



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Andrea Dolejší

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4.5. 2018

.....

podpis

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Aleně Machové za odborné vedení této bakalářské práce, za její lidský přístup, poskytnutí cenných rad a za čas, který práci věnovala. Děkuji své rodině za podporu během celého mého studia.

Syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence (SIDS). Teoretická část práce popisuje historii i nejnovější poznatky o SIDS, jeho příčiny a rizikové faktory. Dále shrnuje edukaci porodní asistentky v prevenci SIDS a kardiopulmonální resuscitaci u kojence.

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá informovaností žen o SIDS a o resuscitaci novorozence a kojence. Předem byly stanoveny dva výzkumné cíle. Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat úroveň znalostí těhotných žen a matek dětí do 1 roku věku o SIDS. Druhým cílem bylo zmapovat úroveň znalostí těhotných žen a matek dětí do 1 roku věku týkající se základní resuscitace u novorozence a kojence. Současně byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza 1: Existují rozdíly v informovanosti v problematice SIDS u žen druhorodiček a prvorodiček. Hypotéza 2: Existují rozdíly v informovanosti v oblasti resuscitace novorozence a kojence u žen druhorodiček a prvorodiček. Výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím sociální sítě, výzkumný soubor tvořilo 170 těhotných žen a matek dětí do 1 roku věku. K dosažení cílů a ověření hypotéz byla zvolena kvantitativní metoda. Bylo provedeno anonymní dotazníkové šetření sběru dat. Výsledky výzkumu graficky zpracovány a doplněny slovním komentářem. Ověření hypotéz jsme provedli pomocí statistického testu chí-kvadrát. Analýzou získaných dat byly hypotézy potvrzeny statistickým chí-kvadrát testem. Nulové hypotézy byly testovány proti alternativním hypotézám na hladině významnosti 5 %. S hladinou významnosti se porovnávala výsledná hodnota chí-kvadrát testu. U hypotézy 1 vyšel chí-kvadrát test 0,6 % a u hypotézy 2 vyšel 1 %. Z výsledků vyplývá, že primipary jsou více informované o problematice SIDS i o problematice resuscitace novorozence/kojence než multipary. Dostatečnou informovanost o SIDS prokázalo 34 % prvorodiček a 30 % druhorodiček. Dostatečnou informovanost o resuscitaci novorozence/kojence prokázalo 23 % prvorodiček a 12 % druhorodiček.

Tato bakalářská může sloužit jako informační materiál pro studenty zdravotnických oborů i porodní asistentky nebo jako prezentace na odborném semináři.

Klíčová slova

Syndrom náhlého úmrtí; novorozenec; kojeneček; porodní asistentka; kardiopulmonální resuscitace

Sudden Infant Death Syndrome

Abstract

This bachelor thesis is dedicated to a sudden infant death syndrome (SIDS). A theoretical part of the thesis describes the history and the latest findings about SIDS, its causes and risk factors. It also summarizes midwifery education within the prevention of SIDS and cardiopulmonary resuscitation of infants.

A research part of the bachelor thesis deals with the awareness of SIDS and resuscitation of newborns and infants among women. Two research goals were set in advance. The first aim of the bachelor thesis was to determine a level of SIDS knowledge of pregnant women and mothers of children up to 1 year of age. The second objective was to determine a level of knowledge of pregnant women and mothers of children up to the age of 1 on basic resuscitation of newborns and infants. At the same time, two hypotheses were established. Hypothesis 1: There are differences in SIDS awareness among primiparas and secundiparas women. Hypothesis 2: There are differences in awareness of newborn and infant resuscitation between primiparas and secundiparas. The research was conducted through a social network, using a survey of 170 pregnant women and mothers of children under the age of 1 year. In order to achieve the set goals and verify the hypotheses, a quantitative method was chosen. Anonymous questionnaire survey was conducted in order to collect data. Results of the research are graphically processed and supplemented with a verbal commentary. Verification of hypotheses was performed using a chi-squared statistical test. By analyzing the data obtained, the hypotheses were confirmed by the statistical chi-squared test. Null hypotheses were tested against alternative hypotheses at 5% significance. The chi-squared value of the test was compared with the significance level. For hypothesis 1, the chi-squared test was determined 0.6%, and for hypothesis 2 the result was 1%. The results show that primiparas are more informed about SIDS and problems of newborn/infant resuscitation than secundiparas. Sufficient awareness of SIDS was found within 34% of the primiparas and 30% of the secundiparas. Sufficient awareness of newborn/infant resuscitation was demonstrated by 23% of the primiparas and 12% of the secundiparas.

This bachelor thesis may serve as an information material for students of health

care field and midwifery, or as a presentation at a specialized seminar.

Key words

Sudden Infant Death Syndrome; newborn; infant; midwife; cardiopulmonary resuscitation

Obsah

ÚVOD	10
1. SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Charakteristika syndromu náhlého úmrtí.....	11
1.2 Historie SIDS	12
1.3 Příčiny SIDS	13
1.4 Rizikové faktory SIDS.....	14
1.4.1 Genetické a demografické faktory	15
1.4.2 Prenatální faktory.....	15
1.4.3 Postnatální faktory	16
1.5 Edukace porodní asistentky v prevenci SIDS.....	18
1.5.1 Praktický obsah edukace o prevenci SIDS	19
1.6 Kardiopulmonální resuscitace jako významná součást edukace porodní asistentkou	22
1.6.1 Základní neodkladná resuscitace kojence.....	23
2. CÍL PRÁCE	26
2.1 Cíl práce.....	26
2.2 Hypotézy.....	26
3. OPERACIONALIZACE POJMŮ	27
4. METODIKA	28
4.1 Popis metodiky	28
4.2 Výzkumný soubor.....	28
4.3 Sběr a zpracování dat.....	28
5. VÝSLEDKY VÝZKUMU	30
5.1 Grafické výsledky dotazníkového šetření.....	30
5.2 Statistické zpracování hypotéz.....	41

6.	DISKUSE.....	44
7.	ZÁVĚR	49
8.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	50
9.	SEZNAM PŘÍLOH.....	54
9.1	Seznam příloh	54
10.	SEZNAM ZKRATEK	55

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma Syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence. Rozhodla jsem se pro něj z důvodu vlastního mateřství, protože v době těhotenství a v období do roku po porodu jsem měla veliký strach, aby něco takového nepotkalo moje dítě. Chtěla jsem se o této problematice dozvědět více. Na internetu je velké množství článků, rad a diskusních fór, které poskytují buď informace omezené, obecné nebo zcela mylné. Zejména na oblíbených portálech pro budoucí matky je takových informací bezpočet. Bohužel nejsou vždy pravdivé.

Syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS) je jednou z nejčastějších příčin smrti dětí do jednoho roku věku. Je to stále aktuální problém, protože přesná příčina doposud není známá. S velkou pravděpodobností se jedná o multifaktorové onemocnění. Největší incidence je mezi 2. - 4. měsícem věku, více ohroženi jsou chlapci. Pokud rodiče dodržují určitá preventivní opatření, je možné snížit pravděpodobnost výskytu SIDS. V této problematice je důležité šířit informace o rizikových faktorech a edukovat matku o bezpečném prostředí pro spánek dítěte.

V teoretické části popisujeme nejnovější poznatky o SIDS, možné příčiny vzniku, rizikové faktory ze strany matky, plodu i vlivů z okolí. Dále se věnujeme edukaci porodní asistentkou v prevenci SIDS a doplňujeme také informacemi o kardiopulmonální resuscitaci.

V praktické části je vyhodnocení výzkumného šetření, které mělo za cíl zjistit rozdíly v informovanosti prvorodiček a druhorodiček v problematice SIDS a v oblasti resuscitace novorozence a kojence.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Charakteristika syndromu náhlého úmrtí

Syndrom náhlého úmrtí kojence byl poprvé definován na konferenci v americkém Seattlu roku 1969. V menší míře byl doplněn roku 1994 v norském Stavangeru. Nejnovější definice pochází od Americké pediatrické akademie (AAP) z roku 2005, která uvádí, že: „SIDS je takové úmrtí kojence ve věku do jednoho roku ve spánku, které zůstává nevysvětlené prohlídkou místa úmrtí, podrobně provedenou pitvou, a ani z anamnestických údajů o průběhu porodu, vývoji dítěte, zdravotním stavu matky a o sociální situaci v rodině nelze zjistit odpovídající informace,“ (Hirt et al., 2015, s. 96).

K syndromu náhlého úmrtí kojenců dochází obvykle během spánku, mezi 2. a 4. měsícem věku, ohroženější jsou chlapci a příčina pro tento stav není zcela objasněna (Singh et al., 2016). Podle Srnského (2007) poté, co rodiče najdou dítě v postýlce bez známek života, dochází v celé rodině ke kaskádě emočně vypjatých situací se všemi doprovodnými znaky psychického traumatu.

Syndrom náhlého úmrtí kojence se označuje zkratkou SIDS (Sudden Infant Death Syndrome). Lze se setkat i se zkratkou SUDI (Sudden Unexpected Death in Infancy), tj. náhlá a neočekávaná smrt v kojeneckém věku, nebo SUID (Syndrome Unexpected Infant Death), tj. náhlá neočekávaná smrt kojence. Podle místa nálezu je označován také jako „crib death“ (postýlková smrt), (Moon et al., 2016).

Syndromu náhlého úmrtí předchází stav, který je označován jako ALTE (Apparent-Life-Threatening Episode) - zdánlivě život ohrožující stav. Termín pochází z roku 1986, kdy ho definoval Národní institut zdraví na konferenci o infantilní apnoe. Jedná se o vratný stav, pokud v této chvíli rodiče dítě najdou, je možné jej zachránit (Tieder et al., 2016). Podle Muntau (2014) se jedná o epizodu s apnoe, cyanózou, bledostí, změnami svalového tonu a záchvaty dušení, které pozorovatele velmi vyděsí. Symptomy ustupují obvykle dříve, než dorazí zdravotnická pomoc.

Jak uvádějí Matějů a Kováč (2006) je diagnóza SIDS v současné době vymezena per exclusionem, tj. jako úmrtí neočekávané z hlediska předchorobí, nevysvětlené podrobně provedenou pitvou ani dalšími laboratorními vyšetřeními a doprovázené znalostí okolností nálezu na místě úmrtí. Pro SIDS je od roku 1979 zaveden samostatný kód v Mezinárodní klasifikaci nemocí (ICD 9 – International Classification of

Diseases) – 798.0. V České republice je podle platné MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí 10) pro SIDS přidělen kód R 95. (Matějů a Kováč, 2006).

1.2 Historie SIDS

Skutečností úmrtí novorozenců a kojenců z neznámých příčin se zabývala společnost již v dávných časech. Ve staré Mezopotámii přikládali věřící smrt novorozeňat zlým silám. Společnost se přikláněla spíše k tomu, že dítě zalehla matka nebo kojná. O zalehnutí najdeme zmínku ve Starém zákoně v Šalamounově soudu. Soudcem je král Šalamoun a rozhoduje mezi dvěma ženami, které se navzájem obviňují ze zalehnutí novorozeněte (Matějů a Kováč, 2006).

Od poloviny 1. tisíciletí byl katolickou církví vydán příkaz, podle kterého bylo rodičům zakázáno spát ve společném loži s dítětem mladšího tří let. Pokud toto rodiče porušili a dítě v jejich posteli zemřelo, církev uložila trest (Matějů a Kováč, 2006).

Ve Florencii v 17. století používali zařízení, díky kterému se mělo předejít zalehnutí dítěte ve spánku. Šlo o obloukovitý rám ze dřeva, který držel pomocí železných spojek. Bohužel ani tento vynález náhlým úmrtím nezabránil a tresty pro matky nebo chůvy byly velice přísné (Bouška a Toupalík, 2007).

Od roku 1794 začalo platit pruské všeobecné zemské právo, které zakazovalo spaní s dětmi mladšími dvou let pod trestem tělesného trestu nebo vězení (Matějů a Kováč, 2006).

Během 19. století umírala až třetina dětí do prvního roku života. Na konci tohoto století panoval názor, že vedle násilného zalehnutí, může smrt způsobovat brzlík stlačováním průdušnice a velkých cév vedoucí do hlavy nebo jinak ovlivňovat funkci srdce a plic. Objevuje se termín thymické astma a stává se spolu s náhodným nebo úmyslným udušením nejčastější diagnózou doby (Bouška a Toupalík, 2007).

Ve 20. století se lékaři z Británie a Spojených států amerických začali blíže zajímat o okolnosti úmrtí jinak zdravých kojenců. V roce 1934 napsal Dr. S. Farber článek, ve kterém popisoval velmi prudké streptokokové infekce jako příčinu SIDS. Byla to první práce, která uváděla jinou příčinu, než udušení. V roce 1944 provedl Dr. H. Abramson analýzu kojeneckých úmrtí, která byla připisována mechanickému udušení, a zjistil, že 68 % těchto dětí spalo na břiše, z toho polovina byla nosem zabořena do postele. O tři roky později patologové J. Werne a I. Garrow odmítli Abramsonovu teorii a přiklonili se k názoru Dr. Farbera o infekcích jako možných

příčinách. V roce 1956 publikoval Dr. L. Adelson pitevní zprávy 126 kojenců, ve kterých bylo uvedeno, že u více než poloviny z nich se příčinou jejich náhlé smrti staly zánětlivé procesy v dýchacích cestách. Na 2. mezinárodní konferenci v roce 1969 byl poprvé definován a oficiálně přijat termín SIDS jako náhlé a neočekávané úmrtí kojenců na základě anamnestických údajů, z nichž ani pečlivá pitva neobjasní příčinu smrti. V roce 1979 Světová zdravotnická organizace (WHO) formálně akceptuje SIDS jako příčinu úmrtí kojenců. V letech 1992-1994 mezinárodní výzkum prokázal, že děti, které spí na bříšku, mají vyšší riziko vzniku SIDS. Časopis Lancet publikoval v roce 2004 rozsáhlou studii z let 1992-1996, do které se zapojilo 20 evropských zemí (Španělsko, Itálie, Rusko, Slovinsko, Francie, Belgie, Polsko, Německo, Holandsko, Rakousko, Maďarsko, Ukrajina, Švédsko, Norsko, Dánsko, 4 regiony z Anglie a Walesu, Irsko). Jejím cílem bylo porovnat výskyt SIDS a stanovit rizika v souvislosti s péčí o kojence. Z výsledků vyplynulo, že skoro 62 % případů SIDS souviselo se spánkovou polohou dítěte na břiše. Toto potvrzuje, že pronační poloha je významným rizikovým faktorem, kterému je možné předcházet (Mihál a Potomková, 2009).

1.3 Příčiny SIDS

Jak uvádí Muntau (2014) příčiny onemocnění SIDS jsou i nadále nejasné. Současná hypotéza předpokládá primární poruchu funkce centrálního nervového systému (CNS), která vede k poruchám regulace dýchání. Ty dále vedou k nepříznivým podmínkám a následnému úmrtí. Je možné, že další roli na vzniku mají dědičné poruchy metabolismu, zejména poruchy oxidace mastných kyselin a mitochondriální vrozené vady. Štefan a Hladík (2012) uvádějí, že v úvahu přichází nejčastěji vrozené vady srdce, záněty plic a zažívacího traktu s enterotoxikózou nebo záněty středního ucha s následným zánětem měkkých mozkových plen. Zde je vždy nutné provést pitvu středního a vnitřního ucha. Ve většině případů se ale pitvou nepodaří příčinu smrti objasnit. Dle Srnského (2007) umírají děti s největší pravděpodobností ve spánku na zástavu dýchání a neprožívají žádné utrpení. Podle tohoto autora je jednou z hypotéz dlouhodobý stres v kombinaci se spánkovou obstrukční apnoí. Fyzický a psychický stres jsou nejběžnější příčiny přerušení spánku. Když kojeneček znovu usne, nastupuje u něj velmi hluboká fáze spánku s výrazně sníženou schopností vzbudit se, provázená sníženým napětím svalů okolo horních cest dýchacích. Měkké části horních cest

dýchacích zkolabují, vytvoří překážku, zneprůchodní je a ani následný nedostatek kyslíku kojence z hluboké fáze spánku neprobudí.

Jedním z přetrvávajících mýtů, které jsou mezi rodiči rozšířeny, je dle Gregory (2005) předpokládaný vztah očkování a SIDS. Uvádí, že ve skutečnosti v době, kdy probíhalo očkování vakcínou proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli podle očkovacího kalendáře, opravdu několik dětí zemřelo. Všechny následné studie, které pátraly po souvislosti mezi očkováním a SIDS, tuto souvislost neprokázaly. Bylo zjištěno, že mezi očkovánými dětmi je stejné procento případů SIDS jako mezi neočkovánými. Očkovací látka proto neměla na SIDS vliv.

Příčina není do dnešních dnů známá. Podle Moon et al. (2016) studie, které zkoumaly záznamy dětí, které na SIDS zemřely, poskytly lepší přehled o tom, u kterých dětí můžeme očekávat zvýšené riziko výskytu. Dle autorky jsou nejpravděpodobnější teorií skryté dispozice (jako je genetický vzorec nebo nepatrná mozková odchylka), které jsou spouštěny určitým rizikovým faktorem (nevhodná poloha, spánkové prostředí, kouření v těhotenství i v přítomnosti dítěte, infekce nebo jiné stresory) v raném stádiu vývoje mozku nebo imunitního systému. V současnosti však není možné odhalit, zda dítě má jednu z těchto skrytých dispozic.

1.4 Rizikové faktory SIDS

Jak uvádí Bouška a Toupalík (2007), z prvních provedených studií ve Velké Británii na začátku 70. let vyplývá, že klíčovou roli hrají dispoziční a antenatální vlivy. Tyto vlivy vypracoval tzv. Sheffieldský program, který sledoval velké množství faktorů, z nichž jsou i v dnešní době za velmi důležité považovány např.: nízký věk matky, nízká porodní váha dítěte, infekce plodové vody, kouření, užívání drog či nízký socioekonomický status.

V roce 1993 byl vytvořen tzv. The Triple Risk Model (model osudového trojúhelníku), podle kterého platí, že k SIDS dojde, pokud se sejdou tři faktory. Prvním je vulnerabilní (zranitelný) stav CNS a imunitního systému, druhým jsou predispoziční genetické faktory a třetím spouštěcí faktory, např. kouření nebo spánková poloha (Matějů a Kováč, 2006).

Existuje několik faktorů, které jsou pro SIDS společné. Ve své studii je přehledně rozděluje Goldwater (2011), a to na vlivy genetické a demografické, prenatalní a postnatalní. Vybrané rizikové faktory následně popíšeme.

Mezi genetické a demografické faktory patří: etnicita, nízký socioekonomický status, pohlaví, genetická kontrola (zánětlivé odpovědi, metabolických cest, např. enzymu metabolizujícího nikotin, srdeční funkce, funkce mozkového kmene). Další rizikové faktory jsou prenatální: kouření, nedostatečná prenatální péče, nedostatečná prenatální výživa, abúzus drog, abúzus alkoholu, časté těhotenství matky, dítě s nadváhou, obézní matka, velmi mladá matka, anémie u matky. Mezi postnatální faktory řadíme: sezónnost, virové dýchací a gastrointestinální symptomy několik dní před smrtí, nízká porodní hmotnost, pasivní kouření, pronační poloha, nekojení, zvýšená nebo snížená pokojová teplota, přítomnost přikrývek, polštářů a plyšových zvířat v posteli dítěte, společný spánek s rodiči, spaní na gauči, věk dítěte, předčasný porod (Goldwater, 2011).

1.4.1 Genetické a demografické faktory

Mezi významné genetické a demografické faktory patří pohlaví a etnicita. Uvádí se, že chlapci jsou postiženi více než dívky. Odborná literatura udává, že jde o 65 % případů z celkového úmrtí na SIDS (Muntau, 2014). Podobný výskyt byl zaznamenán v oblasti Prahy a Středočeského kraje, kde se uvádí poměr úmrtí chlapců a dívek 59,2 % ku 40,8 % (Bouška a Toupalík, 2007).

Co se týče etnicity, existuje značná nesourodost mezi etnickými skupinami. V porovnání s bělošskou populací má dvakrát vyšší riziko syndromu náhlého úmrtí indiánské, aljašské a černošské obyvatelstvo. Nejnižší výskyt SIDS ve Spojených státech má populace asijská a hispánská. Tyto rozdíly patrně souvisejí s odlišnými kulturními zvyky ohledně spánku a spánkové polohy u dětí (Adams, 2015). Ukládání do polohy na zádech jsou podle studie National Infant Sleep Position (NISP) z roku 2010 kojenci bělošské populace v 75 %, černošské populace v 53 %, hispánské populace 73 % a asijské populace v 80 %. Spaní v jedné posteli a používání polštářů a přikrývek je běžnější v černošské populaci (Moon et al., 2016).

1.4.2 Prenatální faktory

Velmi významným prenatálním rizikovým faktorem je kouření. Ženy by neměly kouřit v těhotenství, neměly by se nacházet v prostředí, kde se kouří a neměly by tomuto vlivu vystavovat i své posléze narozené dítě. Podle Moon et al. (2016) bylo kouření označeno jako hlavní rizikový faktor v téměř každé epidemiologické studii SIDS. Porodní asistentka by měla matce, která je kuřačkou nebo se pohybuje

v kuřáckém prostředí, vysvětlit, co může svému dítěti způsobit, a doporučit jí návštěvu speciálně vyškoleného lékaře. Jak uvádí Blood-Siegfried (2010) vystavení ženy cigaretovému kouří je jedním z nejvíce ovlivnitelných příčin nemocnosti a úmrtnosti matky i plodu. Poškození, které matka svým kouřením způsobuje, má přímý účinek na vývoj placenty, což vede ke snížení přenosu kyslíku k plodu a může mít za následek vyvolání předčasného porodu, omezení růstu plodu a menší velikost hlavy u dítěte. Cigaretový kouř je tvořen více než 4000 sloučeninami. Perinatální poškození nejvíce způsobují nikotin, oxid uhelnatý a aldehydy. U vyvíjejícího se plodu prochází nikotin přes placentární i hematoencefalickou bariéru a nachází se tak u něj v koncentraci o 15 % vyšší než ve tkáních matky. Přestože se ukázalo, že kouření otců a vystavování jiným formám tabákového kouře zvyšují riziko syndromu náhlého úmrtí, největším nebezpečím zůstává kouření matky v době těhotenství. Hilton (2016) udává, že pozdější efekt vystavení dítěte cigaretovému kouří je závislý na dávce. Riziko SIDS je obzvláště vysoké, pokud dítě spí v jedné posteli s kuřákem. Odhaduje se, že by mohlo být zabráněno až třetině úmrtí na SIDS, kdyby se v období těhotenství okolo matky eliminovaly všechny vlivy kouření.

Druhým důležitým faktorem je abúzus drog a alkoholu. Několik studií zkoumalo propojení SIDS s prenatálním a postnatálním vystavením dítěte alkoholu nebo nedovolenému užívání drog. Problémem je, že abúzus drog často zahrnuje více než jednu látku včetně kouření a je tak obtížné je od sebe oddělit. Studie prokázaly, že pravidelné užívání alkoholu před otěhotněním a v prvním trimestru zvyšuje riziko SIDS nezávisle na prenatální expozici nikotinu. Australští vědci zjistili, že mateřský alkoholismus během těhotenství až do 1 roku věku dítěte byl spojen se zvýšeným rizikem SIDS a odhadují, že nejméně 16,41 % úmrtí na SIDS bylo způsobeno nadměrným užíváním alkoholu. Pokud rodiče požívají alkohol nebo drogy a spí ve společné posteli s dítětem, je zde mimořádně vysoké riziko SIDS a neúmyslného udušení. Výzkum, který se zabýval konkrétními druhy drog, prokázal zvýšené riziko SIDS u kojenců, kteří byli prenatálně vystaveni užívání metadonu, heroinu a kokainu (Moon et al., 2016).

1.4.3 Postnatální faktory

Do postnatálních faktorů řadíme polohu při spánku, sdílení lůžka, přehřívání dítěte, věk a nízkou porodní hmotnost. Předčasně narozené děti s velmi nízkou porodní

váhou 1000 – 1499 gramů jsou ohroženy 4x vyšším rizikem úmrtí na SIDS a děti s nízkou porodní váhou 1500 – 2499 gramů jsou ohroženy 3x více. (Athanasakis, 2011). Jak ukázaly výzkumy, předčasně narozené děti, které jsou umístovány ke spánku na břiše, jsou riziku SIDS vystavovány stejně jako děti narozené v termínu porodu. Dle Moon et al. (2016) se na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče (JIP) děti polohují na břicho, aby tak podpořily správné dýchací mechanismy. Zahraniční studie ukázala, že na JIP spaly předčasně narozené děti na břiše déle, a to vedlo k tomu, že se méně často budily ze spánku a byl u nich vyšší výskyt centrální apnoe. Z těchto důvodů by měly být předčasně narozené děti ukládány do polohy na zádech co nejdříve je to ze zdravotního hlediska bezpečné a možné.

Dalšími velmi důležitými rizikovými faktory jsou spánková poloha a sdílení lůžka. Poloha, ve které dítě spí, je jeden z nejrizikovějších faktorů. Jak uvádí Zukunft-Huber (2007) nejjistější polohou pro bezpečné ukládání dítěte je poloha na zádech. Polohy na břiše a na boku jsou naopak nebezpečné. V průběhu spánku zvyšují riziko hyperkapnie, hypoxie a hypertermie a více než zdvojnásobují riziko SIDS ve srovnání s polohou na zádech (Adams, 2015). Podle Moon et al. (2016) by pro snížení rizika měly děti spát výhradně na zádech až do 1 roku věku. Ne všichni rodiče ale své dítě ukládají do této polohy. Vysvětlují to tím, že mají pocit, že pro dítě tato poloha není pohodlná a často se proto budí. Nicméně to, že se dítě v noci opakovaně budí, je normální a nemělo by to být vnímáno jako špatný spánek. Studie ukázaly, že se děti méně často budí, pokud spí v poloze na břiše. Schopnost vzbudit se je důležitou fyziologickou odpovědí na stresory působící během spánku a není proto vhodné, aby dítě spalo dlouhou dobu nepřetržitým spánkem. Následně vznikly kampaně, které propagují polohu na zádech a došlo tak k výraznému celosvětovému poklesu SIDS. Vznikla kampaň „Safe to Sleep“, díky které se výskyt SIDS ve Spojených státech snížil v období let 1992 - 2001 o 53% tj. ze 120 úmrtí na 100 000 živě narozených dětí (1992) na 56 úmrtí na 100 000 živě narozených dětí (2001). V období let 2001 – 2008 byl výskyt konstantní. Od roku 2009 do roku 2014 klesl z 54 úmrtí na 100 000 živě narozených dětí (2009) na 40 úmrtí na 100 000 živě narozených dětí (2013). AAP pravidelně aktualizuje doporučení založená na vědeckých důkazech s cílem snížit riziko SIDS a dalších úmrtí související se spánkem. Bohužel rodiny neplní doporučení důsledně. Průzkum National Infant Sleep Position (NISP) ukázal, že 25 % rodičů nedodrží doporučení bezpečné polohy pro spánek. Navíc se zvýšilo procento těch,

kterí s dítětem sdílí jedno lůžko. To je další faktor, který AAP považuje za rizikový (Goodstein, 2015). Jak už jsme předeslali, AAP nedoporučuje spánek dítěte s rodičem v jedné posteli. Tento zvyk zbytečně dítě vystavuje nejen riziku SIDS, ale například udušení nebo pádu. Proto by porodní asistentka měla rodiče upozornit, že by měli dítě ukládat ke spánku do dětské postýlky, která se nachází ve stejné místnosti. Takový postup snižuje riziko SIDS až o 50 %, je bezpečnější než spánek v jedné posteli nebo spánek dítěte samotného v jiném pokoji. Existují různé důvody, proč rodiče volí spaní s dítětem v jedné posteli. Nejčastěji uvádějí pohodlí při kojení nebo navázání bližšího kontaktu. Studie ukazují, že rizika spojená se sdílením jedné postele narůstají s délkou společného spánku v průběhu noci (Moon et al., 2016).

Rizikovým faktorem je i přehřívání dítěte. Rodiče by se mu měli vyhnout. Množství oblečení, příkrývek a vysoká pokojová teplota jsou spojeny s rizikem SIDS. Nicméně studie se v definici optimální pokojové teploty liší. Je proto obtížné stanovit takovou teplotu, aby nedošlo k přehřátí. Některé studie se domnívají, že důležité může být větrání pokoje. Vyšší riziko přehřátí se objevuje u dětí, které spí v poloze na břiše. Jsou náchylnější k přehřátí než děti ukládané do polohy na záda (Moon et al., 2016). Corwin (2017) doporučuje, aby děti v době denního spánku měly teplotu v místnosti okolo 22 °C. Pro spánek v noci uvádí teplotu nižší, kolem 18 °C. Zároveň musí být dítě vhodně oblečeno. Uvádí se maximálně o jednu vrstvu více, než má dospělý. Děti by neměly spát vedle radiátoru nebo na místě, kde na ně svítí přímé slunce. Větrák může snížit pravděpodobnost přehřátí a přispět k cirkulaci vzduchu.

Co se týče věku dítěte, devadesát procent případů SIDS se stane dříve, než dosáhne věku 6 měsíců. Nejčastěji se však vyskytuje mezi 2. a 4. měsícem života. Po 8. měsíci věku je výskyt SIDS méně častý. (Moon et al., 2016).

1.5 Edukace porodní asistentky v prevenci SIDS

Edukace je procesem soustavného ovlivňování chování a jednání člověka, má za cíl navodit pozitivní změny v jeho znalostech, postojích, návycích a dovednostech (Juřeniková, 2012). Českým ekvivalentem ve slovnících cizích slov jsou výchova a vzdělávání. Role edukátorky je pro porodní asistentku značně náročná po fyzické i psychické stránce a vyžaduje znalosti psychologie a pedagogiky. Je tedy nutné, aby byla v dané problematice vzdělaná. Aby mohla být dobrou edukátorkou, je nutné, aby splňovala jisté předpoklady, jako například: komunikativnost, empatii, dobré

organizační schopnosti, samostatnost a zodpovědnost. Úkolem edukace v ošetrovatelství a porodní asistenci je zaměřit se na prevenci nemocí, udržení a navrácení zdraví (Šulistová a Trešlová, 2012).

Vzhledem k neznámé etiologii nám bohužel žádné preventivní opatření nezajistí stoprocentní jistotu, že se lze syndromu náhlého úmrtí zcela vyhnout. Můžeme ale dodržovat určitá opatření, díky kterým se dá riziko snížit. V této kapitole budeme vycházet z doporučení, která vydala AAP v roce 2016. Budou zde popsána preventivní opatření, která se vztahují k rizikovým faktorům SIDS. Tato doporučení jsou určena nejen pro rodiče, ale také pro všechny osoby, které o dítě pečují. Úkolem porodních asistentek je tato doporučení znát a následně o nich matky poučit.

1.5.1 Praktický obsah edukace o prevenci SIDS

Porodní asistentky by měly matky edukovat v těchto oblastech: spánková poloha, pevný povrch pro spánek, spánkové prostředí, používání lůžkovin, kojení, používání dudlíku, návštěvy prenatální poradny, imunizace, nevhodné reklamní předměty a monitory dechu.

Velmi důležitá je u novorozenců a kojenců spánková poloha. Aby se snížilo riziko SIDS, měli by se novorozenci a kojenci ukládat ke spánku do polohy na zádech a to nejen v noci, ale i přes den. V této poloze by dítě mělo spát od narození až do 1 roku věku. Hlavová část postele by se neměla nadzvedávat. Dítě by mohlo sklouznout a ocitnout se tak v nevhodné poloze pro jeho dýchání. Děti předčasně narozené by se do polohy na zádech měly ukládat co nejdříve, jakmile to jejich zdravotní stav dovolí (Moon et al., 2016). Některé porodní asistentky ukládají dítě po porodu do polohy na boku. Důvodem je, že novorozence zbaví rychleji zbytků plodové vody z dýchacích cest. Neexistuje ale žádný důkaz, který by prokázal, že plodová voda z dýchacích cest vyteče v poloze na boku rychleji.

Výzkum prokázal, že matky ukládají své děti do polohy na zádech také proto, že to tak viděly u většiny porodních asistentek v nemocnicích. Proto by všechny porodní asistentky měly děti ukládat do této polohy a matky edukovat o nutnosti spánku dětí v poloze na zádech, aby tak snížily riziko SIDS (Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, 2014).

Ke snížení rizika SIDS a udušení by dítě mělo spát na pevném povrchu postele, matrace by měla být pokryta napnutým prostěradlem a neměly by zde být žádné

polštáře, přikrývky, ani plyšové hračky. Dětská postýlka by měla splňovat bezpečnostní normy, včetně rozteče mezi laťkami, pevnou matraci bez paměťové pěny, atd. Jakýkoliv textil v blízkosti postýlky včetně nebes musí být bezpečně připevněn k postýlce, aby se zabránilo možnému udušení dítěte. Nevhodné jsou i látkové mantinely, které se používají k obložení postele. Neexistují důkazy, které by potvrzovaly, že látkové mantinely zabraňují zranění dítěte. Pokud dítě usne v autosedačce, v kočárku nebo na gauči, je nutné ho co nejdříve přenést do postýlky (Moon et al., 2016).

Roli hraje i prostředí, ve kterém dítě spí. AAP doporučuje, aby dítě spalo ve stejném pokoji s rodiči, blízko jejich postele, ale na samostatném povrchu. Dětská postýlka, kolébka nebo cestovní postýlka by měly být v ložnici rodičů ideálně první rok života dítěte, minimálně však šest měsíců. Sdílení stejné ložnice snižuje riziko SIDS až o 50 % a je bezpečnější než spaní s rodiči ve stejné posteli nebo spaní v jiné místnosti. Výhodou spaní v jedné místnosti je blízkost matky, která umožňuje sledování, krmení a utěšení dítěte. Pokud je dítě přeneseno do postele rodičů za účelem kojení nebo utěšení, mělo by být poté vráceno zpět do své vlastní postele (Moon et al., 2016).

Za účelem snížení rizika SIDS, udušení nebo uškrcení, by se z dětské postele měly odstranit veškeré měkké předměty, tzn. polštář, přikrývka, plyšové hračky, látkové mantinely. Nemělo by se používat volné prostěradlo, to znamená bez možnosti zahrnout pod matraci a následného upevnění. Dětské spací pytle jsou navrženy tak, aby udržely dítě v teple a zabránily možnosti překrytí hlavy dítěte. Jsou alternativou přikrývek. Je třeba ale věnovat pozornost výběru velikosti a sledovat u dítěte jestli se nepřehřívá (Moon et al., 2016).

Kojení je spojováno se sníženým rizikem SIDS. Výhradní kojení má ochranný efekt. I krmení odstříkaným mlékem je lepší než žádné kojení. Největší a nejnovější studie z Německa The German Study of Sudden Infant Death zjistila, že výhradní kojení dětí ve věku do 1 měsíce snížilo riziko SIDS na polovinu. Další studie ukázaly, že kojene děti se snáze probudí než děti krmené umělým mlékem. Kromě toho kojení snižuje riziko výskytu průjmu, infekce horních a dolních cest dýchacích a dalších infekčních onemocnění, která jsou spojena se zvýšenou náchylností k SIDS (Ma, 2013). Výhradní kojení do šesti měsíců věku více chrání proti infekčním onemocněním ve srovnání s výhradním kojením do čtyř měsíců věku a následným částečným kojením. Navíc výhradní kojení vede ke vzniku střevního mikrobiomu, který podporuje normální funkci imunitního systému a chrání před vznikem infekčních onemocnění. Tento

mikrobiom je považován za další ochranný faktor před vznikem SIDS (Moon et al., 2016).

Studie prokázaly významný ochranný faktor při používání dudlíku, jeho mechanismus je ale zatím nejasný. Odhaduje se, že příznivě působí na udržování průchodnosti dýchacích cest. Fendrychová (2016) uvádí, že se podáním dudlíku snižuje pravděpodobnost přetočení dítěte ze zad na břicho. Dále brání zapadnutí jazyka a zvyšuje vzrušivost dítěte. Ve spánku je běžné, že dítěti z pusy dudlík vypadne. I přesto ale ochranný efekt přetrvává po celou dobu spánku. Ačkoli některé studie ukazují, že existuje jistá spojitost mezi používáním dudlíku a zkrácenou dobou kojení, nedávná Cochranova studie nepotvrdila žádný vliv používání dudlíku v souvislosti s kojením. Některé ženy mají strach, že používání dudlíku vede k odmítání bradavky a následnému odstavení. Porodní asistentka by měla matce vysvětlit, že dudlík nevadí kojení, ale měl by se používat, až když je kojení dobře zavedeno. Děti, které jsou krmené umělým mlékem, mohou začít používat dudlík co nejdříve (Moon et al., 2016). Oproti tomu pracovní skupina Dětské gastroenterologie a výživy ČPS (České pediatrické společnosti) nedoporučuje používání dudlíků. Mají za to, že kazí techniku kojení, jsou příčinou předčasného ukončení kojení a problémů s prsy. Matka by neměla dudlík použít zejména v prvních šesti týdnech věku dítěte, než se kojení dobře zavede (Bělohlávková et al., 2014).

Těhotné ženy by měly pravidelně navštěvovat svého gynekologa a měly by absolvovat všechna doporučená vyšetření. Existuje množství epidemiologických důkazů nižšího rizika SIDS pro děti, jejichž matky chodily pravidelně do prenatálních poraden. V těhotenství by se ženy měly vyhnout jak aktivnímu tak pasivnímu kouření. Kuřáci vyskytující se v okolí dítěte by měli být poučeni o tom, jaké riziko pro dítě představují. Neměli by kouřit v bytě, v autě a dalších prostorách, kde dítě žije. Alkohol a drogy jsou naprosto nevhodné v době okolo početí, během těhotenství i po porodu, proto by se jim ženy měly vyhýbat (Moon et al., 2016).

Děti by měly být imunizovány v souladu s doporučením AAP a CDCP (Centers for Disease Control and Prevention). Výskyt SIDS dosahuje vrcholu v době, kdy děti dostávají spoustu očkování. Případy několika úmrtí v době krátce po očkování proti záškrtu, tetanu a černému kašli v 80. letech vyvolaly obavu z možného vztahu mezi SIDS a očkováním. Následně byly provedeny případové studie za účelem vyhodnocení

této spojitosti. Ty neprokázaly vliv imunizace na výskyt SIDS, naopak se zjistilo, že očkování má zřejmě ochranný efekt (Moon et al., 2016).

Podle AAP bychom se měli vyhnout používání reklamních pomůcek, které nejsou v souladu s doporučeními pro bezpečný spánek. Strategie snižování rizika jsou založeny na základě dostupných důkazů z epidemiologických studií. Tyto studie byly z velké části zaměřeny na vzájemný vztah mezi spánkovým prostředím a SIDS. Všechny pomůcky k bezpečnému spánku jako jsou speciální matrace, polohovací klíny nebo látkové mantinely by měly splňovat bezpečnostní standardy CDCP (Moon et al., 2016).

Monitory dechu by neměly být používány jako preventivní nástroj ke snížení rizika SIDS. Někdy jsou předepsány k domácímu použití k detekci apnoe a bradykardie, a pokud se zároveň používá pulzní oxymetrie, ke sledování poklesu saturace oxyhemoglobinu. Rutinní monitoring dechu v nemocnici před propuštěním nedetekoval děti s větším rizikem SIDS. Neexistují žádné údaje, podle kterých by jakýkoli přístroj k monitorování vitálních funkcí dítěte snížil riziko SIDS (Moon et al., 2016).

1.6 Kardiopulmonální resuscitace jako významná součást edukace porodní asistentkou

Jak uvádějí Troupová a Hanzl (2010), resuscitace představuje základní kámen neodkladné péče, která rozhoduje nejen o přežití, ale hlavně o tom, jaká bude kvalita dalšího života dítěte. Kardiopulmonální resuscitace (KPR) je soubor úkonů, které se provádí v případě, že dojde k náhlé srdeční zástavě. Vedou k udržení a k obnovení krevního oběhu a dýchání. Cílovými orgány jsou mozek a srdce, kde je potřeba udržet alespoň minimální perfuzi, což je pro výsledek resuscitace zásadní (Stožický a Sýkora, 2015). Nejdůležitějším faktorem je rychlost zahájení resuscitace. Už po 4 - 5 minutách od zástavy začíná docházet k nenávratnému poškození mozkových buněk. I když se později podaří profesionálním záchranářům činnost krevního oběhu obnovit, bývají už vyšší mozkové funkce poškozené. Proto je velmi důležité, aby byli rodiče seznámeni se základy resuscitace. Nejčastější příčinou resuscitace u novorozence je nedostatek kyslíku během porodu, u kojence je na vině aspirace a syndrom náhlého úmrtí kojence (Šeblová a Knor, 2013). U dítěte se musí na prvním místě odstranit překážka z dýchacích cest, která způsobuje dušení. To může stav dítěte okamžitě zlepšit. Proto je doporučeno nejprve dítě resuscitovat po dobu jedné minuty a teprve až potom volat

záchrannou službu. U dospělého člověka je naopak doporučeno napřed volat záchrannou službu a až poté začít s resuscitací (Srnský, 2007). KPR dělíme na základní neodkladnou resuscitaci (BLS = Basic Life Support), kterou může provádět i proškolený laik bez speciálních pomůcek a rozšířenou neodkladnou resuscitací (ALS = Advanced Life Support), kterou provádí zdravotník s dostupnými pomůckami, přístroji a medikamenty (Černá, 2007).

1.6.1 Základní neodkladná resuscitace kojence

Rodiče a ostatní osoby, které se starají o děti, by měli zvládat základy resuscitace. Kdokoli se může ocitnout v situaci, kdy jejich dítě bude potřebovat pomoc. V případě SIDS většinou rodiče najdou dítě nejevící známky života doma v postýlce. Pokud se u něj neprojeví jisté známky smrti, jako jsou posmrtné skvrny, výrazná hypotermie nebo ztuhlost, je nutné zahájit okamžitou resuscitaci (Muntau, 2014). Evropská resuscitační rada (ERC) vydala v roce 2015 na základně výzkumů nejnovější doporučené postupy pro odbornou i laickou veřejnost. Rozhodla, že by i nadále měl být zachován postup ABC. A – zajištění dýchacích cest (Airways) znamená uložení dítěte na záda a kontrola, jestli se v dýchacích cestách nenachází překážka. B - dýchání (Breathing) znamená kontrolu dechu a zajištění okysličení. C (Circulation) znamená zajištění krevního oběhu (Djakow, 2016).

Následující postup základní resuscitace u dětí do 1 roku je určen pro zdravotníky i rodiče a další osoby, které se o kojence starají.

- Ujistíme se, zda nehrozí zachránci ani dítěti žádné nebezpečí.
- Pokud při kontrole stavu vědomí hlasitým a zřetelným oslovením či jemným zatřesením zjistíme, že dítě nedýchá, ani jinak nereaguje, okamžitě zahájíme KPR
- Jestliže dítě zareaguje pohybem nebo pláčem, zkontrolujeme jeho stav a v případě potřeby zavoláme pomoc. V pravidelných intervalech kontrolujeme jeho stav.
- Pokud dítě nereaguje, zavoláme hlasitě o pomoc a dítě položíme na pevnou podložku do polohy na záda. Následně zprůchodníme dýchací cesty lehkým záklonem hlavy a předsunem čelisti. U novorozence pouze podložíme ramínka stočenu plenou. Jednu ruku položíme na čelo a mírně tak zakloníme hlavu. Prsty druhé ruky položíme pod bradu a lehce ji pozvedneme. Nesmíme ale stlačovat

měkké tkáně pod bradou, mohli bychom způsobit obstrukci dýchacích cest. Takto udržujeme dýchací cesty průchodné, přiblížíme svou tvář k obličejí dítěte. Pozorujeme pohyb hrudníku a soustředíme se na to, jestli slyšíme a cítíme dech dítěte na své tváři. Kontrolu dýchání provádíme maximálně 10 sekund. Pokud si nejsme jisti, jestli dítě dýchá normálně, postupujeme, jako když nedýchá.

- Pokud dítě dýchá normálně, otočíme ho do zotavovací polohy, která musí být stabilní. Kontaktujeme zdravotnickou záchrannou službu (ZZS) a kontrolujeme stav dítěte.
- Pokud kojeneček nedýchá normálně nebo nedýchá vůbec, opatrně odstraníme zjevné překážky z dýchacích cest. Provedeme 5 úvodních umělých vdechů. U kojence dbáme na to, abychom udrželi hlavu v neutrální poloze s mírně zvednutou bradou. Nadechneme se, překryjeme ústa i nos dítěte svými ústy tak, aby vzduch neutíkal okolo. Když se nám u většího kojence nedaří překrýt nos i ústa současně, zakryjeme jen samotný nos nebo samotná ústa. Pokud zachránce vdechuje pouze nosem, musí zavřít dítěti ústa, aby zabránil úniku vzduchu. Následně plynule vydechneme rovnoměrně do úst a nosu po dobu 1 sekundy. Výdech by měl stačit k viditelnému zvednutí hrudníku. Držíme hlavu i bradu dítěte, oddálíme svoje ústa a sledujeme, jestli během vydechnutí hrudník poklesl. Znovu se nadechneme a celý postup opakujeme pětkrát. Během umělého dýchání sledujeme reakce kojence v podobě kašle nebo dávení. Pokud se nám nedaří dosáhnout efektivního umělého dýchání, může se jednat o obstrukci dýchacích cest. V tom případě znovu zkontrolujeme, jestli se v ústech nenachází viditelná překážka a jestli má dostatečně zakloněnou hlavu. Provedeme maximálně 5 umělých vdechů, a pokud nejsou účinné, přejdeme ke stlačování hrudníku.
- V dalším kroku zhodnotíme stav krevního oběhu kojence. Hodnotíme maximálně 10 sekund. Vyšetřování pulzace je nespolehlivé, proto sledujeme jakékoli známky života, jako je pohyb nebo kašel.
- Pokud jsme v těchto 10 sekundách našli známky života, pokračujeme v umělém dýchání do doby, než dítě začne dýchat samo. Pokud je v bezvědomí, otočíme ho na bok do zotavovací polohy a opakovaně kontrolujeme jeho stav.
- Pokud nejsou známky života, zahajujeme srdeční masáž. Střídáme stlačování hrudníku a umělé vdechy v poměru 15:2. Stlačujeme dolní polovinu hrudní kosti

do hloubky alespoň jedné třetiny předozadního průměru, což je u dětí do 1 roku zhruba 4 cm. Poté kompresi hrudníku úplně uvolníme a následně opakujeme s frekvencí 100-120 stlačení za minutu. Pokud je zachránce sám, stlačuje hrudní kost dvěma prsty. Jestliže je zachránců více, použijí techniku obemknutí hrudníku. Tato technika spočívá v umístění palců na plocho vedle sebe na dolní polovinu hrudní kosti tak, aby jejich špičky mířily směrem k hlavě kojence. Ostatní prsty obou rukou roztáhneme a obejmeme jimi spodní část hrudníku. Prsty podepírají záda kojence.

- Resuscitovat přestáváme ve chvíli, kdy se u kojence projeví známky života (např. pokud se začne probouzet, hýbat se a normálně dýchat), dále ve chvíli, kdy na místo dorazí ZZS a resuscitaci převezme. Poslední možností je moment absolutního vyčerpání zachránce (European Resuscitation Council a Česká resuscitační rada, 2015).

2. CÍL PRÁCE

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat úroveň znalostí těhotných žen a matek dětí do 1 roku věku o SIDS.

Cíl 2: Zmapovat úroveň znalostí těhotných žen a matek dětí do 1 roku věku týkající se základní resuscitace u novorozence a kojence.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Existují rozdíly v informovanosti v problematice SIDS u žen druhorodiček a prvorodiček.

Hypotéza 2: Existují rozdíly v informovanosti v oblasti resuscitace novorozence a kojence u žen druhorodiček a prvorodiček.

3. OPERACIONALIZACE POJMŮ

Syndrom náhlého úmrtí kojence

Náhlá a neočekávaná smrt kojence staršího než 1 měsíc, bez příslušného vysvětlení po důkladném vyšetření post mortem (Muntau, 2014).

Novorozenec

Fyziologický novorozenec je donošené dítě narozené v 38. až 42. týdnu gestačního věku, nemá žádné známky onemocnění, jeho obvyklá porodní hmotnost se pohybuje od 2 500 g do 4 499 g, a nejsou u něj přítomny žádné vrozené vývojové vady (Troupová a Hanzl, 2010).

Kojenec

Kojenecké období trvá od 29. dne do konce 1. roku života. Je to období největšího a nejintenzivnějšího růstu a nejbouřlivějšího psychomotorického vývoje (Klíma, 2016).

Kardiopulmonální resuscitace

Soubor úkonů, které se provádí v případě, že dojde k náhlé srdeční zástavě. Vedou k udržení a k obnovení krevního oběhu a dýchání (Stožický a Sýkora, 2015).

4. METODIKA

4.1 Popis metodiky

K dosažení cílů a ověření hypotéz byla zvolena kvantitativní metoda. Bylo provedeno anonymní dotazníkové šetření sběru dat. Dotazník se skládá z úvodní informační části a 21 otázek. Ty jsou rozděleny do tří částí.

První část se skládá ze 4 otázek, které jsou identifikační. Druhá část se skládá z 9 výzkumných uzavřených otázek, které se zaměřují na informovanost respondentek o syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence. Otázky 6,9,10,12,13 jsou zaměřené na ověření hypotézy č. 1. Třetí část obsahuje 8 výzkumných uzavřených otázek a ty jsou zaměřené na míru informovanosti respondentek o resuscitaci novorozence a kojence. Otázky 17,18,19,20,21 slouží k ověření hypotézy č. 2. U hypotézy 1 i u hypotézy 2 bylo možno na otázky odpovědět pouze jednou správnou odpovědí. Správná odpověď byla ohodnocena jedním bodem, celkem mohly respondenty získat 5 bodů. K prokázání dostatečné informovanosti byla stanovena hranice 4 bodů, tzn. 4 a více.

V předvýzkumu byl dotazník zkontrolován statističkou a rozdán deseti ženám z mého okolí pro odhalení případného nepochopení znění otázek. Poté byl dotazník upraven tak, aby mohl být co nejpřesněji vyplněn a vyhodnocen.

4.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily matky novorozenců a dětí do 1 roku věku. Z celkového počtu 170 dotazovaných odpovídalo 80 primipar a 90 multipar, které byly v této práci porovnávány.

4.3 Sběr a zpracování dat

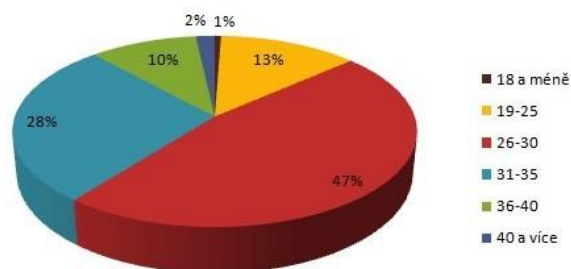
Distribuce dotazníků probíhala elektronickou formou prostřednictvím sociální sítě v březnu 2018. Bylo vyplněno 187 dotazníků, neúplné dotazníky byly ze statistického zpracování dat vyloučeny. Celkem bylo zařazeno do zpracování 170 dotazníků. Zpracování a analýza výsledků byly prováděny prostřednictvím programu Microsoft Excel. Výsledky šetření byly graficky zpracovány a doplněny slovním komentářem. Hypotézy byly ověřovány statistickým testem chí-kvadrát v programu Microsoft Excel. Posuzovali jsme, jestli rozdíl pozorovaných a očekávaných četností je statisticky významný, a to výpočtem dosažené hladiny statistické významnosti, tzv. p-

hodnoty za použití funkce CHITEST. P - hodnota byla převedena na procenta a porovnána s hladinou významnosti 5%.

5. VÝSLEDKY VÝZKUMU

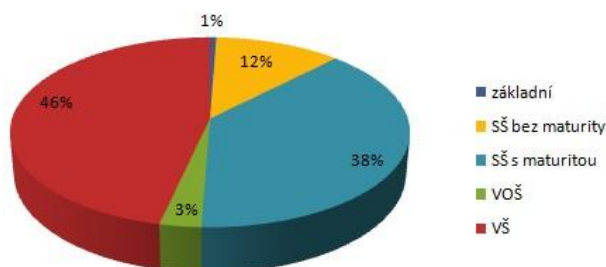
5.1 Grafické výsledky dotazníkového šetření

Graf 1: Věk respondentek



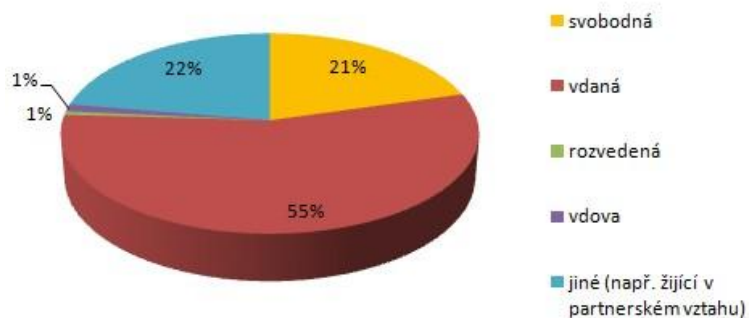
Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 170 (100 %) respondentek, jedna žena spadala do kategorie 18 let a méně (1 %). Věk 19-25 let uvedlo 23 žen (13 %), největší skupinu tvořilo 79 žen ve věku 26-30 let (47 %), druhou nejpočetnější skupinou tvořilo 47 žen ve věku 31-35 let (28 %). 36-40 let uvedlo 17 žen (10 %). V kategorii 40 let a více se zařadily 3 ženy (2 %).

Graf 2: Vzdělání respondentek



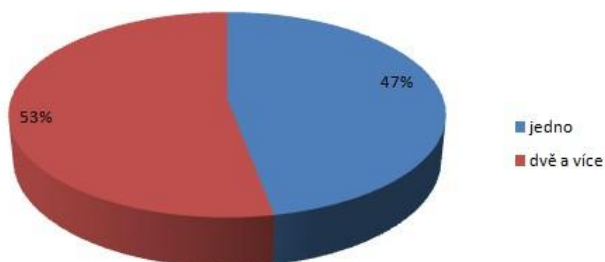
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek byla 1 žena základního vzdělání (1 %), 20 žen středoškolského vzdělání bez maturity (12 %), 65 žen středoškolského vzdělání s maturitou (38 %), 5 žen s vyšším odborným vzděláním (3 %) a 79 žen vysokoškolského vzdělání (46 %).

Graf 3: Rodinný stav respondentek



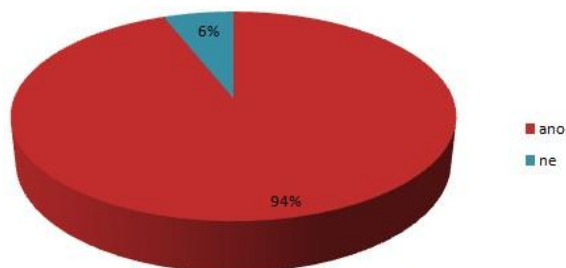
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek je 35 žen (21 %) svobodných, 94 žen (55 %) vdaných, pouze 1 žena (1 %) je rozvedená, 2 ženy (1 %) jsou vdovami a 38 žen (22 %) žije v jiném vztahu (např. partnerském).

Graf č. 4: Počet dětí



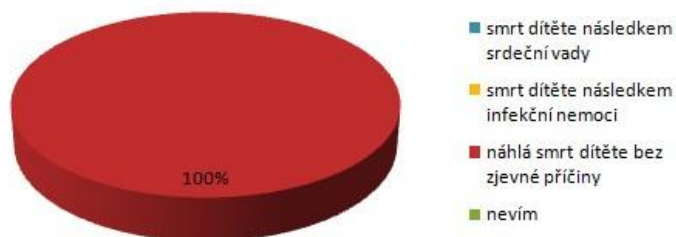
Z celkového počtu 170 (100 %) žen odpovídalo 80 primipar (47 %) a 90 multipar (53 %).

Graf č. 5: Znalost termínu „Syndrom náhlého úmrtí novorozence/kojence (SIDS)“



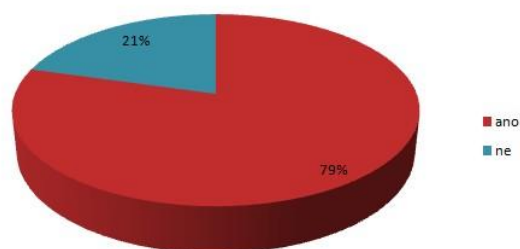
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek se 160 žen (94 %) setkala s termínem „Syndrom náhlého úmrtí novorozence/kojence (SIDS)“. 10 žen (6 %) uvedlo, že se s tímto termínem nesetkalo.

Graf č. 6: Definice syndromu náhlého úmrtí novorozence/kojence



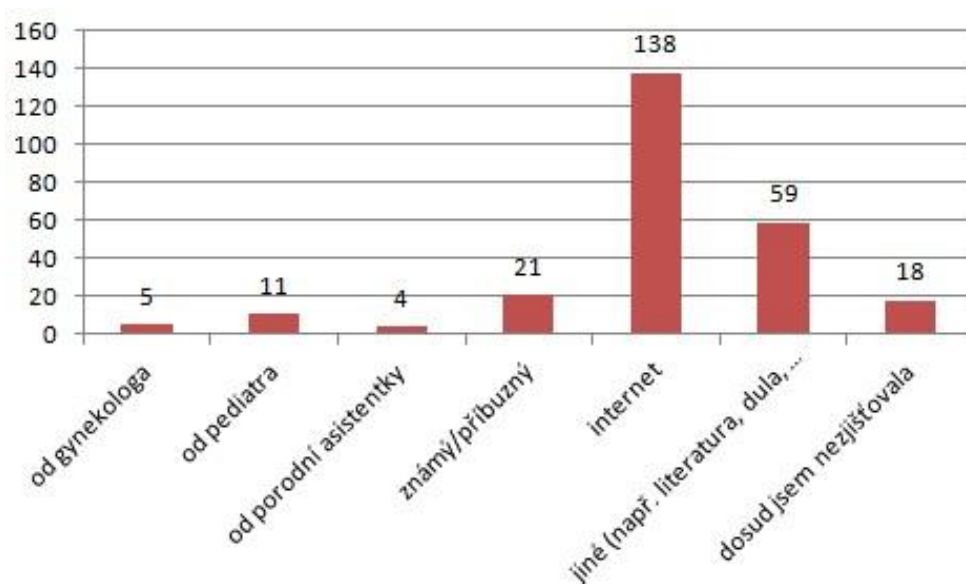
Z celkového počtu 170 (100 %) dotazovaných žen jich všech 170 (100 %) vědělo, co je to syndrom náhlého úmrtí novorozence/kojence.

Graf č. 7: Cílené zjišťování informací o SIDS



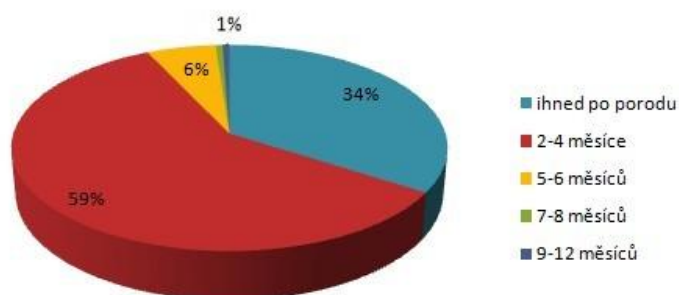
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek si 135 žen (79 %) zjišťovalo informace o SIDS samo. 35 žen (21 %) si informace nezjišťovalo.

Graf č. 8: Zdroj informací o SIDS (možnost více odpovědí)



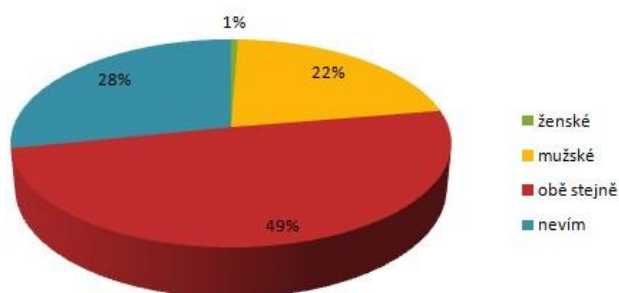
Celkový počet odpovědí byl 256. U gynekologa se informovalo 5 žen, u pediatra se informovalo 11 žen, u porodní asistentky se informovaly 4 ženy a radu od známého či příbuzného vyhledalo 21 žen. Nejvíce žen, 138, vyhledávalo informace na internetu, 59 žen si informace vyhledalo např. v literatuře a 18 žen si dosud žádné informace o SIDS nevyhledalo.

Graf č. 9: Věk největšího ohrožení SIDS



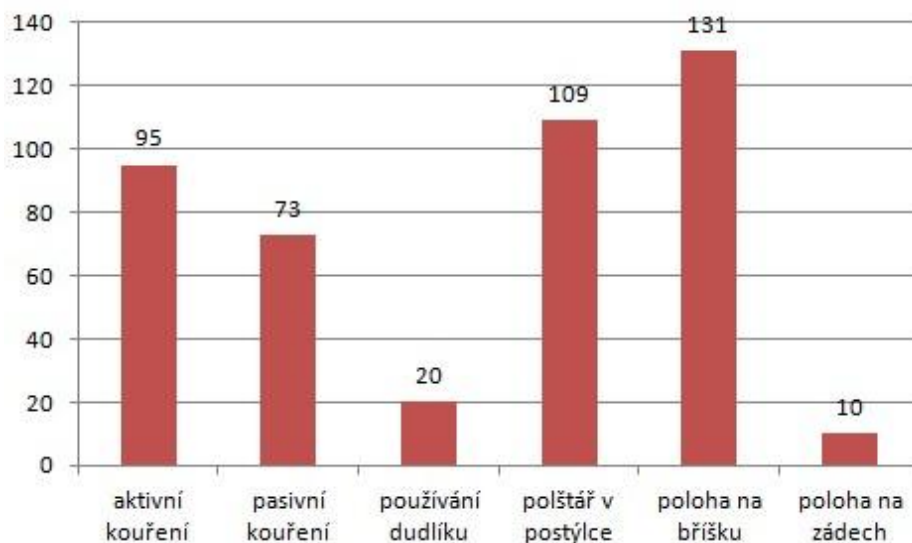
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek si 58 žen (34 %) myslí, že ohrožení dítěte nastává ihned po porodu, 100 žen (59 %) uvedlo správně, že nejvíce ohroženo SIDS je dítě ve věku 2-4 měsíců, 10 žen (6 %) si myslí, že 5-6 měsících věku dítěte. 1 žena (1 %) uvedla věk 7-8 měsíců a 1 žena (1 %) uvedla věk 9-12 měsíců.

Graf č. 10: Pohlaví, které je více ohrožené SIDS



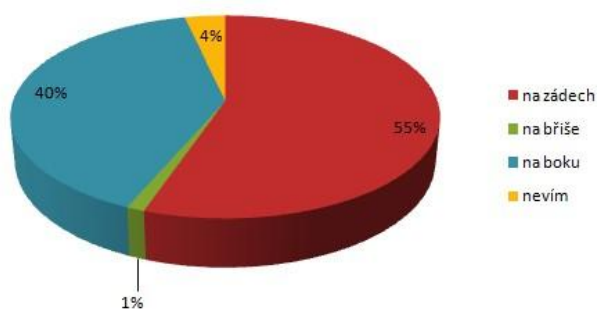
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek 1 žena (1 %) odpověděla, že ohroženy jsou více dívky, 37 žen (22 %) uvedlo, že SIDS postihuje častěji mužské pohlaví, 84 žen (49 %) myslí, že SIDS jsou ohroženy obě pohlaví stejnou měrou. 48 žen (28 %) uvedlo, že neví.

Graf č. 11: Rizikové faktory (možnost více odpovědí)



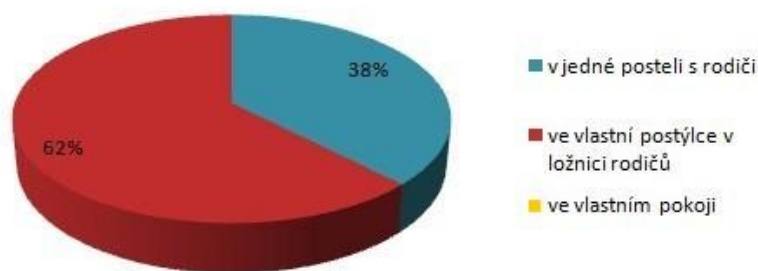
Celkový počet odpovědí bylo 438. 95 žen zvolilo za rizikový faktor možnost aktivního kouření, 73 žen zvolilo pasivní kouření, 20 žen si myslí, že rizikovým faktorem je používání dudlíku, 109 žen zvolilo možnost polštář v postýlce, 131 žen volilo polohu na břišku a 10 žen volilo polohu na zádech.

Graf č. 12: Poloha pro bezpečný spánek dítěte do 6 měsíců



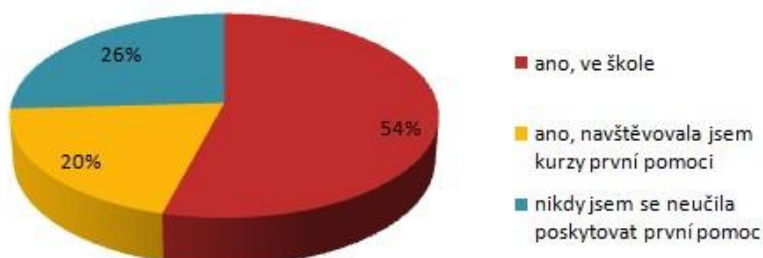
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 94 (55 %) uvádí, že vhodná poloha pro bezpečný spánek pro dítě do 6 měsíců je na zádech, 2 ženy (1 %) zvolily možnost na břiše, 68 žen (40 %) si myslí, že je to poloha na boku, 6 žen (4 %) uvedlo, že neví.

Graf č. 13: Místo pro spánek dítěte do 6 měsíců



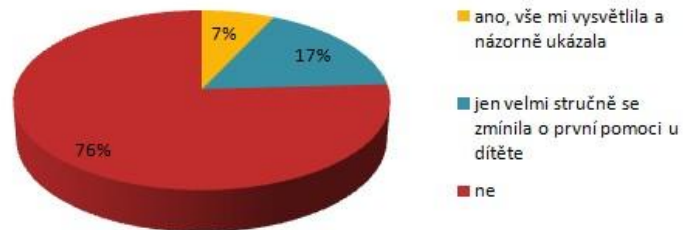
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek si 64 žen (38 %) myslí, že by dítě mělo spát v jedné posteli s rodiči, 106 (62 %) žen uvádí, že by dítě mělo spát ve vlastní postýlce v ložnici rodičů. Možnost ve vlastním pokoji nezvolila žádná respondentka.

Graf č. 14: Poskytování první pomoci



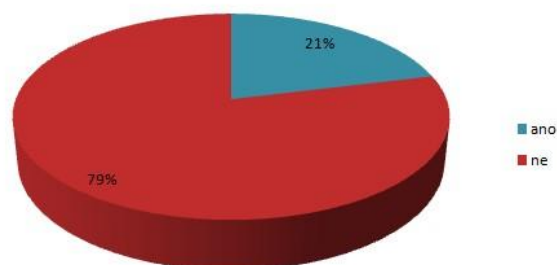
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek 92 žen (54 %) uvedlo, že se učilo poskytovat první pomoc ve škole. 34 žen (20 %) navštěvovalo kurzy první pomoci a 44 žen (26 %) se nikdy neučilo poskytovat první pomoc.

Graf č. 15: Seznámení porodní asistentkou/dětskou sestrou s první pomocí po porodu dítěte v porodnici



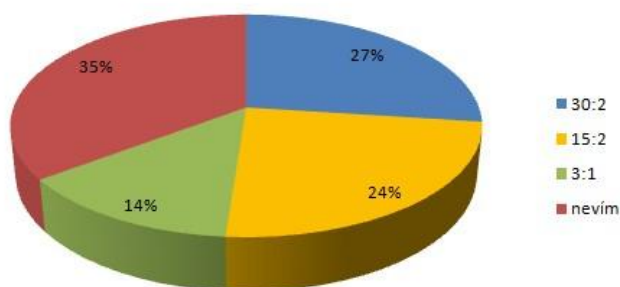
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 12 (7 %) uvedlo, že jim porodní asistentka nebo dětská sestra vše vysvětlila a názorně ukázala, 29 žen (17 %) uvedlo, že se porodní asistentka nebo dětská sestra jen velmi stručně zmínila o první pomoci a 129 žen (76 %) nebylo seznámeno s první pomocí u dítěte v porodnici.

Graf č. 16: Přímé poskytnutí první pomoci



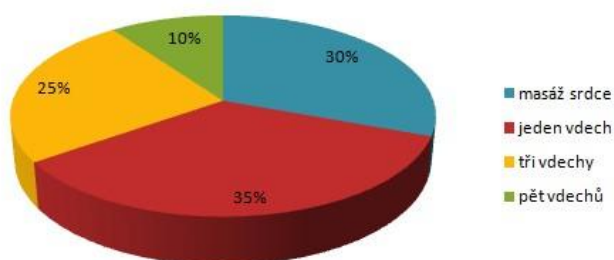
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek 36 žen (21 %) už někdy první pomoc poskytlo a 134 (79 %) uvedlo, že nikdy neposkytovalo první pomoc přímo.

Graf č. 17: Poměr stlačování hrudníku a umělých vdechů u kojence



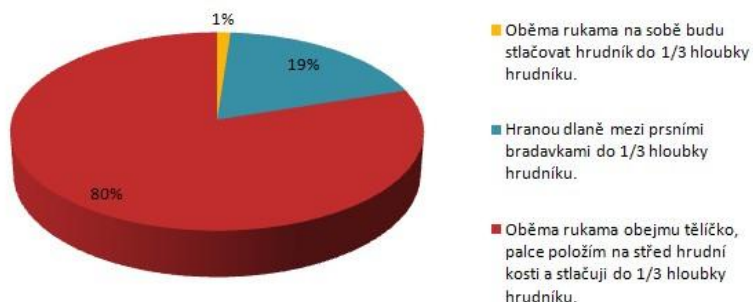
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek si 46 žen (27 %) myslí, že správný poměr je 30:2, 41 žen (24 %) udává poměr 15:2, 23 žen (14 %) udává poměr 3:1. 60 žen (35 %) uvedlo, že neznají správný poměr stlačování hrudníku a umělých vdechů u kojence.

Graf č. 18: První krok při resuscitaci kojence



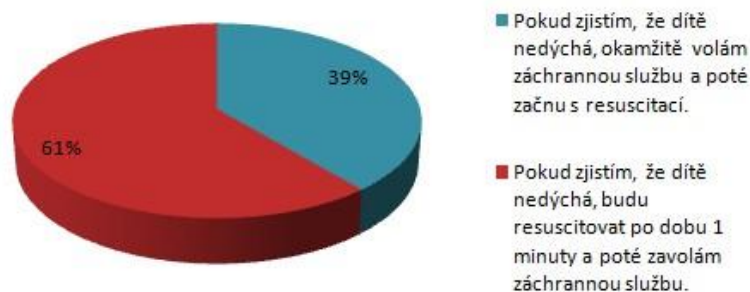
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek by 52 žen (30 %) zahájilo masáží srdce, 59 žen (35 %) myslí, že prvním krokem při resuscitaci kojence je jeden vdech, 42 žen (25 %) by zahájilo třemi vdechy a 17 žen (10 %) by zahájilo pěti vdechy.

Graf č. 19: Provedení srdeční masáže u kojence



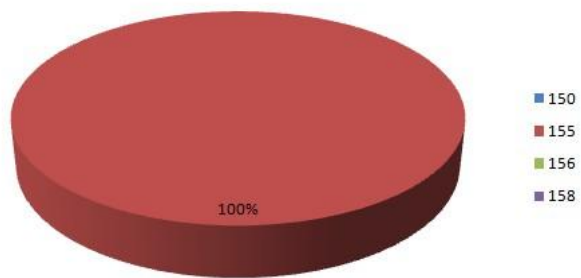
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek by 2 ženy (1 %) stlačovaly hrudník oběma rukama na sobě, 32 žen (19 %) by masírovalo hranou dlaně mezi prsními bradavkami a 136 žen (80 %) by srdeční masáž provádělo tak, že by oběma rukama objaly tělíčko, a stlačovaly do 1/3 hloubky hrudníku.

Graf č. 20: Správné tvrzení



Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek by 66 žen (39 %) nejprve volalo záchrannou službu. 104 (61 %) zastává názor, že je vhodné začít s resuscitací po dobu jedné minuty a až poté volat záchrannou službu.

Graf č. 21: Telefonní číslo zdravotnické záchranné služby



Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich všech 170 (100%) zvolilo správné telefonní číslo záchranné služby 155.

5.2 Statistické zpracování hypotéz

Ověření hypotéz jsme provedli pomocí statistického testu chí-kvadrát. Nulové hypotézy byly testovány proti alternativním hypotézám na hladině významnosti 5 %. S hladinou významnosti se porovnávala výsledná hodnota chí-kvadrát testu. Pokud byl výsledek chí-kvadrát testu nižší než zvolená hladina významnosti, nulová hypotéza byla zamítnuta. Pokud byl výsledek chí-kvadrát testu vyšší nebo roven 5 %, nulová hypotéza nebyla zamítnuta.

H1: Existují rozdíly v informovanosti v problematice SIDS u žen druhorodiček a prvorodiček.

H0: Prvorodičky a druhorodičky mají stejné znalosti v problematice SIDS.

HA: Prvorodičky a druhorodičky nemají stejné znalosti v problematice SIDS.

K hypotéze 1 se vztahují otázky 6,9,10,12,13. Na otázky bylo možno odpovědět pouze jednou správnou odpovědí. Správná odpověď byla ohodnocena jedním bodem, celkem mohly respondentky získat 5 bodů. K prokázání dostatečné informovanosti byla stanovena hranice 4 bodů, tzn. 4 a více. Podle tabulky je patrné, že výsledná hodnota chí-kvadrát testu je nižší než 5 %, proto je nulová hypotéza zamítnuta.

Tabulka č. 1: Výsledky informovanosti - SIDS

	Informovanost - SIDS		Celkem
	<u>Ano</u>	<u>Ne</u>	
Primipary	27	53	80
Multipary	27	63	90
Celkem	54	116	170
Primipary	34 %	66 %	100 %
Multipary	30 %	70 %	100 %
Chí-kvadrát test	0,6 %		

Z tabulky vyplývá, že primipary jsou více informované o problematice SIDS než multipary. Z celkového počtu 80 primipar prokázalo 27 žen dostatečné znalosti a 53 respondentek projevilo neinformovanost. Z celkového počtu 90 multipar prokázalo 27 žen dostatečné znalosti a 63 respondentek projevilo neinformovanost. Dostatečnou informovanost o SIDS prokázalo 34 % prvorodiček a 30 % druhorodiček.

H2: Existují rozdíly v informovanosti v oblasti resuscitace novorozence a kojence u žen druhorodiček a prvorodiček.

H0: Prvorodičky a druhorodičky mají stejné znalosti v oblasti resuscitace novorozence a kojence.

HA: Prvorodičky a druhorodičky nemají stejné znalosti v oblasti resuscitace novorozence a kojence.

K hypotéze 2 se vztahují otázky 17,18,19,20,21. Na otázky bylo možno odpovědět pouze jednou správnou odpovědí. Správná odpověď byla ohodnocena jedním bodem, celkem mohly respondentky získat 5 bodů. K prokázání dostatečné informovanosti byla stanovena hranice 4 bodů, tzn. 4 a více. Podle tabulky je patrné, že výsledná hodnota chí-kvadrát testu je nižší než 5 %, proto je nulová hypotéza zamítnuta.

Tabulka č. 2: Výsledky informovanosti - resuscitace

	Informovanost - resuscitace		Celkem
	Ano	Ne	
Primipary	18	62	80
Multipary	11	79	90
Celkem	29	141	170
Primipary	23 %	77 %	100 %
Multipary	12 %	88 %	100 %
Chí-kvadrát test		1 %	

Z tabulky vyplývá, že primipary jsou více informované o problematice resuscitace novorozence/kojence než multipary. Z celkového počtu 80 primipar prokázalo 18 žen dostatečné znalosti a 62 respondentek projevilo neinformovanost. Z celkového počtu 90 multipar prokázalo 11 žen dostatečné znalosti a 79 respondentek projevilo neinformovanost. Dostatečnou informovanost o resuscitaci novorozence/kojence prokázalo 23 % prvorodiček a 12 % druhorodiček.

6. DISKUSE

V této bakalářské práci se zabýváme syndromem náhlého úmrtí novorozence a kojence. Je důležité, aby každá matka měla o tomto syndromu určité povědomí, a tak jsme se rozhodli zjistit, zda mají správné informace a zda by byly schopné svému dítěti poskytnout první pomoc. Proto jsme si stanovili dva cíle. Zmapovat úroveň znalostí těhotných žen a matek dětí do 1 roku věku o SIDS a zmapovat úroveň znalostí těhotných žen a matek dětí do 1 roku věku o základní resuscitaci u novorozence a kojence. Ke splnění těchto cílů jsme zvolili kvantitativní výzkumné šetření, které jsme provedli formou dotazníku. Ten obsahoval 21 otázek a je součástí přílohy č. 1. Výzkumný soubor tvořilo celkem 170 respondentek různého věku a vzdělání. Jednalo se o 80 primipar a 90 multipar (viz. Graf 4).

Nejvíce respondentek bylo ve věkovém rozmezí 26-30 let, což tvořilo 47 % všech dotazovaných. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou byly ženy ve věku 31-35 let (28 %). Ženy ve věku 19-25 let byly zastoupeny 13 %, ženy ve věku 36-40 let byly zastoupeny 10 %. V kategorii 40 let a více odpovídaly 2 % žen a 1 % tvořila žena ve věku 18 let a méně.

Bylo zjištěno, že nejpočetnější skupinu tvořily vysokoškolsky vzdělané ženy a to ve 46 % odpovědí. Druhou nejpočetnější skupinu tvořily středoškolsky vzdělané ženy s maturitou (39 %). 12 % žen uvedlo středoškolské vzdělání bez maturity, vyšší odborné vzdělání uvedly 3 % žen a pouze jedna žena uvedla vzdělání základní. Proto je tedy možné předpokládat, že úroveň jejich znalostí bude přinejmenším dostatečná.

Jako první jsme vyslovili hypotézu o existenci rozdílů v informovanosti o problematice SIDS u žen prvorodiček a druhorodiček. K této hypotéze se vztahovalo pět otázek a to č. 6,9,10,12 a 13. K prokázání dostatečné informovanosti byla stanovena hranice 4 bodů, tzn. 4 a více. Dostatečnou informovanost prokázalo 34 % prvorodiček a 30 % druhorodiček.

Zajímalo nás, zda respondentky znají definici syndromu náhlého úmrtí novorozence/kojence a jestli se s termínem SIDS setkaly. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že všech 170 žen (100 %) ví, že syndrom náhlého úmrtí novorozence/kojence je náhlá smrt bez zjevné příčiny. Je s podivem, že 10 žen z celkového počtu 170 uvádí, že se s tímto termínem nesetkalo. Podle mého názoru je 100% znalost definice SIDS způsobená tím, že si jí ženy odvodily z termínu „Syndrom

náhlého úmrtí novorozence/kojence“. Oproti tomu v bakalářské práci Škvorové (2015) znalo správnou odpověď 94,8 % respondentek a ve výzkumu Maslákové (2015) pouze 84 % respondentek. Odlišné výsledky mohou být zapříčiněny výběrem různých respondentek.

Dále se zabýváme věkem, ve kterém je dítě nejvíce ohroženo. Nejpočetnější skupina žen správně uvedla, že největší nebezpečí hrozí mezi 2. - 4. měsícem (59 %). 34 % žen si myslí, že nejvíce nebezpečné je období ihned po porodu. 6 % žen považuje za rizikové 5. - 6. měsíc věku dítěte. 7. - 8. měsíc považuje za krizový 1 % žen a stejné procento si myslí, že se jedná o rozmezí 9. - 12. měsíce věku. Podobně vyšel výzkum i u Maslákové (2015). 40 % žen volilo správnou odpověď (2. - 4. měsíc), 29 % žen volilo odpověď ihned po porodu, 23 % žen uvedlo, že je dítě ohroženo do 1 měsíce věku, 5 % žen zvolilo nejrizikovější věk 5. - 6. měsíc, 2 % odpovědělo 7. - 8. měsíc a 1 % uvedlo věk 10 - 12 měsíců.

Další otázkou zjišťujeme, zda ženy vědí, které pohlaví je více ohroženo SIDS. Mužské pohlaví, tedy správnou odpověď, volilo pouze 22 % žen. Nejvíce žen (49 %) si myslí, že nezáleží na pohlaví a děti jsou tak ohroženy stejnou měrou. 28 % žen na otázku odpověď neznalo a pouze 1 žena si myslí, že je ohroženo ženské pohlaví. Oproti tomu respondentky z výzkumu Maslákové (2015) v 69 % znaly správnou odpověď, 4 % volilo ženské pohlaví a 27 % respondentek neznalo správnou odpověď. Rozdíl ve výsledcích je zde pravděpodobně způsoben odlišnou volbou kategorií, kde u Maslákové (2015) chybí možnost volby obou pohlaví.

Velmi nás zajímala znalost vhodné polohy pro bezpečný spánek dítěte do 6 měsíců věku. 55 % žen zvolilo správnou možnost, a to polohu na zádech. 40 % žen volilo polohu na boku, 4 % žen nevědělo a 1 % zvolilo polohu na břicho. Domnívám se, že tento výsledek není dobrý. Jak uvádí Muntau (2014) jedná se o nejbezpečnější polohu a dítě by takto mělo spát od narození do 1 roku věku. Pokud se dodržují preventivní opatření, lze snížit riziko na minimum. V porodnicích je úkolem porodních asistentek poučit matku o nutnosti volby této polohy pro bezpečí jejího dítěte.

Poslední otázkou vztahující se k hypotéze 1 jsme se tázali na vhodné místo pro spánek dítěte do 6 měsíců věku. 62 % respondentek odpovědělo, že dítě by mělo spát ve vlastní postýlce ve stejné místnosti s rodiči. 38 % odpovědělo, že dítě by mělo spát společně s rodiči v jedné posteli. Možnost spánku ve vlastním pokoji ne zvolila žádná respondentka. Výzkum Maslákové (2015) ukázal, že možnost spánku dítěte ve vlastní

postýlce ve stejné místnosti by volilo 95 % respondentek. Možnost spánku v posteli společně s rodiči či sourozenci by volila 4 % žen. Tato otázka je dle mého názoru kontroverzní. Literatura v drtivých případech doporučuje spánek dítěte ve vlastní postýlce v ložnici rodičů a jako hlavní důvod uvádí snížení rizika SIDS (Moon et al., 2016, Muntau 2014). Podle Markham (2015) se spánkové návyky novorozenců a kojenců synchronizují s matčinými a proto jsou schopnější regulovat svůj dech a úroveň vzrušení. Snižuje se tak riziko syndromu náhlého úmrtí. V posledních letech je stále větší počet žen, které zastávají názor, že dítě by mělo od narození spát s matkou v jedné posteli. Důvody mají různé. Jejich vlastní intuice, pohodlí pro snadnější kojení, navázání citového pouta s dítětem či větší psychická pohoda u obou. Myslím si, že by porodní asistentky měly na oddělení šestinedělí před propuštěním z porodnice podat ženám informace o bezpečném spánku v domácím prostředí formou nabídky různých možností. Mohou se například zmínit o přistavení dětské postýlky k rodičovské posteli nebo o možnosti nechat si přidělat na stranu své postele přídavnou postýlku. Matky tedy mají své dítě vedle sebe, ale to je zároveň v bezpečí své vlastní postýlky. Toto může být jakýmsi kompromisem mezi odborným doporučením pediatriů a vlastní mateřskou intuicí.

Dvě otázky v našem dotazníku se zabývaly zjišťováním informací o problematice SIDS. 79 % žen si cíleně vyhledávalo informace, 21 % žen si o SIDS nezjišťovalo nic. Drtivá většina žen si informace vyhledává na internetu, takto odpovědělo 138 žen. 59 odpovědí zaznamenalo informace z jiných zdrojů, například z literatury nebo seminářů. 21 žen se k informacím dostalo přes známého či příbuzného, 11 žen zjišťovalo informace u pediatra, 5 žen se ptalo svého gynekologa, pouze 4 ženy se informovaly u porodní asistentky a 18 žen si dosud informace nezjišťovalo. Zde je znepokojujícím faktem to, že si ženy informace nejčastěji vyhledávají na internetu. Je zde mnoho mylných, zavádějících a neoborných informací. Bylo by vhodné vytvořit stránky informující o problému SIDS, o rizikových faktorech a preventivních opatření. Jen málo žen se na odborné téma zeptá lékaře, ať už pediatra či gynekologa, nebo porodní asistentky. Podle mého názoru je to dané tím, že nad takovým tématem ženy raději nepřemýšlejí dopředu. Doporučila bych vytvoření informačních brožur či letáků týkající se rizika a prevence SIDS. Tyto brožury či letáky by mohly být dostupné v čekárnách u gynekologů a pediatriů. A právě o prevenci by je porodní asistentka měla poučit.

Tím se dostáváme k otázce, která zjišťuje, zda jsou respondentky schopné vybrat rizikové faktory SIDS. U této otázky bylo možno volit více možností odpovědí. Z grafu č. 11 je patrné, že respondentky byly schopné vybrat rizikové faktory předcházející SIDS. Polohu na břišku zvolilo 131 žen, 109 žen zvolilo polštář v postýlce, 95 žen zvolilo aktivní kouření a 73 žen pasivní kouření. Možnost polohy na zádech, která je nejbezpečnější polohou předcházející SIDS, zvolilo 10 žen a používání dudlíku, který je rovněž ochranným faktorem, vybralo 20 žen.

Jako druhou jsme vyslovili hypotézu o existenci rozdílů v informovanosti v oblasti resuscitace novorozence a kojence u žen druhorodiček a prvorodiček. K této hypotéze se vztahovalo pět otázek a to č. 17, 18, 19, 20 a 21. K prokázání dostatečné informovanosti byla stanovena hranice 4 bodů, tzn. 4 a více. Dostatečnou informovanost prokázalo 23 % prvorodiček a 12 % druhorodiček.

Otázka č. 17 zjišťuje poměr stlačování a umělých vdechů u kojence. Nejvíce respondentek zvolilo možnost nevím (35 %). Správnou odpověď, tedy poměr 15:2 zvolilo 24 % žen. Poměr 30:2 zvolilo 27 % žen a 13 % vybralo poměr 3:1. Ve své práci píše Masláková (2015), že správný poměr u kojence 30:2, který v jejím výzkumu volilo 40 % dotazovaných. Poměr 15:2 zvolilo 17 % žen. Masláková (2015) čerpala z knihy Šeblové a Knora, Urgentní medicína v klinické praxi lékaře, která byla vydaná roku 2013. Naším zdrojem jsou novější Doporučené postupy pro resuscitaci Evropské resuscitační rady z roku 2015. Navazuje otázka č. 18, kde se ptáme na první krok při resuscitaci kojence. Pouze 10 % žen zvolilo možnost správné odpovědi, což je 5 vdechů. Nejvíce žen by resuscitaci zahájilo jedním vdechem (35 %), 30 % respondentek by zahajovalo masáží srdce a tři vdechy by provedlo 25 % žen. Tento fakt je velmi znepokojující. V související otázce č. 15 jsme zjišťovali, zda ženy v porodnici po porodu seznámila porodní asistentka nebo dětská sestra s první pomocí u dítěte. 76 % žen odpovědělo, že ne. 17 % žen odpovědělo, že jen velmi stručně a 7 % respondentek odpovědělo, že jich porodní asistentka či dětská sestra první pomoc vysvětlila a názorně ukázala. Dle mého názoru by měla porodní asistentka seznámit matku s první pomocí u dítěte na oddělení šestinedělí během 72 hodin po porodu. Z vlastní zkušenosti z praxe bohužel vím, že ne všude se tato edukace provádí. V českobudějovické nemocnici porodní asistentky a dětské sestry rozdávají na oddělení šestinedělí matkám edukační leták o resuscitaci novorozence a dítěte do 1 roku věku. Zpracování letáku je srozumitelné, jednotlivé kroky jsou názorně a jednoduše popsány, nechybí ilustrovaný

návod. To je podle mě správný způsob předání informací a spolu s edukací přímo od porodní asistentky, dětské sestry či lékaře je toto cesta náležitá osvěta.

V další otázce nás zajímalo, zda se respondentky někdy učily poskytovat první pomoc. 54 % žen odpovědělo, že se první pomoc učilo ve škole a 20 % žen dokonce navštěvovalo kurzy první pomoci. 26 % žen se nikdy první pomoc poskytovat neučilo.

Otázka č. 19 zjišťuje provedení srdeční masáže u kojence. Zde nás příjemně překvapilo, že 80 % respondentek správně označilo možnost oběma rukama obejmout tělíčko, palec položit na střed hrudní kosti a stlačovat do 1/3 hloubky hrudníku. 19 % žen by masírovalo hranou dlaně a 1 % by zahájilo masáž oběma rukama na sobě stejně jako u dospělého člověka.

V otázce č. 20 jsme požadovali výběr správného tvrzení. 61 % respondentek správně zvolilo možnost resuscitovat po dobu jedné minuty a poté volat ZZS. 39 % by napřed zavolalo ZZS a poté začalo s resuscitací.

Otázkou č. 21 jsme ověřovali znalost telefonního čísla na ZZS. Všechny 100 % respondentek znalo telefonní číslo 155.

7. ZÁVĚR

Cílem č. 1 bakalářské práce bylo zmapovat úroveň znalostí těhotných žen a matek dětí do 1 roku věku o SIDS. Byla stanovena hypotéza č. 1, která zněla: Existují rozdíly v informovanosti v problematice SIDS u žen druhorodiček a prvorodiček. Analýzou získaných dat byla tato hypotéza potvrzena statistickým chí-kvadrát testem, který byl 0,6 %. Prvorodičky jsou více informované o problematice SIDS než druhorodičky. Dostatečnou informovanost o SIDS prokázalo 34 % prvorodiček a 30 % druhorodiček.

Cílem č. 2 bylo zmapovat úroveň znalostí těhotných žen a matek dětí do 1 roku věku týkající se základní resuscitace u novorozence a kojence. Byla stanovena hypotéza č. 2, která zněla: Existují rozdíly v informovanosti v oblasti resuscitace novorozence a kojence u žen druhorodiček a prvorodiček. Analýzou získaných dat byla tato hypotéza potvrzena statistickým chí-kvadrát testem, který byl 1 %. Prvorodičky jsou více informované o problematice resuscitace novorozence/kojence než druhorodičky. Dostatečnou informovanost o resuscitaci novorozence/kojence prokázalo 23 % prvorodiček a 12 % druhorodiček.

Výzkumné šetření ukázalo, že povědomí o syndromu náhlého úmrtí je veliké. Co se týče rizikových faktorů a možností prevence, zde je informovanost spíše nízká. Řešením by mohla být distribuce edukačního materiálu do čekáren gynekologů a pediatriů. Co se týče informovanosti o resuscitaci novorozence/kojence je povědomí malé. V porodnicích by se porodní asistentky měly zaměřit na matky po porodu a toto téma s nimi probrat a případně je edukovat v základních krocích resuscitace novorozence a kojence.

Tato bakalářská práce by mohla sloužit jako informační materiál pro studenty zdravotnických oborů i porodní asistentky nebo jako prezentace na odborném semináři.

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAMS, S. M., WARD, Ch. E., GARCIA, K. L., 2015. Sudden infant death syndrome. *American family physician*. 91 (11), 778-783. [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <http://www.aafp.org/afp/2015/0601/p778.html>
2. ATHANASAKIS, E., KARAVASILIADOU, S., STYLIADIS, I., 2011. The factors contributing to the risk of sudden infant death syndrome. *Hippokratia*. 15 (2), 127-131. [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3209674/>
3. BOUŠKA, I., TOUPALÍK, P., 2007. *Soudnělékařská diagnostika náhlé smrti*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1327-7.
4. BĚLOHLÁVKOVÁ, S., BRONSKÝ, J. et al., 2014. Doporučení pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat. *Československá pediatrie*, roč. 69, Suppl 1, s. 3-6. ISSN: 1805-450. Dostupné z: <http://files.gastroped.cz/200000163-4a2514c70f/doporuceni-vyziva-kojencu-a-batolat-2014.pdf>
5. BLOOD SIEGFRIED, J., RENDE, E. K., 2010. The Long Term Effects of Prenatal Nicotine Exposure on Neurologic Development. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 55 (2), 143-152. [cit. 2018-01-20]. DOI:10.1016/j.jmwh.2009.05.006. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2998347/>
6. CORWIN, M.J., © 2017. *Patient education: Sudden infant death syndrome (SIDS) (Beyond the Basics)*. [online]. [cit. 2017-11-11]. Dostupné z: <https://www.uptodate.com/contents/sudden-infant-death-syndrome-sids-beyond-the-basics>
7. ČERNÁ, O., 2007. *Naléhavé situace v pediatrii*. Olomouc: Solen Print, s.r.o., ISBN 978-80-903776-1-5.
8. DJAKOW, J., 2016. Evropská doporučení pro resuscitaci dětí a novorozenců: Guidelines 2015. *Vox pediatrics*. 16(6), 27-30. ISSN 1213-2241.
9. EUNICE KENNEDY SHRIVER NATIONAL INSTITUTE of CHILD HEALTH and HUMAN DEVELOPMENT, 2014. Questions and Answers for Health Care Providers: Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) and Other Sleep-Related Causes of Infant Death. NIH Pub. No. (14-7202). [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: https://www1.nichd.nih.gov/publications/pubs/Documents/SIDS_QA_HealthCareProviders.pdf

10. EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL a ČESKÁ RESUSCITAČNÍ RADA, 2015. Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2015: Souhrn doporučení. *Urgentní medicína*. 18 (1), 36-39. ISSN 1212-1924
11. FENDRYCHOVÁ, J., 2016. Podat dítěti dudlík či nepodat? [online]. *Pediatric pro praxi*. 17(6), 387-389. [cit. 2018-01-16]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/06/14.pdf>
12. GOLDWATER, P. N., 2011. A perspective on SIDS pathogenesis. The hypotheses: plausibility and evidence. *BMC medicine*, 9:64 [cit. 2018-01-20]. DOI: 10.1186/1741-7015-9-64. Dostupné z: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-9-64>
13. GOODSTEIN, M. H., BELL, T., KRUGMAN, S. D., 2015. Improving infant sleep safety through a comprehensive hospital-based program. *Clinical Pediatric*, 54 (3), 212-221. [cit. 2018-01-15]. DOI:10.1177/0009922814566928. Dostupné z: http://www.halosleep.com/content/Web%20Articles/1376_%20Goodstein%20Krugman%20Improving%20Infant%20Sleep%20Safety.pdf
14. GREGORA, M., 2005. *Očkování a infekční nemoci dětí*. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 80-247-1126-5.
15. HILTON, L., 2016. Counseling parents about safe infant sleep. *Contemporary Pediatrics*, [online]. [cit. 2018-2-20]. Dostupné z: <http://contemporarypediatrics.com/modern-medicine-feature-articles/counseling-parents-about-safe-infant-sleep>
16. HIRT, M. et al., 2015. *Soudní lékařství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5680-6.
17. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4721-712.
18. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
19. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.
20. MA, P., BREWER-ASLING, M., MAGNUS, J. H., 2013. A case study on the economic impact of optimal breastfeeding. *Maternal and child health journal*. 17(1), 9-13. [cit. 2018-02-10]. DOI 10.1007/s10995-011-0942-2.

21. MARKHAM, L., 2015. *Aha! Rodičovství: jak přestat křičet a začít žít s dětmi v harmonii*. V Praze: Tady a teď. ISBN 978-80-88130-03-1.
22. MASLÁKOVÁ, M., 2015. Syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence. Zlín. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií
23. MATĚJŮ, E., KOVÁČ P., © 2006. Retrospektivní studie výskytu SIDS v ČR během období 1999–2004. *Pediatric pro praxi: ARCHIV. Pediatric pro Praxi*, 2006; 2: [online]. [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2006/02/10.pdf>
24. MIHÁL, V., POTOMKOVÁ J., © 2009. Pronační spánková poloha kojenců jako rizikový faktor SIDS s nejvyšší silou důkazů. *Pediatric pro praxi: ARCHIV. Pediatric pro Praxi*. 10(2), [online]. [cit. 2017-11-20]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2009/02/18.pdf>
25. MOON, R. Y. et al., 2016. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*. 138 (5): e20162940. doi: 10.1542/peds.2016-2940. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/138/5/e20162940>
26. MUNTAU, A., 2014. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4588-6.
27. SINGH, G. P. et al., 2016. Sudden Infant Death Syndrome – Role of Trigemino-cardiac Reflex: A Review. *Frontiers in Neurology*. 7 (221), doi:10.3389/fneur
28. SRNSKÝ, P., 2007. *První pomoc u dětí*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-1824-8.
29. STOŽICKÝ, F., SÝKORA J., 2015. *Základy dětského lékařství*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2997-1.
30. ŠEBLOVÁ, J., KNOR J., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4744-346.
31. ŠTEFAN, J., HLADÍK J., 2012. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3594-8.

32. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovateľskej péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-246-5.
33. TIEDER, J. S. et al., 2016. Brief Resolved Unexplained Events (Formerly Apparent Life-Threatening Events) and Evaluation of Lower-Risk Infants. *Pediatrics*. 137(5): e20160591 doi:10.1542/peds.2016-0591
34. TROUPOVÁ, J., HANZL, M., 2010. Standardy ošetrovateľskej péče v neonatologii. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-8982-6.
35. ZUKUNFT-HUBER, B., 2007. *Cvičení s miminkem: baby gymnastika*. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-1713-5.

9. SEZNAM PŘÍLOH

9.1 Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Výstup bakalářské práce – leták

10. SEZNAM ZKRATEK

AAP - American Academy of Pediatrics, Americká pediatriká akademie

ALS - Advanced Life Support, rozšířená neodkladná resuscitace

ALTE - Apparent-Life-Threatening Episode, zdánlivě život ohrožující stav

BLS - Basic Life Support, základní neodkladná resuscitace

CDCP - Centers for Disease Control and Prevention

CNS - centrální nervová soustava

ČPS - Česká pediatriká společnost

ERC - Evropská resuscitační rada

ICD - International Classification of Diseases

JIP - jednotka intenzivní péče

KPR - kardiopulmonální resuscitace

MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí

NISP - National Infant Sleep Position

SIDS - Sudden Infant Death Syndrome, syndrom náhlého úmrtí kojence

SUDI - Sudden Unexpected Death in Infancy, náhlá a neočekávaná smrt v kojeneckém věku

SUID - Syndrome Unexpected Infant Death, náhlá neočekávaná smrt kojence

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

ZZS – zdravotnická záchranná služba

Příloha 1: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Andrea Dolejší a jsem studentkou 3. ročníku Porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma Syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence a je určený matkám novorozenců a dětí do 1 roku věku. Jeho vyplnění Vám zabere maximálně 10 minut času a jeho výsledky budou použity pouze pro účely zpracování této práce.

Mockrát děkuji za Váš čas, který věnujete k vyplnění tohoto dotazníku.

1) Kolik je Vám let?

- a) 18 a méně
- b) 19 – 25
- c) 26 – 30
- d) 31 – 35
- e) 36 – 40
- f) 40 let a více

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) SŠ bez maturity
- c) SŠ s maturitou
- d) VOŠ
- e) VŠ

3) Jaký je Váš rodinný stav?

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova
- e) jiné (např. žijící v partnerském vztahu)

4) Kolik máte dětí?

- a) jedno
- b) dvě a více

5) Setkala jste se již s termínem „Syndrom náhlého úmrtí novorozence/kojence (SIDS)“?

- a) ano
- b) ne

6) Co je to syndrom náhlého úmrtí novorozence/kojence? (pouze jedna možnost odpovědi)

- a) smrt dítěte následkem srdeční vady
- b) smrt dítěte následkem infekční nemoci
- c) náhlá smrt dítěte bez zjevné příčiny
- d) nevím

7) Zjišťovala jste si informace o SIDS sama?

- a) ano
- b) ne

8) Od koho jste si informace o SIDS zjišťovala?

- a) od gynekologa
- b) od pediatra
- c) od porodní asistentky
- d) známý/příbuzný
- e) internet
- f) jiné (např. literatura, dula, seminář...)
- g) dosud jsem nezjišťovala

9) V jakém věku je dítě nejvíce ohroženo? (pouze jedna možnost odpovědi)

- a) ihned po porodu
- b) 2 - 4 měsíce
- c) 5 – 6 měsíců
- d) 7 – 8 měsíců
- e) 9 – 12 měsíců

10) Které pohlaví je více ohroženo SIDS?

- a) ženské
- b) mužské
- c) obě stejně
- d) nevím

11) Jaké jsou podle Vás další rizikové faktory SIDS? (možnost více odpovědí)

- a) aktivní kouření
- b) pasivní kouření
- c) používání dudlíku
- d) polštář v postýlce
- e) poloha na bříšku
- f) poloha na zádech

12) Jediná doporučená vhodná poloha pro bezpečný spánek dítěte do 6 měsíců?

- a) na zádech
- b) na břiše
- c) na boku
- d) nevím

13) Kde by mělo dítě do 6 měsíců spát?

- a) v jedné posteli s rodiči
- b) ve vlastní postýlce v ložnici rodičů
- c) ve vlastním pokoji

14) Učila jste se poskytovat první pomoc?

- a) ano, ve škole
- b) ano, navštěvovala jsem kurzy první pomoci

c) nikdy jsem se neučila poskytovat první pomoc

15) Seznámila Vás porodní asistentka nebo dětská sestra s první pomocí po porodu dítěte v porodnici?

- a) ano, vše mi vysvětlila a názorně ukázala
- b) jen velmi stručně se zmínila o první pomoci u dítěte
- c) ne

16) Poskytovala jste někdy někomu první pomoc přímo Vy?

- a) ano
- b) ne

17) Jaký je poměr stlačování hrudníku a umělých vdechů u kojence?

- a) 30:2
- b) 15:2
- c) 3:1
- d) nevím

18) Jaký je první krok při resuscitace kojence?

- a) masáž srdce
- b) jeden vdech
- c) tři vdechy
- d) pět vdechů

19) Jak budete provádět srdeční masáž u kojence?

- a) oběma rukama na sobě budu stlačovat hrudník do 1/3 hloubky hrudníku
- b) hranou dlaně mezi prsními bradavkami do 1/3 hloubky hrudníku
- c) oběma rukama obejmou tělíčko, palce položím na střed hrudní kosti a stlačuji do 1/3 hloubky hrudníku

20) Vyberte správné tvrzení:

- a) Pokud zjistím, že dítě nedýchá, okamžitě volám záchrannou službu a poté začnu s resuscitací.
- b) Pokud zjistím, že dítě nedýchá, budu resuscitovat po dobu 1 minuty a poté zavolám záchrannou službu.

21) Telefonní číslo zdravotnické záchranné služby je:

- a) 150
- b) 155
- c) 156
- d) 158



Prevence SIDS

SIDS (sudden infant death syndrome)
= náhlá a neočekávaná smrt zjevně
zdravého kojence, přičemž rutinní pitva
neodhalí žádnou příčinu



- Nekuřte, neužívejte drogy, nepobývejte v zakouřeném prostředí
- Do 1 roku ukládejte dítě vždy do polohy na záda. Poloha na boku není bezpečná.
- Dítě ukládejte ke spánku do vlastní postýlky ve Vaší ložnici. Společný spánek v jedné posteli se nedoporučuje.
- V ložnici udržujte optimální teplotu do 20 °C. Dítě nepřehřívejte.
- Kojte nebo krmte odstříkaným mlékem minimálně 6 měsíců.
- Po 4 týdnech od porodu, kdy už je dobře zavedené kojení, nabídněte dítěti ke spánku dudlík.



Zdroj: MUNTAU, A., 2014. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4588-6.

Autor obrázků: Jan Dolejší