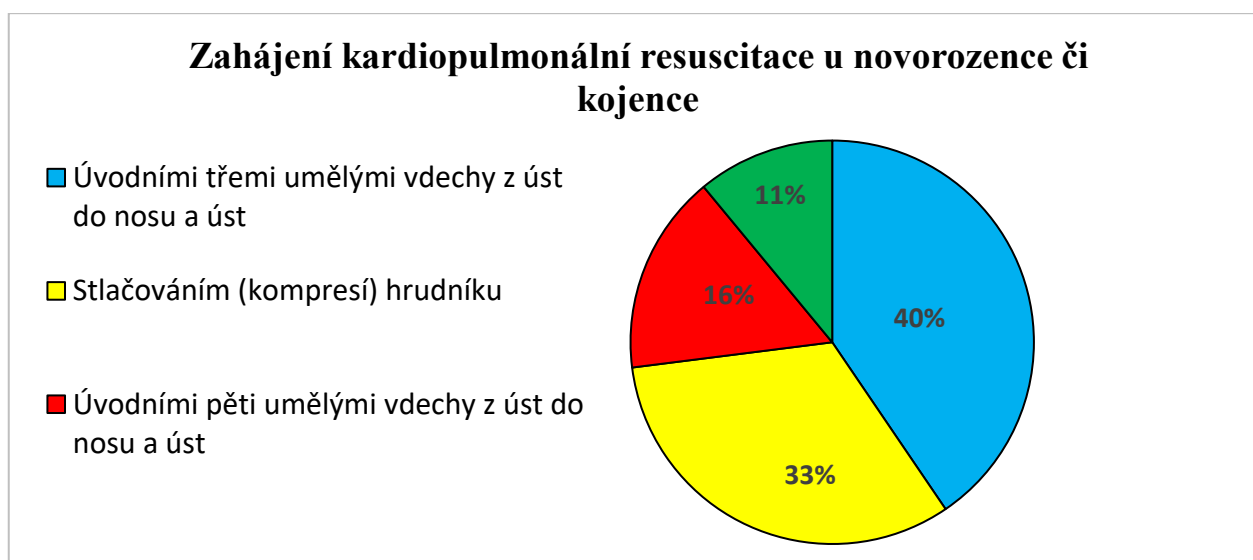
Otázka č. 20: *Jak byste u novorozence či kojence zahájila kardiopulmonální resuscitaci?*

Tabulka 19: Zahájení kardiopulmonální resuscitace u novorozence či kojence

Možnosti odpovědi	Počet respondentek	Relativní četnost
Úvodními třemi umělými vdechy z úst do nosu a úst	81	40 %
Stlačováním (kompresí) hrudníku	65	33 %
Úvodními pěti umělými vdechy z úst do nosu a úst	32	16 %
Zavolám záchrannou zdravotnickou službu, nedělám nic, ať něco nezkažím a čekám na její příjezd	22	11 %
Celkem	200	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 19: Zahájení kardiopulmonální resuscitace u novorozence či kojence



Zdroj: vlastní

V poslední otázce jsme se tázali respondentek, jak by zahájily kardiopulmonální resuscitaci u novorozence či kojence. Největší skupina respondentek by resuscitaci zahájila úvodními třemi vdechy. Tato početná skupina zahrnovala 81 (40 %) žen. Další početnou skupinu v počtu 65 (33 %) vytvářely respondentky, které uvedly, že by kardiopulmonální resuscitaci

u dítěte zahájily stlačováním hrudníku. Z 200 (100 %) dotázaných odpovědělo pouze 32 (16 %) správně, že by resuscitaci započaly úvodními pěti vdechy. Nejméně početnou kategorii tvořily v počtu 22 (11 %) ženy, které by zavolaly záchrannou zdravotnickou službu a nedělaly nic, aby něco nepokazily.

7 DISKUZE

SIDS je poměrně často probírané téma na internetu, v časopisech, v odborné literatuře a v televizi, jelikož jeho příčina je již několik staletí stále záhadou. Vědci zabývající se touto problematikou uvádí několik preventivních opatření, které mohou této tragédii zabránit.

V této kvalifikační práci byly zvoleny 3 následující cíle práce. Jako hlavní cíl bylo zjistit obecnou informovanost žen o syndromu náhlého úmrtí dítěte v Moravskoslezském kraji. Druhý cíl byl zaměřen na vědomosti žen v Moravskoslezském kraji o poskytování resuscitace novorozenci a kojenci. Třetím cílem bylo vypracování edukačního materiálu se stručnými údaji o SIDS a o poskytování první pomoci u dítěte.

Na základě splnění těchto cílů bylo zahájeno kvantitativní šetření ve formě anonymních elektronických online dotazníků. Dotazník se skládal z 20 otázek a byl zaměřen výhradně na ženy.

Dotazníkového šetření a vyhodnocování se zúčastnilo 200 žen. Největší věkovou skupinu tvořily ve 40 % respondentky ve věku 15-25 let, ve 37 % byly zastoupeny respondentky ve věku 26-35 let. Věková hranice 36-45 let byla tvořena z 19 % a ze 4 % byly ženy nad 46 let. Co se týká rodinného stavu, 53 % žen bylo svobodných, 38 % vdaných, 8 % rozvedených a 1 % byla vdova. Nejvíce žen mělo ve 42 % dokončeno střední vzdělání s maturitou, druhou početnou skupinou byly ženy ve 32 % s dokončeným vysokoškolským vzděláním. 17 % respondentek mělo vzdělání střední bez maturity a 9 % žen mělo dokončeno základní vzdělání. Nejvíce početnou kategorii tvořily z 38 % bezdětné respondentky. Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy, které měly dvě děti, a to z 31 %. 26 % zaujímaly ženy, které mají jedno dítě a tři a více dětí mělo 5 % žen.

K plnění hlavního cíle kvalifikační práce byly v dotazníku určeny otázky č. 7-15. Pro splnění cíle č. 2 byly vytyčeny otázky č. 16-20.

Autorka Bc. Andrea Dolejší (2018) ve své kvalifikační práci s názvem Syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence taktéž zjišťuje informovanost žen o SIDS a zabývá se také znalostí žen o postupech při resuscitaci novorozence a kojence, s tím rozdílem, že jejího šetření se zúčastnily výhradně matky novorozenců a dětí do 1 roku, a to v počtu 170 respondentek.

Uskutečňování hlavního cíle započalo otázkou č. 7, která zněla, zdali žena někdy slyšela o syndromu náhlého úmrtí dítěte. 89 % respondentek uvedlo, že se již s pojmem SIDS setkala,

zbylých 11 % o tomto syndromu zatím neslyšelo. Autorka Dolejší (2018) ve své kvalifikační práci položila respondentkám tutéž otázku. V její práci udává 94 % respondentek, že o SIDS slyšelo, zbylých 6 % tento pojem nezná. Z těchto výsledků se domnívám, že ženy mají obecně o tomto syndromu povědomí.

Otázka č. 8 zjišťovala pramen informací o SIDS. Z 200 dotázaných žen odpovědělo 117, že se s pojmem SIDS poprvé setkalo na internetu, 57 v televizi, 48 respondentek od známé či známých, 44 žen si o tomto syndromu přečetlo v časopise, 42 ve škole, 21 dotazovaných žen o tomto syndromu dosud neslyšelo, 10 respondentek se o SIDS dozvědělo od zdravotníků, 9 žen v práci a 3 respondentky se s tímto syndromem střetlo v osobním životě. V bakalářské práci u A. Dolejší (2018) se u otázky č. 8 autorka také zajímá o zdroj informací této problematiky. Ze 170 respondentek se 138 dozvědělo na internetu, 59 v odborné literatuře, 21 od známé, 20 žen od zdravotnického odborníka, a 18 respondentek po pojmu SIDS nepátralo. Z těchto výzkumů vyplývá, že ženy se nejvíce informují na internetu, což nemusí být vždy vhodné, jelikož některé internetové zdroje udávají mnohdy nekorektní a neověřené informace a názory na prevence SIDS se na internetových stránkách mohou značně lišit.

Otázkou č. 9 jsme se tázali žen, co si představí pod pojmem SIDS. Z 200 respondentek odpovědělo 174 (87 %) správně. 25 žen uvedlo, že se jedná o náhlé úmrtí dítěte způsobené udušením a 1 respondentka se domnívá, že SIDS je náhlé úmrtí způsobeno nedostatečnou péčí členů rodiny. Stejnou otázku položila A. Dolejší (2018) také svým respondentkám. Ze 170 žen věděly všechny, co pojem SIDS znamená. Její odpovědi měly tedy 100 % úspěšnost. Důvodem větší úspěšnosti odpovědí u této otázky může být rozdílná skupina respondentek. Domnívám se také, že tato odlišnost může být zapříčiněna tím, že nejpočetnější skupinu žen v této práci tvoří z 38 % bezdětné respondentky, kdežto v práci A. Dolejší tvoří nejpočetnější kategorii žen v 53 % respondentky, které mají 2 a více dětí. Nesprávných odpovědí bylo 26, z toho 11 odpovědí bylo od respondentek, které jsou bezdětné, tudíž nesprávnou variantu označilo 42 % bezdětných dotázaných.

Otázka č. 10 se zabývala skupinou dětí, které tento syndrom postihuje. 181 (90 %) respondentek zaznačilo správnou odpověď, že SIDS postihuje děti do 1 roku. 19 (10 %) respondentek uvedlo, že jím jsou nejvíce ohroženy děti do 2 let. Žádná respondentka nevolila možnost, že postihuje děti do 2 let.

Následující otázka se věnovala nejvíce ohroženému pohlaví dítěte. Možnost, že syndrom náhlého úmrtí ohrožuje oboje pohlaví stejně, označilo celkem 160 žen, tedy 80 % dotázaných. Správnou odpověď, že SIDS nejvíce ohrožuje jedince mužského pohlaví,

uvedlo pouze 29 (14 %) žen, přičemž 12 (41,4 %) z nich byly ženy, které mají dvě děti. 11 (6 %) respondentek uvedlo, že více ohrožena jsou děvčátka. V bakalářské práci u této otázky A. Dolejší (2018) odpovědělo také většina žen, že oboje pohlaví je ohroženo stejně. Správnou odpověď tedy v této otázce označilo pouze 22 % respondentek. Dle výzkumu je tak zřejmé, že ženy v oblasti více rizikového pohlaví nejsou příliš informovány.

Otázka, na kterou jsme se převážně zaměřili a byla důležitou součástí hlavního cíle, byla v dotazníku pod číslem 12. Zabývala se znalostí žen o nejbezpečnější poloze dítěte ve spánku jako prevence SIDS. Z 200 (100 %) respondentek odpověděla více než polovina v počtu 106 (53 %) žen, že nejvíce bezpečná poloha spícího novorozence či kojence je na boku. Správnou polohu dítěte ve spánku, tedy polohu na zádech, označilo jen 76 (38 %) dotázaných. Zbylých 18 (9 %) dokonce uvedly jako nejvíce bezpečnou polohu na bříšku. Nejvíce rizikovou polohu ke spaní, tedy polohu na bříšku, uvedlo z 18 dotázaných 15 respondentek ve věku 15-25 let a 15 žen, které dítě nemají. A. Dolejší (2018) měla ve své kvalifikační práci u této otázky mnohem uspokojivější výsledky. Ze 170 odpovídajících naopak více než polovina, tedy 94 (55 %) žen, uvedlo správně jako nejvhodnější polohu spícího dítěte na zádech. Polohu na boku v dotazníku Dolejší označilo 68 (40 %) žen a polohu na bříšu uvedly pouze 2 respondentky, tedy 1 % žen. Tyto odlišné výsledky mohou být způsobeny tím, že byl dotazník vyplňován jinými respondentkami. Na příčině těchto neuspokojivých znalostí žen v Moravskoslezském kraji může být také ten fakt, že 81 (41 %) respondentek tvoří ženy ve věku 15-25 let, kdežto ve výzkumu A. Dolejší je v tomto věku pouze 24 (14 %) dotazovaných. Tato neznalost proto může být ovlivněna věkem respondentek. Další faktor neuspokojivých výsledků může být způsoben počtem dětí. Jelikož se dotazníkového šetření od A. Dolejší zúčastnily pouze respondentky, které mají děti, mohou být tyto ženy více informované než ženy bezdětné, které v tomto výzkumu tvoří 75 (38 %) respondentek.

V položce č. 13 měly respondentky uvést, zdali si myslí, že je vhodné jako prevence SIDS spát s dítětem v jedné posteli. Milým překvapením bylo množství žen v počtu 161 (80 %), které správně uvedly, že by dítě mělo mít svou postýlku. 39 (20 %) respondentek se mylně domnívá, že je jako prevence SIDS efektivnější sdílet lůžko s dítětem a mít ho tak během spánku pod kontrolou.

V otázce č. 14 měly respondentky zaznačit kolonku s jejich názorem na monitoring dechu. Pro ty, které neznaly tento pojem, bylo v závorce upřesněno, co to monitor dechu je. 169 (84 %) respondentek uvedlo, že je to nepostradatelná součást výbavy pro novorozence

či kojence. Pro 21 (11 %) dotázaných žen je to věc, bez které se dítě obejde a pro 10 (5 %) žen je to zbytečná věc.

Poslední záležitostí, která se věnovala problematice SIDS a byla součástí hlavního cíle, byla otázka č. 15, kde jsme se respondentek tázali na prevenci syndromu náhlého úmrtí dítěte. Respondentky měly možnost výběru více možných odpovědí. Monitoring dechu jako prevence SIDS byl vybrán 176 ženami. Druhou nejvíce označenou prevencí bylo čisté a nezakouřené prostředí. Tuto odpověď označilo 138 respondentek. Jako prevence tohoto syndromu byla 95 ženami zvolena možnost „dítě nepřehřát“. 63 žen uvedlo jako prevenci spánek dítěte na tvrdé podložce. 37 žen se domnívá, že je vhodné nepodávat novorozenci či kojenci ke spánku nic do úst a 15 respondentek uvedlo naopak podat ke spánku do úst dudlík. Pokud se ženy domnívaly, že existuje nějaká další výše neuvedená prevence, měly možnost do kolonky „jiná“ vepsat své mínění. Dotázané do této kolonky vepsaly prevence, jako je používání kojeneckého polštáře, postýlku tak, aby dítě mělo hlavu ve zvýšené pozici, lůžko uprostřed místnosti, a ne u zdi, postýlku bez přítomnosti veškeré plyše a jedna respondentka uvedla, že žádná prevence neexistuje.

Aby došlo k naplnění 2. cíle, byly vytvořeny v dotazníku otázky, které zjišťovaly znalosti žen v poskytování resuscitace u novorozence a kojence. Položkami tohoto obsahu byly otázky č. 16-20.

Autorka Bc. Vendula Sedláčková ve své bakalářské práci hodnotí znalost rodičů v oblasti kardiopulmonální resuscitace novorozence a kojence. Tato bakalářská práce nese název Kardiopulmonální resuscitace novorozence a kojence z pohledu rodičů.

Jako první z této oblasti jsme položily otázku, zdali respondentky vědí, jak postupovat při resuscitaci novorozence či kojence. 125 (62 %) respondentek uvedlo, že tyto postupy znají jen trochu, 46 (23 %) dotázaných ví, jak v této situaci postupovat a 29 (15 %) naopak vůbec netuší, jak se resuscitace dítěte provádí.

Otázky č. 17 a 18 byly zaměřeny na kardiopulmonální resuscitaci novorozence a kojence. V 17. otázce, kde jsme se orientovali na novorozené dítě, zvolilo z 200 (100 %) žen pouze 69 (34 %) správnou odpověď, a to tu, že se kardiopulmonální resuscitace u novorozence provádí v poměru 3:1. 56 (28 %) respondentek vůbec neví, jak se resuscitace provádí. 49 (25 %) dotázaných si myslí, že se u novorozence resuscituje v poměru 15:1 a 26 (13 %) dotázaných žen uvedlo resuscitaci dokonce v poměru 30:2. V. Sedláčková (2019) měla ve své kvalifikační práci u též otázky více uspokojivé výsledky. Ze 110 respondentů uvedlo 67

(60,9 %) správnou odpověď. Domnívám se, že znalosti respondentů Bc. Sedláčkové jsou v tomto směru uspokojivější z toho důvodu, že dotazníkového šetření se zúčastnili v počtu 110 (100 %) respondenti, kteří již mají dítě, kdežto v této kvalifikační práci převažují bezdětné respondentky. Odlišné výsledky mohou být také zapříčiněny výběrem různých respondentů.

V 18. otázce byla rovněž rozebíraná resuscitace, ale tentokrát byla otázka zaměřena na kojence. Správnou odpověď v této položce, že se resuscitace provádí v poměru 15:2, označilo 81 (40 %) žen. Respondentek, které nevědí, jak tuto resuscitaci provádět, bylo 57 (28 %). Že se kardiopulmonální resuscitace provádí v poměru 20:2 se domnívá 35 (18 %) žen, a že se provádí v poměru 3:2 si myslí 27 (14 %) respondentek. Výsledky byly tedy v této otázce více uspokojivé, než výsledky otázky v bakalářské práci A. Dolejší (2018), kde správný poměr kompresí hrudníku a počet vdechů u kojence označilo pouze 41 (24 %) žen. Odlišné výsledky mohou být způsobeny výběrem jiných respondentek.

V předposlední otázce byly ženy dotazované na otázku, jaká je srdeční frekvence masáže srdce při resuscitaci novorozence a kojence. Přesně polovina respondentek (50 %) zvolila správnou odpověď, že srdeční masáž se v tomto případě provádí frekvencí 100-120/min. Frekvenci 60-70/min označilo 75 (37 %) žen a variantu 140-150/min uvedlo 25 (13 %) žen. Autorka Bc. Sedláčková (2019) položila svým respondentům tutéž otázku. Ze 110 (100 %) dotázaných zaznačila také téměř polovina (42,7 %) respondentů správnou odpověď. Na základě těchto výsledků předpokládám, že veřejnost je konkrétně v tomto případě ohledně frekvence srdeční při resuscitaci dítěte poměrně znalá.

Poslední otázka měla velice překvapivé výsledky. Položka č. 20 zjišťovala, jakým způsobem se zahajuje resuscitace u malého dítěte. Nemile nás překvapil fakt, že 81 (40 %) respondentek by kardiopulmonální resuscitaci zahájilo u dítěte třemi úvodními vdechy. Dalším nepříjemným překvapením bylo zjištění, že jako druhou nejpočetnější skupinu tvoří ženy, které by zahájily resuscitaci u dítěte masáží srdce. Počet těchto respondentek byl 65 (33 %). Správně tuto otázku zodpovědělo pouze 32 (16 %) dotázaných. 22 (11 %) žen, by nedělalo nic a čekalo na příjezd zdravotní záchranné služby. Neuspokojivé výsledky měla také A. Dolejší (2018), která rovněž v této otázce měla nedostatečný počet respondentek, které odpověděly správně. 30 % respondentek by započalo stlačováním hrudníku, 35 % by resuscitaci zahájily jedním úvodním vdechem a 25 % úvodními třemi vdechy. Pouze 10 % dotázaných by resuscitaci u novorozence a kojence započala správně pěti úvodními vdechy. Výsledky V. Sedláčkové (2019) jsou taktéž velice nepříznivé. Ze 110 (100 %) dotázaných

by nejvíce respondentů v počtu 42 (38,2 %) zahájilo kardiopulmonální resuscitaci u dítěte stlačováním hrudníku a pouze 34 (30,9 %) respondentů označilo správnou odpověď. Domnívám se, že tyto neuspokojivé výsledky jsou způsobeny nedostatečnou znalostí a informovaností žen a obecně veřejnosti. Bylo by vhodné, aby v oblasti resuscitace dítěte byla veřejnost více znalá. Mohlo by to tak snížit úmrtnost dětí a předcházet tak různým nedorozuměním v oblasti první pomoci.

7.1 Doporučení pro praxi

Z výsledků dotazníkového šetření je patrné, že ženy jsou v oblasti syndromu náhlého úmrtí dítěte informovány jen částečně. Ženy sice pojem SIDS znají a vědí, co znamená, ale jsou nedostatečně informovány o tom, jak tomuto syndromu předcházet. Bylo zjištěno, že největší nedostatky mají konkrétně v tom, do jaké polohy by měly ukládat své dítě ke spaní. Ze 100 % dotázaných odpovědělo pouze 38 % správně, že dítě by se ke spánku mělo ukládat vždy na záda, nikoli na bok či na břicho. Jelikož se jedná o jednu z nejvýznamnějších metod prevence, je proto důležité, aby ženy byly o této záležitosti pečlivě informovány. Edukovat o této prevenci může porodní asistentka v rámci prenatální péče, předporodních kurzů, na novorozeneckém oddělení či v komunitním prostředí. Domnívám se, že osvětu SIDS by mohly podpořit porodní asistentky, dětské sestry či lékaři tím, že budou při edukaci zmiňovat také rizikové faktory tohoto syndromu, aby ženy věděly, jakým návykům se nejlépe v průběhu prvního roku života dítěte vyhýbat. Matky by mohly vědět o možnosti vypůjčení či zakoupení monitoru dechu, který upozorní na případný ventilační problém u dítěte.

Edukační materiál, který je součástí této bakalářské práce by mohl být rozdán středním školám, které jsou zaměřeny převážně na dívky, aby byly již v dospívajícím věku o syndromu náhlého úmrtí dítěte informovány a věděly, jak mu předcházet.

ZÁVĚR

Hlavním úmyslem této bakalářské práce bylo dostat téma SIDS do podvědomí žen, které možná o této problematice dosud neslyšely, ale také do podvědomí těch žen, které tento syndrom znají jen zčásti.

Z tohoto důvodu byly v této kvalifikační práci zvoleny 3 cíle. Hlavní cíl byl zjistit informovanost žen o syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence. Cílem č. 2 bylo zjistit, jak se ženy orientují v poskytování první pomoci, a to převážně v oblasti resuscitace novorozence a kojence. Třetím cílem bylo vytvoření edukačního materiálu nesoucího stručné informace o SIDS a resuscitací dítěte.

Práce obsahuje teoretickou část, kde jsme se v prvních kapitolách věnovali novorozeneckému a kojeneckému období. Převážná část teorie se zabývala syndromem náhlého úmrtí novorozence a kojence, kde jsme rozebrali historii, etiologii, epidemiologii, rizikové faktory a prevence vzniku SIDS. Poslední kapitola teoretické části pojednává o první pomoci, a to převážně o resuscitaci novorozence a kojence.

Dále práce obsahuje praktickou část, která je tvořena kvantitativním výzkumem. Tento výzkum byl realizován pomocí elektronických dotazníků, který se skládal z 20 otázek. Pro zpracování výsledků výzkumu bylo vybráno 200 respondentek z Moravskoslezského kraje.

Hlavní cíl práce byl splněn. Zjistili jsme, že ženy jsou poměrně znalé v problematice týkající se syndromu náhlého úmrtí dítěte. Ve velké většině pojem SIDS ženy znají, dokážou vysvětlit význam této záležitosti a vědí, jaké skupiny dětí tento syndrom postihuje. Dále bylo zjištěno, že i přesto, že ženy o syndromu obecně vědí, konkrétní informace byly ve velké většině případů nepřesné. Respondentky měly nedostatky zejména v určení pohlaví, kterého se SIDS více dotýká a dále v tom, jak správně jako prevence SIDS ukládat dítě ke spánku.

Druhý cíl zaměřený na resuscitaci novorozence a kojence byl taktéž splněn. Zde bylo dle výzkumu zjištěno, že ženy často znají pouze část resuscitace dítěte. Některé ženy ví, jak resuscitaci zahájit, naopak zase nevědí, jaký je správný poměr kompresí a umělých vdechů u novorozence či kojence. Z výsledků dotazníku bylo zjištěno, že z 200 dotázaných znaly kompletní postup resuscitace od zahájení po její průběh pouze 3 respondentky. Výsledky informovanosti žen zabývající se resuscitací novorozence či kojence byly velice nedostatečné i přesto, že dodržování správného postupu resuscitace je obzvlášť důležité.

Na základě výsledků dotazníkového šetření byl vytvořen edukační materiál ve formě stručného informačního letáčku, který je třetím cílem kvalifikační práce. Letáček se zaměřil převážně na nedostatky výsledků respondentek prvního cíle a obsahuje informace o prevenci SIDS. Edukační materiál je zpracován jednoduchou formou, aby byl jednoduchý, přehledný, výstižný a neobsahoval příliš mnoho textu.

Řešení této problematiky bude i nadále rozvíjeno a šířeno mezi dospívající ženy, aby se zvýšilo povědomí o prevenci SIDS a tím i snížila úmrtnost dětí postižených tímto syndromem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BORGENICHT, Louis a Joe BORGENICHT, 2010. *Mimino - návod k obsluze: rady pro první rok údržby a tipy pro řešení problémů*. Brno: Computer Press. ISBN 978-802-5127-407.

CABRNOCHOVÁ, Hana et al., HAVLÍČEK, Karel, ed., 2009. *Péče o dítě: nové, přepracované vydání*. I. Praha: HBT. ISBN 978-80-87109-14-4.

DUNCAN, Jhodie a Roger BYARD, 2018. *SIDS Sudden infant and early childhood death: The past, the present and the future*. South Australia: University of Adelaide Press. ISBN 978-1-925261-68-4.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-489-4.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2013. *Čekáme děťátko*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4737-812.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2017. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5579-3.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HAMMOND, Belinda B. a Polly Gerber ZIMMERMANN, ed., 2013. *Sheehy's manual of emergency care*. 7th ed. St. Louis, MO: Elsevier. ISBN 978-032-3078-276.

HELLBRÜGGE, Theodor, 2010. *Prvních 365 dní v životě dítěte: psychomotorický vývoj kojence*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3457-6.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed., 2010. *Ošetrovatelské diagnózy*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-231.

HOUŠŤKOVÁ, Hana, 2009. Přehledný vývoj funkcí dítěte. *Péče o dítě: nové, přepracované vydání*. Praha: HBT, s. 75. ISBN 978-80-87109-14-4.

KAST-ZAHN, Annette a Hartmut MORGENROTH, 2011. *Každé dítě může dobře spát: [rady pro rodiče dětí od narození do 8 let]*. Vyd. 2. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2063-7.

- KELNAROVÁ, Jarmila et al., 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5331-7.
- KLÍMA, Jiří, 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
- LEJSEK, Jan, 2013. *První pomoc*. 2., přeprac. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2090-9.
- MÁLEK, Jiří a Jiří KNOR, 2019. *Lékařská první pomoc v urgentních stavech*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-27105908.
- MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina, 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5034-7.
- MUNTAU, Ania, 2014. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4745-886.
- PAULOVÁ, Magdalena, 2009. *Porod a mateřství. Péče o dítě: nové, přepracované vydání*. Praha: HBT, s. 49. ISBN 978-80-87109-14-4.
- PETRŽELA, Michal a Jiří KNOR, 2016. *První pomoc pro každého*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-8024755564.
- ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
- SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.
- SHELDON, Stephen H., Richard FERBER a Meir H. KRYGER, 2014. *Principles and practice of pediatric sleep medicine*. Second edition. London: Elsevier Saunders. ISBN 978-145-5703-180.
- ŠTEFAN, Jiří a Jiří HLADÍK, 2012. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3594-8.

Internetové zdroje:

DJAKOW, Jana, 2018. Neodkladná resuscitace dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. Solen, (3), 159-165 [cit. 2020-04-19]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2018/03/07.pdf>

DOLEJŠÍ, Andrea, 2018. *Syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence* [online]. České Budějovice [cit. 2020-05-06]. Dostupné z: https://theses.cz/id/wgkcqk/BP_-_Syndrom_nhlho_mrt_novorozence_a_kojence_Andrea_Dolej.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DSIDS%26start%3D2. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Alena Machová.

JIRÁKOVÁ, Pavlína, 2014. Syndrom náhlého úmrtí kojenců. *ALFABET* [online]. [cit. 2019-12-08]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/typy-zdravotniho-postizeni/syndrom-nahleho-umrti-kojencu/>

Kardiopulmonální resuscitace dítěte, 2015. *Česká resuscitační rada* [online]. [cit. 2020-05-28]. Dostupné z: <https://www.resuscitace.cz/files/media/0/nr0fx/poster-paeds-bls-algorithm-cz-p2.jpg>

KRAUS, Josef, 2011. Náhlá a neočekávaná ohrožení života v dětské neurologii. *Pediatric pro praxi* [online]. (5) [cit. 2019-12-29]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/05/10.pdf>

LABUSOVÁ, Eva, 2014. Novorozenecké a kojenecké období (do prvních narozenin). *Šance Dětem* [online]. 2014 [cit. 2019-12-20]. ISSN 1805-8876. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/vyvoj-ditete-a-jeho-potreby/novorozenecke-a-kojenecke-obdobi-do-prvnich-narozenin.shtml#rozvoj-hrube-motoriky>

MATĚJŮ, Eva a Petr KOVÁČ, 2006. Retrospektivní studie výskytu SIDS v ČR během období 1999-2004. *Pediatric pro praxi* [online]. (2) [cit. 2019-12-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2006/02/10.pdf>

Mýtus 60-Resuscitace dítěte se neliší od resuscitace dospělého, 2019. *PrPom* [online]. [cit. 2020-05-13]. Dostupné z: <https://www.prpom.cz/prvni-pomoc-mytus-60/>

První pomoc, 2020. *VITAE: "Nebud'me lhostejní, pomáhejme druhým"* [online]. [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <http://www.vitae.ic.cz/prvni-pomoc.html>

Resuscitace dětí-neboj se pomoci!, 2016. *PrPom* [online]. [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: <https://www.prpom.cz/resuscitace-deti/>

SEDLÁČKOVÁ, Vendula, 2019. *Kardiopulmonální resuscitace novorozence a kojence z pohledu rodičů* [online]. Zlín [cit. 2020-05-28]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Fujitsu/AppData/Local/Temp/Bakalářská+práce-1.pdf>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Žárská.

SIDS - prevence existuje!, 2018. *SIDS forum* [online]. [cit. 2019-12-30]. Dostupné z: <http://www.sidsforum.cz/o-sids/sids-prevence-existuje>

TRUHLÁŘ, Anatolij MuDr. a Jana ŠEBLOVÁ, 2015. Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2015 : Souhrn doporučení. *Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči* [online]. **18** [cit. 2020-05-13]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: https://cprguidelines.eu/sites/573c777f5e61585a053d7ba5/content_entry573c77e35e61585a053d7baf/57e192854c84860895c389dd/files/DOPORUC_ENE_POSTUPY_PRO_RESUSCITACI-ERC2015_Souhrn_doporuc_eni_CZE.pdf

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věk.....	34
Tabulka 2: Rodinný stav	35
Tabulka 3: Vzdělání.....	36
Tabulka 4: Počet dětí	37
Tabulka 5: Kouření	38
Tabulka 6: Povědomí o SIDS	39
Tabulka 7: Pramen informací o SIDS.....	40
Tabulka 8: Představa o pojmu SIDS.....	42
Tabulka 9: Skupiny postižených dětí.....	43
Tabulka 10: Nejvíce ohrožené pohlaví	44
Tabulka 11: Nejbezpečnější poloha dítěte ve spánku.....	45
Tabulka 12: Spánek dítěte v jedné posteli	46
Tabulka 13: Názor na monitoring dechu	47
Tabulka 14: Prevence SIDS.....	48
Tabulka 15: Postupy při resuscitaci novorozence či kojence	50
Tabulka 16: Kardiopulmonální resuscitace u novorozence	51
Tabulka 17: Kardiopulmonální resuscitace u kojence.....	52
Tabulka 18: Frekvence masáže při resuscitaci dítěte.....	53
Tabulka 19: Zahájení kardiopulmonální resuscitace u novorozence či kojence	54

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk	34
Graf 2: Rodinný stav	35
Graf 3: Vzdělání.....	36
Graf 4: Počet dětí	37
Graf 5: Kouření.....	38
Graf 6: Povědomí o SIDS	39
Graf 7: Pramen informací o SIDS.....	40
Graf 8: Představa o pojmu SIDS.....	42
Graf 9: Skupiny postižených dětí.....	43
Graf 10: Nejvíce ohrožené pohlaví	44
Graf 11: Nejbezpečnější poloha dítěte ve spánku.....	45
Graf 12: Spánek dítěte v jedné posteli	46
Graf 13: Názor na monitoring dechu	47
Graf 14: Prevence SIDS.....	49
Graf 15: Postupy při resuscitaci novorozence či kojence	50
Graf 16: Kardiopulmonální resuscitace u novorozence.....	51
Graf 17: Kardiopulmonální resuscitace u kojence.....	52
Graf 18: Frekvence masáže při resuscitaci dítěte	53
Graf 19: Zahájení kardiopulmonální resuscitace u novorozence či kojence	54

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Edukační materiál

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Patricie Jalůvková a studuji III. ročník oboru porodní asistence na univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Má bakalářská práce je zaměřena na téma informovanosti žen o syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence a zahrnuje praktickou část ve formě dotazníků, která se skládá z 20 otázek. Dotazník je anonymní a bude využit ke zpracování mé praktické části. Tímto Vás moc žádám o jeho vyplnění. Dotazník Vám zabere maximálně 10 minut a já bych byla nesmírně vděčná všem ženám za jeho vyplnění. Předem Vám mockrát děkuji.

1. Z jakého kraje pocházíte?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jihočeský | <input type="checkbox"/> Pardubický |
| <input type="checkbox"/> Jihomoravský | <input type="checkbox"/> Plzeňský |
| <input type="checkbox"/> Karlovarský | <input type="checkbox"/> Hlavní město Praha |
| <input type="checkbox"/> Královéhradecký | <input type="checkbox"/> Středočeský |
| <input type="checkbox"/> Liberecký | <input type="checkbox"/> Ústecký |
| <input type="checkbox"/> Moravskoslezský | <input type="checkbox"/> Vysočina |
| <input type="checkbox"/> Olomoucký | <input type="checkbox"/> Zlínský |

2. Kolik je Vám let?

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 15-25 | <input type="checkbox"/> 36-45 |
| <input type="checkbox"/> 26-35 | <input type="checkbox"/> 46 a více |

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- Svobodná Vdaná Rozvedená Vdova

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Základní | <input type="checkbox"/> Střední bez maturity |
| <input type="checkbox"/> Střední s maturitou | <input type="checkbox"/> Vysokoškolské |

5. Kolik máte dětí?

- Jedno Dvě Tři a více Jsem bezdětná

6. Kouříte?

- Ne Ano, ale mimo přítomnost mého dítěte
 Občas Ano i v přítomnosti mého dítěte

7. Slyšela jste někdy o SIDS (syndromu náhlého úmrtí dítěte)?

- Ano Ne

8. Kde jste se s pojmem SIDS setkala? (možných více odpovědí)

- V televizi V časopise Na internetu V práci
 Ve škole Od známé/známých Jiná
 Dosud jsem se s tímto pojmem nesetkala

9. Co si pod pojmem náhlého úmrtí představíte?

- Náhlé úmrtí dítěte způsobené jeho udušením
 Náhlé úmrtí dítěte bez zjevné příčiny
 Náhlé úmrtí dítěte způsobené nedostatečnou péčí rodinných příslušníků

10. Jaké skupiny dětí tento syndrom podle Vás postihuje?

- Děti do jednoho roku Děti do dvou let Děti od dvou let

11. Víte, jaké pohlaví dítěte je syndromem náhlého úmrtí více ohroženo?

- Oboje je ohroženo stejně Mužské Ženské

12. Jaká je dle Vás nejbezpečnější poloha dítěte ve spánku?

- Na boku Na zádech Na bříšku

13. Myslíte si, že je vhodné jako prevence SIDS spát s dítětem v jedné posteli?

- Ne, dítě má svou postýlku Ano, mám dítě pod kontrolou

14. Jaký máte názor na monitoring dechu dítěte? (kontroluje dechovou frekvenci dítěte)

- Je to nezbytná součást výbavy pro dítě
 Stačí použít jednou za čas, dítě se bez něj obejde
 Je to zbytečná věc

15. Jaká je podle Vás vhodná prevence SIDS? (možných více odpovědí)

- Spánek dítěte na tvrdé podložce Spát s dítětem v jedné posteli
 Dítě nepřehřát Čisté, nezakouřené prostředí
 Podat dudlík ke spánku Užívat monitoring dechu
 Nepodávat dítěti ke spánku nic do úst (dudlík)
 Jiná

16. Víte, jak správně postupovat při resuscitaci novorozence či kojence?

- Ano Trochu Ne

17. Víte, jak se provádí kardiopulmonální resuscitace u novorozence?

- 30 stlačení hrudníku dvěma prsty a 2 umělé vdechy
 15 stlačení hrudníku dvěma prsty a 1 umělý vdech
 3 stlačení hrudníku dvěma prsty a 1 umělý vdech
 Nevím

18. Víte, jak se provádí kardiopulmonální resuscitace u kojence?

- 20 stlačení hrudníku dvěma prsty a 2 umělé vdechy
- 15 stlačení hrudníku dvěma prsty a 2 umělé vdechy
- 3 stlačení hrudníku dvěma prsty a 2 umělé vdechy
- Nevím

19. Jaká si myslíte, že je frekvence masáže srdce při resuscitaci novorozence či kojence?

- 60-70/min
- 100-120/min
- 140-150/min

20. Jak byste u novorozence či kojence zahájila kardiopulmonální resuscitaci?

- Stlačováním (kompresí) hrudníku
- Úvodními třemi umělými vdechy z úst do nosu a úst
- Úvodními pěti umělými vdechy z úst do nosu a úst
- Zavolám záchrannou zdravotnickou službu, nedělám nic, ať něco nezkazím a čekám na její příjezd

Tímto Vám moc děkuji za Váš čas při vyplnění tohoto dotazníku. Tento dotazník nemá sloužit k vyvolání pochybností ohledně zdraví Vašeho dítěte, ale pouze pro mou informaci týkající se Vašich znalostí této problematiky. Pole níže slouží k Vaším doplňujícím informacím. V případě zájmu o konzultaci odpovědí z tohoto dotazníku či jiných dotazů mě můžete kontaktovat na mé emailové adrese pata13jaluvkova@seznam.cz.

PŘÍLOHA P II: EDUKAČNÍ MATERIÁL



SIDS

SYNDROM NÁHLÉHO ÚMRTÍ

DŮSLEDKEM SIDS UMÍRÁ ROČNĚ V ČESKÉ REPUBLICE AŽ 40 DĚTÍ. JE TO NÁHLÉ ÚMRTÍ BEZ ZJEVNÉ PŘÍČINY, KTERÉ POSTIHUJE DĚTI DO JEDNOHO ROKU.

Ohroženo je převážně mužské pohlaví a nedonošený novorozenec.

Víte jak SIDS předcházet?

- ▶ Ke spánku ukládejte své dítě vždy na záda a na tvrdší podložku
- ▶ Nevystavujte své dítě cigaretovému kouři
- ▶ Nepřehřívejte organismus svého dítěte
- ▶ Dávejte svému dítěti do úst před spaním dudlík

Zdroj:
FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2008. Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-489-4.
KAST-ZAJRŇ, Annette a Harmut MORGENROTH, 2011. Každé dítě může dobře spát: [rady pro rodiče dětí od narození do 8 let]. Vyd. 2. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2062-7.
SIDS - prevence existuje!, 2018. SIDS forum [online]. [cit. 2019-12-30]. Dostupné z: <http://www.sidsforum.cz/sids/sids-prevence-existuje>

Autor: Patricie Jalůvková