

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra psychologie

# RANÁ STIMULACE NEDONOŠENÝCH DĚTÍ

*Bakalářská práce*

Žaneta Lisá

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na  
vzdělávání (2011-2014)

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

Plzeň, 2014

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne ..... 2014

.....  
*vlastnoruční podpis*

## Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala paní Mgr. Kateřině Šámalové za odborné vedení bakalářské práce, časté konzultace, její trpělivost a ochotu.

Dále moje poděkování patří všem maminkám nedonošených dětí, které byly ochotné se podílet na výzkumné části této práce a poskytnout spoustu důležitých informací.

V neposlední řadě děkuji své rodině a všem blízkým přátelům a známým za podporu při studiu.

## Obsah

Úvod.....	5
I. Teoretická část.....	6
1. Prenatální období.....	6
2. Termínovaný porod .....	11
3. Fyziologický novorozenec.....	14
4. Předčasný porod .....	16
5. Nedonošený novorozenec.....	19
5.1. Poruchy porodní adaptace .....	20
5.2. Ošetřování nezralého jedince .....	21
5.2.1. Termoregulace .....	22
5.2.2. Výživa.....	23
6. Psychická a taktilní stimulace .....	24
6.1. Odloučení od matky- kritické období .....	25
6.2. Bonding.....	27
6.3. Klokánkování .....	28
6.4. Pelíškování .....	30
6.5. Masáže.....	30
6.6. Vojtova metoda .....	32
7. Rodiče nedonošených dětí.....	33
8. Nedoklubko .....	35
II. Praktická část.....	37
Vlastní výzkum.....	38
Závěr.....	52
Resumé .....	53
Summary .....	53
Seznam literatury.....	54
Přílohy .....	I

## Úvod

Bakalářská práce se zabývá tématem rané stimulace nedonošených dětí. Dané téma si autorka zvolila zejména pro svou důležitost. V práci se projevuje velká snaha o nastínění všech dostupných technik rané stimulace. Četnost předčasných porodů působila jako motivační činitel pro výběr tohoto tématu. Podle očekávání by měla výzkumná část potvrdit důležitost rané péče v praxi.

Toto téma se pohybuje na pomezí psychologie a zdravotnictví. Při péči o novorozence je podstatná spolupráce rodičů, lékařů a dalších specializovaných pracovníků. Nedonošeným dětem je nutné zajistit zdravotní péči, která je zaměřená i na zlepšení psychologické kvality života. Už v těhotenství se vyvíjí mozek dítěte, a proto se nesmí jeho stimulace po narození zanedbávat i v případě jeho nezralosti.

Cílem práce je zaměřit se na rozvoj a podporu psychické stránky nezralého novorozence. Díky rané péči dochází ke zkvalitnění budoucího života a je možné zamezit nástupu zdravotních i psychických problémů.

Práce bude rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. První kapitola se bude zabývat vznikem, růstem a formováním lidského těla a psychiky v nitroděložním období. Vzájemné působením matky a dítěte během těhotenství a vytváření základu emocionálního vztahu mezi nimi.

Další kapitola popíše zlomový okamžik, jímž je porod. Faktory, které na něj působí a ovlivňují ho. Další kapitoly budou zaměřeny na zralého a nezralého novorozence a péči o něj, zajišťování podmínek pro zlepšení života těch nejmenších.

Většina práce bude orientována na různé druhy psychických a taktilních stimulací. Autorka se pokusí zjistit, zda díky stimulaci, dochází ke správnému vývoji předčasně narozeného dítěte a tvorbě pozitivní psychické vazby mezi dítětem a rodiči.

Praktická část bude zaměřena na péči o nezralého novorozence, postoj a psychický stav rodičů těchto dětí. Tato část bude obsahovat dva výzkumné typy. Pět případových studií nedonošených dětí a pět rozhovorů s matkami těchto dětí.

# I. Teoretická část

## 1. Prenatální období

Těhotenství je stav ženy, kdy dochází k vývoji plodu. „*Toto období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu.*“ (Roztočil, 2001, s. 70)

Spermie je schopna vajíčko oplodnit během 48 hodin. Oplodnění vajíčka je možné do 12 hodin po ovulaci. Pokud dojde k oplození, vajíčko putuje do děložní dutiny, kde se uchytlí. Déle probíhá dělení buněk a vytváří se plodové obaly. Embryo se vytváří v období 3. - 8. týden po oplodnění. Po 8. týdnu se z embrya stává plod neboli fetus. Toto období se nazývá fetální a probíhá v něm růst a zrání plodu.

(Binder, 2011, s. 9-14)

Gravidita se dělí na tři trimestry. První trimestr probíhá od oplodnění do 12. týdne. V tomto období se plod velmi rychle vyvíjí a je citlivý na škodlivé vlivy. Druhý trimestr je výrazný hlavně vývojem plodu a to v období od 13. až 28. týdne. Třetí trimestr je od 29. týdne až do porodu a v tomto období plod hlavně zraje a připravuje se na mimoděložní život.

Po oplodnění nastávají 3 fáze vývoje, v prvních třech týdnech dochází k vývoji oplodněného vejce, tato fáze se nazývá blastogeneze. Od 22. dne po oplodnění se začínají utvářet orgány a to hlavně základ srdce a mozku, toto období lze pojmenovat embryogenezi. Fetogeneze je období od 9. týdne, kdy se z embrya stává plod.

(Slezáková, 2011, s. 132)

V preembryonální fázi se začínající tvořit membrány. Vnitřní buněčná hmota se dělí na dvě vrstvy a to na entoderm a ektoderm. „*Embryo se v tomto období nazývá bilaminární zárodeční terčik a je ploché. Entoderm je předchůdcem vnitřní části embrya a ektoderm zevní. V tomto období je amniální dutina prostor kolem ektodermu. Amniální tekutina vytváří pružný prostor, který umožňuje symetrický vývoj embrya, zamezuje tvorbě srůstů mezi plodovými blánami a embryem, chrání ho před poškozením vyrovnáváním zevních a vnitřních tlaků, ovlivňuje teplotu embrya a jeho muskuloskeletární vývoj tím, umožňuje embryu volný pohyb.*“ (Roztočil, 2001, s. 77)

*„20.den po oplodnění je zárodečný terčik 2 cm dlouhý s objemným hlavovým koncem a koncem kaudálním s kloakální membránou. Je vytvořen základ srdce se dvěma primárními aortami (napojeny na cévy ve stěnách žloutkového vaku).“*

(Binder, 2011, s. 11) *„Základem míchy a mozku je široká neurální destička, která se uprostřed uzavírá a vytváří neurální trubici. Na straně žloutkového vaku se z entodermu vyvíjí gastrointestinální trakt.“* (Leifer, 2004, s. 48)

Ve čtvrtém týdnu embrya dorůstá do čtyř milimetrů. V tomto období se vytváří mozek a to uzavřením jedné strany nervové trubice. Důležité je vytvoření 42 somitů, jedná se o párové segmenty podél nervové trubice. Somity později utvářejí páteř a svaly. V tomto období vznikají základy očí, uší, čelistí, ledvin a končetin. Jícen a průdušnice je společná trubice, která se později rozdělí. Ve 28. týdnu je srdce embrya schopno bít a přečerpávat krev. (Leifer, 2004, s. 48-49)

V pátém týdnu embrya měří 8 milimetrů. Prodlužují se mu končetiny a vyvíjejí se oči a nos. Srdce je rozděleno na dvě dutiny a plně přečerpává krev plodu. Vznikají základy střev. U embrya stále převládá velký hlavový konec a je stočené do písmene C. (Leifer, 2004, s. 48-49)

V šestém týdnu embrya měří 13 milimetrů. Srdce zdokonaluje svou činnost a má čtyři dutiny, začínají fungovat chlopně. Rozvíjí se průdušnice, průdušky a plicní pupeny. Mozek je stále velký oproti zbytku těla. Začínají se objevovat pohlavní žlázy. Mění se i obličejová část, už je patrný horní ret a uši.

V sedmém týdnu embrya měří 18 milimetrů. Břišní dutina se oddělila od hrudní části. Jazyk je oddělen od patra a horní patro se utváří do správného tvaru. Zrakový nerv je vyvinutý a oční víčka jsou spojená.

V osmém týdnu embrya měří 30 milimetrů. Srdce a fetální oběh jsou ve finální fázi vývoje. Vytvořeny jsou i prsty na ruce a nohou. Obličej má lidskou podobu (Leifer, 2004, s. 48-49, Roztočil, 2001, s. 78-79)

Od devátého týdne se z embrya stává fetus neboli plod a probíhá fetogeneze, což je hlavní období růstu, zrání orgánů a celého těla. V období 9. - 12. týdne dorůstá tělo plodu, tudíž na konci tohoto období netvoří hlava polovinu těla, jako tomu bylo doposud. Střeva jsou uložena na svém místě a ledviny fungují a začínají produkovat

moč. Rty se pohybují a tvoří se sací reflex, plod polyká plodovou vodu a trávicí systém je průchodný od úst až po anální otvor. (Roztočil, 2001, s. 80)

Kůže je růžová a na nohou i rukou rostou nehty. Plod se pohybuje, ale matka pohyby ještě necítí. Plod měří na konci dvanáctého týdne 87 milimetrů a váží 45 gramů.

(Leifer, 2004, s. 49-50)

Čtvrtý měsíc těhotenství je charakteristický rychlým růstem. Celé tělo je pokryto lanugem, jedná se o jemné ochlupení, převážně na hlavě. Plod se více a častěji pohybuje, ale matka pohyby stále necítí. V tomto období se začínají v těle plodu ukládat tuky a ve střevním traktu se tvoří smolka, po porodu je kontrolováno její vylučování z těla. (Slezáková, 2011, s. 132) „*Urychluje se vývoj svalů a kostí. Plod se napřimuje. Dolní končetiny jsou delší než horní. Délka plodu je 140 milimetrů a váží 200 gramů.*“ (Roztočil, 2001, s. 81)

U plodu se začínají rozvíjet smyslové orgány a kolem 15. týdne vnímá chuť amniotické tekutiny. Pokud je tekutina sladká a obsahuje sacharidy, plod ji spotřebuje mnohem více, než když je hořká, slaná nebo kyselá. Fetus je schopný reagovat na chuť mimikou. (Šulová, 2010, s. 16)

V pátém měsíci těhotenství matka cítí pohyby plodu. Růst plodu se v tomto období trochu zpomaluje. Aktivují se mazové žlázy a plod je pokryt mazlavou vrstvou neboli mázkem, který chrání jeho kůži. Plíce se zdokonalují a vytváří se plicní sklípky a kapilární řečiště. Rostou řasy, obočí a vlasy, lanugo je rozrostlé a to hlavně na ramenou a zádech. (Roztočil, 2001, s. 81)

V šestém měsíci dochází k nárůstu hmotnosti plodu. Bod přežití je stanovený v tomto termínu. Pokud se plod narodí je schopen krátce žít. Podkožní tuk je jen ve slabé vrstvě a kůže je tedy stále vrásčitá, slabá a červené barvy, protože přes ni prosvítají kapiláry. Oko je vyvinuto a otevírá se oční štěrbinou. (Slezáková, 2011, s. 133)

V sedmém měsíci těhotenství jsou stále nezralé plíce. Mozek se rychle vyvíjí a dokáže vyvolat určité reflexy. Pokud se jedná o plod mužského pohlaví, varlata sestupují z břišní části do tříselného šourku. Oční víčka jsou prořízlá o otevřená. Plod váží kolem jednoho kilogramu. (Roztočil, 2001, s. 81)

Osmý měsíc je specifický zráním plodu. Kostní systém je měkký a ohebný, plod se dostává do pozice, aby prošel pánevním otvorem matky. Tuková tkáň roste a svalová



tkán se stále zvětšuje. Pokud se plod narodí v osmém měsíci, ve většině případů je schopen sám přežít, rytmika dýchání a termoregulace je vyvinuta.

(Leifer, 2004, s. 50-51)

V devátém měsíci je plod zralý a schopen mimoděložního života. Lanugo opadává, ale může se ještě objevovat na ramenou a zádech. Plod váží přibližně 2,7 kila a měří 45 centimetrů. (Kudela, 2004, s. 129-130)

V desátém lunárním měsíci je váha plodu 3-3,6 kila a míra 50 centimetrů. *„Kůže je napjatá a růžová, lanugo je jen na zádech a kůže je pokryta mázkem. Švy mezi lebečními kostmi jsou úzké, fontanely malé. Jsou vyvinuty chrupavky nosní, ušní a nehty dosahují či přesahují špičky prstů.“* (Binder, 2011, s. 15)

Plod se nevyvíjí jen fyzicky, ale už od počátku se utváří i psychika. Velmi důležitý je poznatek, že fetus ve 20. týdnu těhotenství cítí bolest. Doposud není známo, zda plod cítí bolest tak intenzivně jako dospělý člověk. Nedonošení jedinci, kteří hned po narození prodělávali bolestivé zákroky, byli méně reaktivní a fyziologicky méně stabilní. Vyjadřování negativních emocí a reakce na bolest jsou u nedonošených dětí méně rozpoznatelné pro okolí. Bolest nezralých dětí negativně ovlivňuje metabolické a regulační pochody, například autoregulaci průtoku krve mozky, což může způsobit krvácení do centrální nervové soustavy. Spekuluje se tedy o tom, zda by nedonošenci neměli být více tlumeni a odlehčeni od bolesti. (Borek, 2001, s. 311-312)

V roce 1971 Příhoda označoval chování embrya a plodu jako prepsychické. Pohyby a reakce na určité podněty jsou individuální a specifické pro daného jedince. Pohyby se během růstu a vývoje diferencují a zdokonalují. Například ve čtvrtém měsíci jsou vyvinuty ústní reflexy a po podráždění plod otevírá, zavírá ústa a pohybuje jazykem. Podrážděním ruky se aktivují prsty a plod je schopen sevření v pěst. V prenatálním období jsou položeny základy pro pozdější pohybovou činnost.

(Kuric, 1984, s. 110)

Plod v době fetální fáze je schopen nejjednodušších forem učení. Rozlišuje známé, neznámé a učí se na ně reagovat různým způsobem. *„Plod starý 30. Týdnů si pamatuje vibroakustickou informaci 10 minut, ve 34 týdnech ji udrží 4 minuty. Významným výsledkem komplexní prenatální zkušenosti je bazální pocit bezpečí, který se však nemusí vždycky vytvořit. Jeho rozvoj pokračuje postnatálně, především ve vazbě*

na matku.“ Plod má charakteristické znaky chování, které jsou pro něj typické, je to zpravidla projev temperamentu. (Vágnerová, 2012, s. 62-63)

Ukázalo se, že dítě prožívá pozitivní i negativní emoce a reaguje na ně hlavně pohybem. Plod do značné míry ovlivňuje dobu porodu, jeho průběh a aktivně při něm napomáhá. V posledních dvou měsících je plod schopen se učit a reagovat na podněty. V celém období těhotenství vzniká sociální interakce, hlavně s matkou. Navzájem se ovlivňují, emoce matky ovlivňují plod a plod ovlivňuje matku.

(Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 24-26)

*„Podpoře a rozvíjení prenatálního rozhovoru matky s dítětem se v posledních letech věnuje stále více autorů-většinou se snahou o prevenci vztahových poruch. Fedor- Freybergh dokonce uvádí, že v určitém smyslu je možné chápat celé těhotenství jako aktivní rozhovor mezi matkou a dítětem. Tato konverzace se uplatňuje na několika úrovních-zcela jistě alespoň na úrovni emocionální, biochemické, psychoneuroendokrinní. Aktivní dialog začíná na nevědomé úrovni ihned po početí, dialogická zkušenost tedy není závislá na stupni morfologického vývoje dítěte. Ženy jsou za normálních okolností k dětem velmi citlivé a od samého počátku těhotenství vnímají dítě jako aktivního partnera.“* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 26)

V průběhu těhotenství se plod tvoří a formuje. Pokud se vývoj plodu odehrává ve stresujícím prostředí, pochopitelně se to neobejde bez určitých následků. Během devíti měsíců se z jedné buňky stane obrovské seskupení buněk, které tvoří jednotlivé orgány a tkáně. *„Každá fáze vývoje určitého orgánu i tkáně je předem přesně dána- má přesný plán. A aby mohla proběhnout podle plánu, musí být potřebné suroviny z těla matky k dispozici v pravý čas. Správné načasování je přitom stejně důležité jako stavební materiál samotný, protože většina orgánů se vyvíjí nárazově, ve vlnách a výpadek v zásobení může být například u jednotlivých substruktur mozku fatální, protože se už nikdy později nedovyvinou.“* (Janov, 2012, s. 363-364)

Vztah matky k dítěti, jak už bylo řečeno, je v těhotenství velmi důležitý, ale často se opomíjí vztah otce k dítěti. Otec si také buduje vztah k dítěti ještě před narozením a to svým vztahem k těhotné ženě. Pokud je žena spokojená a cítí se být milována svým mužem, tyto pozitivní emoce přenáší na dítě a tím vzniká nepřímé spojení mezi dítětem a otcem. Dále si otec prohlubuje vztah k dítěti tím, že hladí ženě břicho, mluví na dítě a podobně. (Šulová, 2010, s. 13)

I přes fakt, že o psychice nenarozeného dítěte víme velmi málo, je důležitý psychický stav matky a příprava na narození dítěte. Psychický stav, stres, nálada značně ovlivňují i plod. Všechno, co prožívá matka, současně prožívá i dítě. Psychický stav matky může ovlivnit fyzický i psychický stav dítěte a jeho budoucí život.

## 2. Termínovaný porod

*„Porod je vypuzení plodu, který váží 500 gramů a více, anebo plodu menšího, který přežije 24 hodin. Podle délky trvání těhotenství rozlišujeme porod včasný (porod v termínu), porod předčasný (do konce 37. týdne), porod opožděný (po 42. týdnu těhotenství).“ (Kudela, 2004, s. 167)*

Příčiny, které porod vyvolávají, nejsou zcela objasněny. Na vyvolání porodu nepůsobí jen jeden faktor, ale je jich více a působí už několik dnů až týdnů před samotnou děložní činností. Jedním z důležitých působících faktorů je progesteron, který vede ke snížení hladiny estrogenů a ty zvyšují aktivitu myometria a následnou děložní činnost. Oxytocin je hlavním faktorem, který ovládá sílu a trvání děložních kontrakcí, hladina oxytocinu se zvyšuje během porodu. (Roztočil, 2001, s. 117)

Porod probíhá ve třech fázích. Nejranější fáze je předporodní období, ve kterém se mohou dostavit předporodní bolesti neboli „poslípčí“ a odchází hlenová zátka. Poté nastává porod vlastní, který s sebou nese pravidelné kontrakční bolesti, intenzita těchto bolestí roste a snižují se intervaly mezi nimi. První doba porodní je charakteristická hlavně otevíráním děložního hrdla. Pokud se patřičně zkracuje děložní hrdlo a otevírá se branka, jedná se o fyziologický průběh porodu. (Binder, 2011, s. 71-72)

Druhá doba porodní je dobou vypuzovací. Tato doba by při fyziologickém porodu měla trvat do 1 hodiny, při epidurální analgezii do 2 hodin, při abnormální rotaci do 3 hodin. Tato doba začíná rozvinutím branky a končí vypuzením plodu.

Třetí porodní doba je dobou placentární. Začíná po porodu dítěte až po vypuzení placenty. Trvá okolo 10-ti minut, neměla by přesáhnout 30 minut. Tato fáze může být nebezpečná pro matku, vzhledem k velkým krevním ztrátám. Fyziologická ztráta krve je 300-500 mililitrů, pokud je větší než 500 mililitrů, jedná se patologii.

(MUDr. Korečko, přednášky na FZS)

K porodu se v průběhu vývoje porodnictví vytvořily určité názory a postupy. První zlom přišel v roce 1846, kdy byla objevena éterová narkóza a právě proto vznikaly rozpory mezi medicínou a církví. V průběhu let se od této metody opustilo, protože tento způsob značně negativně ovlivňoval matku i dítě. Matka nebyla schopna spolupracovat a dítě mělo problémy s dýcháním. (Šulová, 2010, s. 21-22)

Londýnský lékař Grantly Dick Read uveřejnil metodu přirozeného porodu. Předpokládal, že strach a napětí se navzájem ovlivňují. G.D. Read se zaměřoval hlavně na uvolnění těla a mysli. Fyzická a mentální relaxace napomáhá správnému průběhu přirozeného porodu. Pozitivní vztah matky a porodníka snižuje napětí při porodu a následně odbourává i strach. (Šulová, 2010, s. 22)

V roce 1951 francouzský lékař F. Lamaze také zdůrazňoval přirozený přístup k porodu. Lamazova metoda je dnes stále používaná a to hlavně v USA. Tato metoda se soustředí na eliminování strachu tím, že má rodička dostatek informací o porodu. Důležité je relaxovat a uvědomovat si vlastní tělo, dýchat při každé kontrakci a odpoutat pozornost od bolesti. (Šulová, 2010, s. 23)

*„Metoda zdůrazňuje několik základních myšlenek:*

- *porod je normální, přirozený a zdravý*
  - *zážitek porodu hluboce ovlivňuje ženu a její rodinu*
  - *žena ví, co je pro ni při porodu nejlepší*
  - *ženina sebedůvěra a schopnost porodit může být zlepšena nebo zhoršena péčí a prostředím při porodu*
  - *žena má právo porodit bez rutinních medicínských intervencí*
  - *předporodní kurzy ulehčují ženě rozhodnutí, jaký typ péče si vybrat“*
- (Šulová, 2010, s. 23)

Frédéric Leboyer, autor knihy Pro porod bez násilí, která byla vydána v roce 1974, se zabývá psychikou matky a dítěte, při porodu a následně hned po něm. Zdůrazňoval násilí při porodu a na novorozenci. Pokud dojde k porodu, měla by si žena najít svoji polohu, kde se může uvolnit a je jí příjemně. U porodu by mělo být co nejméně osob a to hlavně z důvodu, aby se rodička cítila bezpečně a vyvarovala se pohledům mnoha osob. Porodní asistentka by měla být psychickou oporou rodičky, měla by s ní navázat pozitivní vztah, jak psychický tak fyzický. Porod by měl probíhat

v útulné místnosti, kde se matka bude cítit dobře. V místnosti musí být přítmi a ticho, aby se zabránilo negativní stimulaci novorozence. Dítě by mělo být ihned přiloženo matce na hrudník, aby se novorozenec cítil bezpečně a došlo k psychické i fyzické stimulaci matky a dítěte. Od tohoto okamžiku má docházet k taktilní stimulaci. Klíčový je pohled z očí do očí. *„Cílem porodu bez násilí je zbavit rodičího se novorozence stresu. Stresově na něj působí sucho, změny teploty, světlo, hluk, gravitační působení.“* Ne vždy je průběh porodu ideální, proto je nutný zásah lékaře a tím se omezuje humanistický přístup k porodu. (Roztočil, 2001, s. 140-141)

Leboyer přestal svým pacientkám podávat anestetika a analgetika, protože skrz placentu se dostávali i k dítěti a to bylo při porodu i po něm předávkované léky. Léky mají negativní vliv hlavně na dýchací soustavu dítěte. K přestřihávání pupeční šňůry dochází až několik minut po porodu. Leboyerův porod neaplikuje porodnické kleště a hrubé zákroky. (Janov, 2012, s. 68-69)

Děti porozeny tímto způsobem jsou mnohem veselejší, klidnější a méně pláčou. Podle výzkumu jsou zdravější, lépe se fyzicky i psychicky vyvíjejí. Tyto porody jsou méně traumatizující pro děti, ale také pro jejich rodiče. Matka i otec si porod mohou v klidu prožít a nepřináší jim stres ani trauma. Díky tomuto způsobu porodu se upevňuje pouto mezi dítětem a rodiči. (Janov, 2012, s. 70-71)

V dnešní době je porod brán jako nutné zlo a ženy nejsou ochotni s tím něco udělat. V průběhu vývoje vědy a medicíny se z porodu stal „chirurgický zákrok“ a na psychický stav matky mnohdy nikdo nemyslí a je opomíjený. Prvorodička neví, co má od porodu čekat, jak si ulevit od bolesti, bojí se o zdraví miminka, v hlavě se jí promítají děsivé scénáře, proto by v těchto okamžicích bylo na místě, aby porodní asistentka byla hlavně psychickou podporou matky. Partner u porodu je pro ženu záchytným bodem a to hlavně z důvodu, že se cítí bezpečněji, než když vše prožívá sama. Ustrašená žena prožívá porod mnohem hůře než žena, která je informovaná a porodu se neobává.

V současnosti se doporučuje přítomnost otce u porodu, ale jen v případě, že si to oba partneři přejí, otec by měl být předem připravený na porod. Muž, pomáhá své ženě tím, že ji drží za ruku, hladí ji, poskytuje jistotu a bezpečí svoji přítomností. Nervózní nebo nepřipravený otec může spíše situaci zkomplikovat.

(Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 28-29)

### 3. Fyziologický novorozenec

*„Fyziologický novorozenec je zdravý, zralý, eutrofický, narozený v termínu (38.-42. týden gestace), jeho hmotnost se pohybuje mezi 2500- 4500 gramů, průměrně 3500 gramů, délka 48-55 centimetrů, průměrně 50 centimetrů. Obvod hlavy má 32-37 centimetrů, průměrně 34 centimetrů a obvod hrudníku o 1-2 centimetrů menší než obvod hlavy. Frekvence dýchání je 30-60 dechů/minuta, průměrně 40 dechů/minuta. Tepová frekvence 100-160 tepů/minuta.“ (Borek, Fendrychová, 2012, s. 27)*

*„Kůže fyziologického novorozence je růžová, krytá mázkem, již jen v kožních záhybech, na zádech mohou být zbytky lanuga. Ušní boltce mají dobře tvarovanou a elastickou chrupavku, nehty přesahují konce prstů, prsní žlázy jsou vyvinuté a hmatné, bradavky pigmentované, rýhování plosek nohou je dobře patrné po celé ploše. Chlapci mají sestouplá varlata, u děvčátek labia majora kryjí labia minora.“*

(Borek, Fendrychová, 2012, s. 28)

Ošetření novorozence a zacházení s ním může významně ovlivnit následující život jedince. Tým lékařů musí být připraven i na náhlé komplikace. Po narození je stav dítěte hodnocen podle Apgar score. Hodnocení je prováděno na konci první, páté a desáté minuty po porodu. Novorozenci je udělováno scóre 0,1,2 v pěti kategoriích. Hodnotí se barva kůže, srdeční akce, dechová aktivita, svalový tonus, reflexy. Maximální scóre je 10 bodů a minimální je 0 bodů (zralý novorozenec 8-10, 7-4 lehká porodní asfyxie, 3 a méně - těžká porodní asfyxie). (Slezáková, 2011, s. 247)

Tabulka			
Hodnocení	0	1	2
Barva kůže	komplexně lividní	tělo růžové, akra lividní	komplexně růžová
Akce srdeční	nepřítomná	pod 100/min.	nad 100/min.
Dechová aktivita	nedýchá	pomalá, povrchní, nepravidelná	silný křik, pravidelná
Svalový tonus	bez flexe, atonie	chabý, malý, odpor vůči extenzi	dobrá flexe, silný odpor vůči extenzi
Spontánní hybnost	žádná reakce	chabá odpověď, grimasa	výrazná reakce s křikem

(<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/resuscitace-novorozence-463867>, staženo 4.1.2014)

Po narození dítěte je důležité zamezit ztrátám tepla. Nejprve je dítě osušeno, poté položeno na suchou roušku a uloženo na předem vyhřáté lůžko. Dítěti se ošetří pupečník a novorozenec se označí, změří, zváží a oblékne. Pediatr nebo neonatolog provede novorozenci první vyšetření. Lékař zhodnotí poporodní adaptaci, popřípadě zjistí vývojové vady a poporodní poranění. (Dort, 2011, s. 22-25)

Novorozenec je po vyšetření převezen na šestinedělí a následně na rooming-in (nepřetržitý pobyt s matkou na jednom pokoji). Tělo novorozence se adaptuje na mimoděložní život a začínají probíhat fyziologické procesy. Činnost žaludku a střev se zahajuje mezi 12-24 hodinami po porodu. Močové cesty se aktivují 24-48 hodin po porodu. U 50% fyziologických novorozenců může vzniknout novorozenecká žloutenka, je způsobena rozpadem červených krvinek, z kterých se uvolňuje krevní barvivo. Projevuje se zažloutnutím kůže a očního bělma. Novorozenecká žloutenka se léčí denním světlem nebo fototerapií. Pokud má krev novorozence vysoký bilirubin, a je zde riziko ohrožení stavu dítěte, je nutná výměna krve transfúzí. (<http://www.novorozenec.wz.cz/novorozenec.htm>, 15. 2. 2014)

Fyziologický novorozenec by neměl být po porodu separován od matky, porod je pro něj traumatizující zážitek a o to více potřebuje cítit bezpečí, které najde právě u své matky.

Matka na rooming-in vnímá specifické chování novorozence. U dítěte je dobře odlišitelný stav bdění a spánku. Rozlišují se základní stavy spánku a bdělosti, jedná se o hluboký spánek, lehký spánek, dřímota, klidný bdělý stav, aktivní bdělý stav a pláč.

Zralý novorozenec má vyvinuty všechny základní nepodmíněné reflexy-sací, polykací, hledací, vyměšovací, orientační, obranné, úchopové a polohové.

(Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 32-33)

## 4. Předčasný porod

*„Předčasný porod je patologický děj, který je vyvolán celou řadou příčin, proto tento stav nazýváme syndromem předčasného porodu.“* (Binder, 2011, s. 90)

Jedná se tedy o ukončení gravidity mezi 24. - 37. týdnem těhotenství. Důvody vzniku předčasné děložní činnosti nejsou známy. Je velmi pravděpodobné, že se na tom podílí několik faktorů, jak vlivem matky, tak i plodu. Predisponující faktory vedoucí k předčasnému porodu mohou být špatná socioekonomická situace, věk matky nižší než 16 let a vyšší než 30 let, fyzicky náročné zaměstnání, chronické onemocnění, infekce a stres. (Roztočil, 2011, s. 163)

Příčiny předčasného porodu dělíme na přímé, nepřímé a neznámé. Přímé příčiny jsou infekce, choroby matky, poruchy placentace, traumata a chirurgické intervence, abnormality dělohy, abnormality plodu. Do nepřímých příčin se řadí porod v anamnéze, tělesné charakteristiky matky, vlivy zevního prostředí, sociální a profesní příčiny. Výzkumy se zaměřují také na DNA, RNA a jejich vliv na průběh těhotenství. Infekce je jedna z nejčastějších a také identifikovatelných příčin. Infekce představuje velké riziko pro plod. Pokud dojde k přenesení infekce na plod, možnost jeho přežití se rapidně snižuje. V mnoha případech je zcela nemožné diagnostikovat předčasný porod, řada případů je náhlých. (Binder, 2011, s. 90-91)

Věk matky také může ovlivnit průběh těhotenství a způsobit předčasný porod. Matky mladší než 20 let mají nedokončený tělesný vývoj a proto často dochází k nedonošenosti plodu. Na druhé straně ženy starší 35-ti let jsou také častěji ohroženy předčasným porodem a to zejména pokud se jedná o více jak čtvrtý porod.

(Hájek, 2004, s. 267)

Samozřejmě nejen tělesné faktory ovlivňují průběh těhotenství, ale vliv má i kouření, drogy, alkohol. Tyto faktory značně působí na těhotenství a to bez diskuze negativně. Cigaretový kouř obsahuje řadu škodlivin, který působí na průtok krve



placentou a ovlivňuje plod, často dochází k růstové retardaci. Drogy také mohou působit na zkrácení těhotenství. „*Alkohol nejvíce škodí v začátku gravidity a při pravidelném denním dávkování, kdy vzniká alkoholový syndrom plodu.*“

(Hájek, 2004, s. 268)

Těžká práce v zaměstnání, směnný provoz a dlouhodobá práce ve stoje negativně působí na těhotnou ženu a její plod. Dlouhé stání ovlivňuje nitrobřišní tlak a může způsobit vyvolání předčasného porodu. Zvedání těžkých břemen zvyšuje u ženy krevní tlak a též představuje riziko předčasného porodu. „*Častější jsou předčasné porody u žen pracujících v kožedělném, elektrotechnickém průmyslu a také ve zdravotnictví. Nepříznivě se uplatňují vibrace, jimž je vystavené celé tělo, hluk a směnný provoz. Zejména střídavé směny mohou mít negativní vliv na porodní hmotnost plodu a délku gestace.*“ (Hájek, 2004, s. 268)

Známky začátku předčasného porodu je výtok z rodidel a bolest v podbřišku pacientky, později se bolestivé pocity mění v kontrakce a děložní hrdlo se zkracuje a otevírá. Kontrakce sílí a dochází k předčasnému odtoku plodové vody. Pokud má lékař podezření na předčasný porod je nutná hospitalizace, z důvodu zpomalení porodu, je důležitá i v případě, že by k předčasnému porodu došlo a nedonošenému novorozenci by musela být poskytnuta optimální péče. (Roztočil, 2001, s. 164)

Hospitalizace a následná léčba je nutná k pozastavení činnosti děložního svalstva, tato léčba se nazývá tokolýza. Pokud se jedná o tokolýzu úplnou, záměrem je úplně potlačit děložní aktivitu a tokolýza parciální snižuje kontrakce. „*Žádné tokolytikum definitivně neodvrátí předčasný porod význam tokolýzy je oddálení porodu v průměru o dva až sedm dnů. To má však svůj nezpochybnitelný význam. Umožní to transport rodičky do specializovaného pracoviště a podání kortikoidů.*“ (Binder, 2011, s. 93)

Podávání kortikoidů je důležité pro rychlejší zrání orgánových systémů plodu a to zejména plicní tkáň. Snižují riziko dechové neschopnosti nebo nedostatečnosti a krvácení plodu. Během těhotenství se doporučuje podat jen jedna kúra kortikoidů. Kortikoidy jsou podávány do 34. týdne těhotenství. Pokud dojde k předčasnému odtoku plodové vody, je nutné hned nasadit antibiotika, tokolýzu a kortikoidy. Pokud je známá infekce, neprodleně ukončujeme těhotenství. (Binder, 2011, s. 93-94)

Při porodu nedonošeného novorozence se přistupuje šetrně, nezralý plod je náchylnější k porodním traumatům a hypoxii.

## OPATŘENÍ PŘI PŘEDČASNÉM PORODU:

- *„Předčasný porod před 32. Týdnem má být veden v zařízení disponujícím novorozeneckou JIP, předčasný porod mezi 32.-37. Týdnem zařízení s intermediální péčí o novorozence.*
- *Předčasnému porodu musí být přítomen erudovaný neonatolog a způsob vedení porodu je nutno s ním konzultovat.*
- *Nezralost novorozence nelze v mnoha případech ovlivnit. V ústavu porozený novorozenec by měl být předán neonatologii bez hypoxie, infekce a porodních traumat.*
- *Je vhodné co nejdříve zachovat vak blan, který chrání hlavičku pod tlakem okolních struktur.*
- *Indikace k císařskému řezu se má u předčasného porodu přesněji zvažovat.*
- *Nikdy nepoužívat Kristellerovu expresi(možnost traumatizace plodu) a vakuumextraktor (vznik hematomů působením podtlaku na nezralé cévy hlavičky plodu), snažit se vyvarovat použití kleští“ (Roztočil, 1996, s. 110)*

Pokud dojde ke komplikacím a na životě je ohrožena matka, ukončujeme těhotenství císařským řezem bez ohledu na to, zda je plod schopen přežít.

(Roztočil, 1996, s. 109)

V posledních letech se počet předčasných porodů nijak nezměnil, proto je důležité zaměření na prenatální péči. Předpokladem je zjištění rizikových faktorů a pravidelné kontroly. Důležitý je i individuální přístup porodníka a lékaře k těhotné ženě.

(Hájek, 2004, s. 278)

Po předčasném porodu matka trpí úzkostí a pocitem viny, že nedokázala miminku zajistit optimální příchod na svět. V prvních týdnech matka prožívá hlavně strach o život dítěte. Dítě hned po porodu nemůže být u matky, proto psychický stav matky je kritický. Snaží se zorientovat v této situaci. Matka by měla být u dítěte co nejčastěji, vzhledem vytváření psychické vazby mezi ní a dítětem.

## 5. Nedonošený novorozenec

Nedonošení jedinci jsou narozeni ve 37. týdnů+6 a méně. Podle dojrállosti se dají nedonošení jedinci rozdělit do čtyř skupin. Extrémně nezralí jedinci se rodí dříve než 27. týden těhotenství, těžce nezralí od 27. až do 31.+6 týdne těhotenství, středně nezralí od 31. až 35.+5 týden a lehká nezralost 36. až 37.+6 týden těhotenství. (<http://www.babyweb.cz/predcasne-narozene-deti>, 6. 2. 2014)

Schopnost orgánů fungovat mimo dělohu určuje stupeň zralosti. Nezralost může být způsobena mnoha faktory, nemoc matky, problémy v těhotenství, konzumace nikotinu, alkoholu a drog. (Borek, Fendrychová, 2012, s. 28)

Nedonošený novorozenec má charakteristické znaky nezralosti. Kůže nezralého jedince je červená, prosvítají žíly a je pokryta lanugem. Často se na kůži objevují otoky a to hlavně na končetinách. Citlivá je i k desinfekčním prostředkům a mechanickému poškození. Prsní bradavky jsou jen naznačeny, pigment bradavek je nepatrný. U nedonošených chlapců nejsou sestouplá varlata a u děvčat nejsou dorostlé velké stydké pysky. Rýhování na ploskách nohou a dlaních není zcela vyvinuté. Nedokonalé dýchání není dané stavbou plic, ale je zde problém s výměnou plynů vlivem nedostatku surfaktantu. Surfaktant udržuje po výdechu rozepjaté alveoly, proto při nedostatku alveoly po každém výdechu kolabují. Onemocnění z nedostatku této fosfolipidové látky se nazývá IRDS. Zpomalená mobilita střev je daná menším množstvím trávicích šťáv. Smolka (tmavá dehtovitá stolice) se z nedonošeného jedince vylučuje až dva týdny. Funkce ledvin a jater je nezralá a citlivější k nepříznivým vlivům. Játra nevyloučí přebytek bilirubinu a tím vzniká novorozenecká žloutenka, která u nedonošených jedinců trvá mnohem déle než u zralých novorozenců. Vlivem nedostatečného podkožního tuku dochází u nedonošence k termolabilitě a je nutné hlídat teplotu okolí, aby se novorozenec nepodchlادil a nedošlo k metabolickému rozvratu.

(Borek, 2001, s. 46-48)

Pokud se předčasnému porodu nedá zabránit, je důležité zajistit adekvátní personál a péči o nezralého novorozence. Pokud porod proběhne před 32. týdnem těhotenství, měl by proběhnout v zařízení s novorozeneckou JIP. Po 32. týdně těhotenství, v zařízení s intermediální péčí. V případě, že je předčasný porod očekávám,

pacientka by měla být převezena do zařízení, které je schopno se o nezralého novorozence postarat. (Slezáková, 2011, s. 157)

### **5.1. Poruchy porodní adaptace**

Problémy které jsou spojené s nezralostí novorozence:

- Respirační tíseň – nezralá plicní tkáň, kde je absence surfaktantu, může vést k selhání a následné poškození ostatních tkání
- Hypoglykémie a hypokalcémie – glukóza a kalcium se nejvíce přenáší ve třetím trimestru, nedostatek může způsobit poškození mozku
- Hypotermie – nedostatek podkožního tuku ovlivňuje termoregulaci
- Problémy s výživou – slabé nebo neschopné sání
- Hypotenze
- Anémie – urychlený rozpad erytrocytů v kombinaci s přechodně sníženou krvetvorbou
- Hyperbilirubinémie – rozpad červených krvinek, vlivem nezralosti jater
- Nezralost nervového systému
- Infekce – ovlivněno nezralostí imunitního systému
- Krvácení
- Únava
- Poškození kůže – nezralost a křehkost kůže

(Borek, Fendrychová, 2012, s. 28-29)

*„Nevyztálost plic může vést k rozvoji syndromu dechové tísně a mít chronické následky-rozvoj chronické plicní nemoci. Oběhová nestabilita se může projevit hypotenzí a hypoperfuzí orgánů. Časně po narození mohou vznikat akutní poškození mozku, které mohou mít i dlouhodobé následky. Nezralost gastrointestinálního traktu se projevuje zpomalením pasáže a nižší trávicí kapacitu, takže zavádění enterální výživy je pomalé, je nebezpečí vzniku ileu z nezralosti se spontánní perforací střeva nebo rozvoje nekrotizující enterokolitidy. Tubulární a glomerulární nezralost ledvin vede k vyšším ztrátám vody a solí, ale též se projeví neschopností vyloučit nadměrnou vodní a solnou*

*zátěž. Nezralý novorozenec má relativně velký tělesný povrch a minimální vrstvu podkožního tuku, a tak rychle ztrácí teplo nebo naopak se může i rychle přehřát. Velká kožní propustnost a relativně velký povrch vedou k významným ztrátám vody perspirací v prvních dnech života s rizikem nebezpečné hypernatremie. Další metabolické problémy, jejichž rozvoj je nutné monitorovat a adekvátně léčit, jsou hypoglykemie, hypokalcemie, hyperbilirubinemie. Nezralý novorozenec, vzhledem k nezralosti imunitního systému, je více ohrožen infekčními komplikacemi, může se jednat o infekci perinatální či nozokomiální.“ (Dort, 2011, s. 100-101)*

## **5.2. Ošetřování nezralého jedince**

Nejdůležitější je připravenost personálu na narození nedonošeného miminka. První hodiny po porodu jsou u nezralého jedince rozhodující pro život a další jeho vývoj. Adaptace z nitroděložního prostředí na mimoděložní je velmi náročná, proto je nutná včasná péče.

Personál musí předem zajistit vyhřátý inkubátor, aby po narození nedošlo k podchlazení novorozeněte. Dítě musí být pod neustálým dohledem, je nutné monitorovat jeho zdravotní stav, kdyby se vyskytly nějaké potíže, aby na ně mohl personál hned reagovat. Jelikož jsou tito jedinci velmi zranitelní, je na místě s nimi zacházet šetrně a něžně. Při syndromu dechové tísně je velmi zásadní dodržovat dávkování oxygenoterapie a aplikace exogenního surfaktantu. Vážení hmotnosti probíhá až 4x za den. Výživa je novorozenci podávána parenterálně a později je přizpůsobována stavu dítěte a jeho toleranci na stravu. (Dort, 2011, s. 102)

I když je nezralý novorozenec odkázaný na přísnou lékařskou péči nesmí se zanedbávat psychická stimulace a je na místě jej stimulovat jako donošeného novorozence. Nad inkubátor se mohou pověsit hračky, hladit a masírovat dítě v každé volné chvíli je velice prospěšné, pokud to zdravotní stav dovolí, je důležité chování a nošení. (Šulová, 2010, s. 26-27)

### 5.2.1. Termoregulace

Nezralý novorozenec je termolabilní proto je nutné zajistit prohřáté prostředí, první ošetření nezralého novorozence probíhá na výhřevném lůžku, po usušení se miminko zabalí do plastické folie, aby nedošlo k podchlazení. Pokud je dítě ukládáno do inkubátoru, musí být předem vyhřátý a zvlhčený. Teplota v inkubátoru je různá, závisí na naměřené teplotě novorozence. Vlhkost vzduchu je v prvních dnech vysoká a to z důvodu, že dítě ztrácí tekutiny přes nezralou kůži. Vlhkost prostředí v inkubátoru sebou nese i určitá rizika a to hlavně vznik a rozšíření infekce.

(Dort, 2011, s. 89-90, Borek, 2001, s. 70-72)

*„Cílem inkubátoru je omezit tepelné ztráty dítěte a redukovat tak metabolickou produkci tepla na minimální úroveň. Inkubátory tedy neohřívají přímo dítě, ale vzduch, ve kterém leží. Teplota je udržována termostatem, který je nastaven na určitou hodnotu nebo termistorovým kožním čidlem.“* (Borek, 2001, s. 264)

Dítě je do inkubátoru ukládáno většinou jen v plenkových kalhotkách, pokud není nutné ošetřování hlavičky, dává se miminku čepička, a proto nemusí být v inkubátoru tak vysoká teplota. Udržuje se denní režim, na noc se světlo utlumí, aby dítě vnímalo změnu.

Nedonošení jedinci jsou náchylní na kolísání teploty, proto jim je několikrát za den měřena teplota a podle ní se dále nastavuje teplota v inkubátoru. Teplota se může měřit v rektu, zavedením teploměru do konečníku. Zde je určité riziko špatného zavedení a následně i chybnému změření teploty. Pokud je dítě neklidné, mohl by teploměr prasknout. Dále měříme teplotu kůže, uložením čidla na horní část břicha. Můžeme teplotu ještě změřit přitlačením paže k hrudníku a tím zjistíme axiální teplotu. Kontrolování teploty by mělo probíhat každé čtyři hodiny, aby nedošlo k podchlazení nebo naopak přehřátí dítěte. (Borek, 2001, s. 266-268)

Bohužel i inkubátor má své nedostatky a nevýhody. Při ošetřování dítěte je k němu špatný přístup a je možný jen okénky v inkubátoru. V případě, že je nutná intubace, zavádění infuzí, transfúzí a podobně, je to velmi složité.

Při otevírání víka inkubátoru dochází k velkým tepelným ztrátám a může dojít k podchlazení dítěte. Inkubátor nesmí být na přímém slunci, jinak v něm dochází ke skleníkovému efektu a následnému přehřátí miminka. Inkubátor je hlučný a může způsobit poškození sluchu dítěte, proto kontrolujeme hluk, aby nepřesáhl 65 decibelů. (Borek, Fendrychová, 2012, s. 101)

V době, kdy dítě pobývá v inkubátoru, je důležitý kontakt s rodiči. Dítěti je v inkubátoru zajištěna zdravotní péče, ale nutný je i rozvoj psychické stránky jedince. V tomto prostředí může dojít ke smyslové frustraci či deprivaci. Malé nezralé dítě také vnímá prostředí, proto je důležitá, alespoň v rámci možností, psychická stimulace, aby nedocházelo k psychické deprivaci dítěte.

### **5.2.2. Výživa**

Výživa nedonošených dětí je různá a určuje se podle vyzrálosti a schopnosti sání, polykání a dýchání. Pokud je dítě extrémně nezralé, výživa se mu podává parenterálním způsobem neboli infuzí. Kanyla je dítěti zavedena do periferní žíly. Infuzí je dítě vyživováno roztokem vody a elektrolytem, potřebné jsou i kalorie. Velmi důležitý je přívod tekutin, protože ztráta vody je u nedonošených dětí velká, způsobená prouděním vzduchu v inkubátoru, malé vlhkosti v inkubátoru, fototerapií a dalšími vlivy, které na jedince působí. Infúze obsahuje základní živiny, glukóza je hlavním zdrojem energie, bílkoviny, tuky jsou zdrojem esenciálních mastných kyselin a zvyšují energetický příjem, minerální látky, stopové prvky, vitamíny. Dítě musí být pod neustálým dohledem, kdyby se změnil jeho stav a nastaly by komplikace.

(Borek, Fendrychová, 2012, s. 165-171)

Další způsob krmení dítěte je zavedením sondy do žaludku. Sondou se dítěti podává odstříkané mateřské mléko, glukóza i léky. Tento způsob krmení se nazývá enterální a mělo by se s ním začít co nejdříve, protože parenterální způsob výživy obchází trávicí trakt a následně dochází k zanikání střevních klků. Výživu podáváme pomalu, aby nedošlo ke kolice nebo perforaci žaludku a zhoršení zdravotního stavu

dítěte. Mléko je podáváno stříkačkou nebo samospádem. I když dítě není schopné sát mateřské mléko od matky, je pro něj velice důležité. Je potřeba myslet na orální stimulaci a nezanedbávat jí. Rozvíjet se může dudlíkem, cucáním prstíků nebo přikládáním dítěte na bradavku, aby později nedocházelo k odmítání potravy orální cestou. Přikládání dítěte na bradavku je prováděno i v případě, že dítě není schopno mléko sát z matčiny bradavky.

(Borek, 2001, s. 274-278)

Pokud je jedinec schopen sám dýchat, polykat, sát, přechází se na kojení. Při kojení jsou důležité krátké pauzy, aby se dítě mohlo rozdýchat a nedošlo ke kolapsu. Toto období je pro dítě psychicky nejméně náročné, protože dochází ke stimulaci a přímému kontaktu s matkou. (Dort, 2011, s. 73-76)

## 6. Psychická a taktilní stimulace

Předčasně narozený jedinec není připravený na příchod na svět a prožívá řadu traumat a často jde o boj o život. Předčasný porod může jedinci poškodit mozek, existuje možnost způsobení mentální retardace, vývojové vady nebo poruchy obranyschopnosti. Neblahé následky může mít i poporodní péče. Předčasně narozený jedinec je stále v období plodu a proto by měla být prvotní poporodní stimulace velice něžná a podobat se nitroděložnímu životu. Fetus je v děloze v neustálém kontaktu s matkou a po předčasném porodu se vše mění, protože je od matky doslova izolovaný. (Janov, 2012, s. 58-59)

*„Texaská psycholožka Dr. Ruth Riceová vyvinula metodu, jak zabránit vzniku emoční deprivace, k níž dochází u předčasně narozených dětí. Tato metoda je velmi jednoduchá: co nejčastěji se miminka dotýkat a hladit jej a poskytnout mu tak tolik potřebnou stimulaci. Pro ověření účinnosti tohoto přístupu provedla Dr. Riceová následující test se skupinou předčasně narozených dětí: polovina dětí byla po návratu domů často hlazena a masírována jejich matkami a druhá polovina nedostávala žádnou zvláštní kontaktní stimulaci. Nebylo žádným překvapením, že stimulované děti se vyvíjely daleko rychleji než děti bez vyšší stimulace. Stimulace měla také vliv na vytvoření lepšího vztahu mezi matkou a dítětem.“ (Janov, 2012, s. 59)*



Dříve byli nedonošení novorozenci bráni jako plod, který je málo zralý na to, aby zaznamenal výhody a nevýhody nových životních podmínek. Dítě bylo bráno jako řada reflexů, bez psychických vlastností. Nezralý novorozenec byl brán jako neschopný a proto nedocházelo k žádné stimulaci. Později byl nedonošený novorozenec sledován a bylo zjištěno, že mění výrazy, polohy, pohledy, denní rytmy. Díky tomuto zjištění se začal nezralý novorozenec brát jako osobnost, která má fyzickou i psychickou stránku. Proto stimulace i u extrémně nezralých novorozenců je velmi důležitá.

(Pouthas, Jouen, 2000, s. 42-45)

*„Snahy o zkvalitnění péče o děti předčasně narozené se proto v současnosti stále více zaměřují i na zlepšení psychické kvality života nedonošených dětí. Prostředí dětských oddělení pro nedonošené děti se pak v mnoha nemocnicích začíná podstatně měnit, mnohdy se snahou co nejvíce se přiblížit podmínkám života v děloze. Světla i zvuky jsou tlumeny, děti bývají pokládány na podložky naplněné vodou, které se navíc (v pravidelných nebo jinde spíše v nepravidelných intervalech) lehce pohupují, do inkubátoru je pouštěn z reproduktorů zvuk srdečního tepu matky apod“*

(Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 28)

Je nutné dodat, že dítě je ještě v období plodu, ale přesto by mělo být stimulováno, aby se mohlo zdravě vyvíjet, obohatit dítě o nové poznatky (sluchové, zrakové, taktilní). Důležitý je kontakt s rodiči, doporučuje se jemné dotýkání, hlazení, mluvení a později chování. Péče je zaměřená na vlastní aktivitu dítěte, pozorují se pokroky a podle nich jsou stanoveny další podporující stimuly. Nedonošení novorozenci jsou méně aktivní, a proto nesmí být přetěžováni, stimulace musí přicházet postupně a nesmí být příliš nadměrná. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 28-29)

### **6.1. Odloučení od matky- kritické období**

Pro nezralého jedince je příchod na svět těžký. Takový novorozenec nemá možnost být hned po porodu s matkou a z tohoto důvodu trpí separační úzkostí. Tato událost je zásadní trauma, které má celoživotní následky. Nejprve prožívá boj o svůj život, a když by měla přijít útěcha od nejbližšího člověka, přijde jen další trauma. Tento traumatizující zážitek se může podílet na vzniku neurózy. Čerstvě narozené dítě by mělo být chováno více než kdykoliv jindy, potřebuje cítit bezpečí a jistotu. Proto by

novorozenec neměl být jen separován v inkubátoru, ale musí docházet k fyzickému kontaktu s matkou. (Janov, 2012, s. 66-67)

Matka je pro dítě významným zdrojem stimulace. Není pro dítě cizím a neznámým člověkem. Dítě si pamatuje její hlas, tlukot jejího srdce a také na ně náležitě pozitivně reaguje. Vazba mezi matkou a dítětem se po narození rozvíjí a navazuje na vazbu, která vznikala už v prenatálním období. Mateřské chování, ještě několik měsíců po porodu, ovlivňují hormony a to hlavně estrogen, oxytocin a prolaktin. Push pull mechanismus eliminuje negativní emoce a tendence ke kritickému uvažování. Tento proces má velký vliv hlavně pro rozvoj vazby. Po porodu nastává kritické období, které je důležité pro vytvoření mateřského chování. Kontakt s dítětem rozvíjí pozitivní chování matky. Dítě se na rozvoji tohoto vztahu také podílí projevem svých emocí a reagováním na matku. Pokud dítě není dostatečně stimulováno, může dojít ke změně mozkových funkcí a ovlivnit neurální základ. V případě že není mozek v potřebné době dostatečně stimulován, nerozvíjejí se mozkové funkce. V prvním roce života se vyvíjí prefrontální kortex, vlivem opakovaných emočních zážitků v interakci matka a dítě. Raná deprivace a odloučení od matky vede k určitému způsobu biologického naprogramování, což ovlivňuje adaptaci dítěte na životní podmínky a působí na senzitivní fázi v životě. (Vágnerová, 2012, s. 68-71)

*„Předčasné narození není ovšem náročnou situací jen pro dítě samé, ale i pro jeho rodiče, kteří na příchod dítěte nebyli ještě plně připraveni, prožívají silný strach o dítě a současně i pocity bezmoci, neadekvátnosti a deprese, protože se nemohou o své dítě začít účinně starat, často jsou od něj zcela odloučeni a nemohou je chránit před bolestí a ohrožením. Při delší separaci mají matky někdy i pocit nereálnosti dítěte- jako by ve skutečnosti ani neexistovalo, nebo je nevnímají jako své vlastní. Tyto pocity mizí teprve v okamžiku, kdy si mohou dítě poprvé podržet v náručí. Dlouhou separací a hospitalizací mohou být ovšem narušeny i jinak přirozené dovednosti intuitivního rodičovství.“* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 28)

Separace dítěte od matky může také vést k emocionálnímu, psychickému a vývojovému opoždění dítěte. Nemocniční oddělení může separaci redukovat následujícím způsobem: zřizovat pokoje i pro matky, aby kontakt s dítětem byl téměř nepřetržitý, umožnit rodičům návštěvu v denní i noční hodiny a zajistit telefonní linky

pro jakékoliv dotazy. Rodiče mají právo být s dítětem v kritických situacích. Kontakt zabraňuje vzniku citových problémů, které mohou vznikat vlivem odloučení.

(Borek, Fendrychová, 2012, s. 184)

## **6.2. Bonding**

Hned po porodu se u matky a dítěte objevuje senzitivní období, ve kterém jsou oba naprogramováni na vzájemný fyzický kontakt. Tento okamžik by měl být využit na prohloubení vazby matka-dítě. Navázání vzájemného raného kontaktu ovlivňuje chování matky k dítěti. Matky, které se svým dítětem tráví čas po porodu, jsou k dítěti více vnímavé. V době těhotenství se tvoří vztah mezi nimi. Po celou tuto dobu si rodiče představují okamžik, až budou držet svého potomka v náručí a v okamžiku, kdy tomu tak opravdu je, se tvoří reálný vztah mezi nimi a miminkem. Vztah se netvoří jen několik sekund po porodu, ale několik dnů až měsíců, poté je důležité ho udržovat a prohlubovat. Někdy není možné bonding hned po porodu aplikovat z různých důvodů, mohou nastat komplikace, jak ze strany matky tak dítěte, matka je vyčerpaná a není schopna mít dítě u sebe, takových situací může být mnoho, proto je zdůrazňováno, že vztah se netvoří jen následně po porodu, ale mnohem déle.

(Sears, Searsová, 2012, s. 67-69)

Jsou různé typy bondingu, které se mohou používat hned po porodu a pokud tomu tak nemůže být, je možné je použít i později. Hned po porodu se miminko položí matce na hrudník, snižuje se tím úzkost dítěte, protože cítí matčino srdce, přesně tak jak to zná z dělohy. Okamžik přiložení dítěte k matce, je ten nejsilnější a podporuje všechny fyziologické a psychické funkce ženy, jakožto matky a dítěte jako nejdůležitější bytosti pro ni.

Dotyky jsou vyjádřením lásky, ale hrají důležitou roli i ve správném fungování těla. Dítě po porodu dýchá nepravidelně a díky dotykům a hlazením se stimuluje pravidelné dýchání. Dotyky matky a otce jsou rozdílné, ale stejně důležité. Matka hladí miminko po celém těle jen konečky prstů, otec svou dlaň položí dítěti na hlavu. Matka je pečující osoba a otec je ochránce, proto se jejich dotyky odlišují. Pohled do očí dítěte je neodolatelný, připoutává matku k dítěti velmi pevně. Hlas matky a ostatních lidí novorozeně rozezná. Matčin hlas dítě uklidňuje a přináší mu pocit bezpečí. Když matka

s dítětem mluví, mění výšku a rytmus svého hlasu, tento typ komunikace se nazývá „mateřská řeč“.

Přiložení čerstvě narozeného dítěte k matčině bradavce podporuje mateřské chování. Když dítě olizuje a sají matčinu bradavku, do matčiny krve se vyplavuje oxytocin. Ten působí při stahování dělohy a zmenšuje poporodní krvácení. Kojení není jen zdrojem výživy, ale probouzí pocit lásky.

Bonding má probíhat v soukromí. Měl by být přítomen jen otec, matka a novorozeně. Nemocniční personál by neměl rušit soukromí rodiny.

(Sears, Searsová, 2012, s. 69-73)

Nedonošení jedinci, vzhledem k nezralosti, prožívají porodní trauma citlivěji než zralí jedinci. Dotek a přilnutí k matce léčí tělo i duši miminka, většinou však stav předčasně narozeného novorozence nedovoluje praktikovat bonding, protože nezralý jedinec potřebuje ihned lékařskou péči. Dítě je většinou hned uloženo do inkubátoru, kde dochází k minimální taktilní stimulaci. Miminko prožívá bolest, a proto je potřeba taktilní stimulace, která by dítě uklidnila. Metoda, která se používá u nedonošených novorozenců, podobající se bondingu se nazývá klokánkování.

### **6.3. Klokánkování**

Metoda psychofyziologické stimulace, která je převzata z „přírodních národů“, se nazývá klokánkování. *„Byla navržena v roce 1979 kolumbijskými pediatry Edgarem Reyem a Hectorem Martinezem, matka podle ní nosí své dítě ve speciálně upravené košili (po vzoru jihoamerických indiánů) a poskytuje mu výživu, teplo a stimulaci, což dítě příznivě ovlivňuje. V Bogotě, kde byla tato metoda užívána masově, byly výsledky tak výrazné (zlepšení spánku, pravidelnost dechu, úprava termoregulace, zlepšení laktace matek, pocitu mateřského uspokojení), že začala být užívána i u dětí dráždivých, smyslově postižených či neklidných.“* (Šulová, 2010, s. 27)

Při klokánkování je dítě přiloženo na matčin hrudník, mezi prsa a přikryto dekou. Nezralí jedinci nemají dostatek tuku, aby si udrželi svou tělesnou teplotu, ale díky matčinu teplu nedochází k podchlazení miminka. Existují studie, které potvrzují, že pokud teplota těla miminka klesá, matčina teplota těla se zvyšuje. Tato metoda zklidňuje dítě, rytmizuje dech a srdeční tep. Klokánkování, stejně tak jako bonding,

zlepšuje laktaci matky a pomáhá při odstříkávání mateřského mléka. Otec má možnost také s dítětem praktikovat klokánkování, protože metoda není jen pro matky. Pro oba rodiče jsou okamžiky klokánkování velmi příjemné a uklidňující. Mohou být v kontaktu s dítětem a dochází i k psychickému zklidnění při stresujícím odloučení od dítěte. Klokánkování se používá v nemocnici, ale mělo by dále pokračovat v domácím prostředí, prohlubuje to vztah s dítětem a udržuje laktaci matky. V době, kdy je dítě v ohrožení života a rodiče prožívají strach, stres až depresi, je důležité vytvořit si k dítěti vztah a to nejlépe prostřednictvím kontaktního rodičovství.

(Sears, Searsová, 2012, s. 74-76)

Klokánkování by mělo být zahrnuto do každodenní péče. Jak už bylo řečeno, stabilizuje zdravotní stav miminka, tělesnou teplotu, podporuje dýchání a srdeční činnost, upravuje spánkový cyklus, podporuje zrání mozku a mozkových spojení, zrychluje růst, upravuje trávicí systém, zlepšuje trávení živin a v neposlední řadě se tvoří vztah mezi matkou (otcem) a dítětem.

(<http://www.mamila.sk/pre-matky/dojcenie-a/klokankovanie/>, 2. 3. 2014)

Klokánkování nenahrazuje lékařskou péči a proto není možné nosit dítě trvale, pokud je připojeno na přístroje. Rodiče potvrdili, že už při prvním pochování pociťovali rodičovskou lásku. Klokání metoda je pro rodiče zásadní, hlavně z hlediska, že pro dítě mohou udělat něco příjemného a pomoci mu. Tato metoda je prospěšná k odbourání stresu, protože rodiče se poté cítí odolnější a jsou odhodláni tuto situaci zvládnout. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 29)

Pokud rodiče praktikují klokánkování, nemělo by být kratší než 60 minut, každá změna je pro dítě stresující a pokud nedochází k dlouhodobějšímu kontaktu, nepřináší to takové účinky, jaké jsou očekávány. Dr. S. Ludington, průkopnice klokání metody v USA, tvrdí, že odloučení od matky není biologicky normální. (<http://mimiskove.webnode.cz/nedonosene-deti/klokankovani/>, 20. 2. 2014)

#### **6.4. Pelíškování**

Novorozenecká JIP se nezaměřuje jen na poskytování kvalitní zdravotnické péče, ale zajišťuje i komfort, aby se dítě cítilo dobře, příjemně a nebylo tolik stresované. Jeden z druhů bazální stimulace je pelíškování. Pelíšek je speciální lůžko ve tvaru dělohy, obsahuje různé pomůcky. Ruce a pásy, do kterých se dítě zabalí. Pelíšek chrání tělíčko, stimuluje kůži dotykem a udržuje stálou teplotu dítěte. Dítě není pevně svázáno, ale může se pohybovat podobně jako v děloze, tudíž pelíšek neomezuje jeho pohyb. Poloha nedonošeného dítěte je důležitá pro další vývoj jeho života.

(Friedlová, Sodomková, 2013, Časopis Diagnóza)

Jak už bylo řečeno, pelíškování je velmi důležitá taktilní stimulace. Dítě mělo ještě nějakou dobu zůstat v matčině děloze, a proto je potřeba stimulovat polohu dítěte. Dítě se v děloze cítí bezpečně, je pevně a měkce objímáno, proto by se tak mělo cítit i po porodu. Poloha, kterou dítě zaujímá je určitým zdrojem komunikace s okolím. Nedonošený novorozenec potřebuje teplou a něžnou náruč, ale vzhledem k jeho zdravotnímu stavu to není vždy možné, a proto by měl mít pohodlí v inkubátoru. Miminka díky měkkým polštářům zaujímají podobnou polohu jako v děloze, polohu klubička a hlavičku mají vypodloženou polštářkem ve tvaru podkovičky. ([http://havlickobrodsky.denik.cz/zpravy\\_region/20100630nemocnice.html](http://havlickobrodsky.denik.cz/zpravy_region/20100630nemocnice.html), 15. 2. 2014)

Dítě je nutné polohovat na záda, břicho a na boky, aby nedošlo k proleženinám a nepříjemným pocitům. Používány jsou různé druhy polštářků a kožíšku, které jsou šetrné pro nezralou kůži novorozenců, nedráždí ji a dítě se cítí bezpečně a příjemně.

#### **6.5. Masáže**

Dotek má pro člověka životodárný význam. Dodává nám pocit tepla, bezpečí a lásky. Už od dětství je hmat jeden z nejdůležitějších smyslů, protože děti díky němu objevují věci kolem sebe. Dotek je pro zdravý vývoj nezbytný. *„Často se spontánně dotýkáme svého těla nebo těla svých dětí při úrazu, bolesti, pocitu únavy. Utěšováním, hlazením a neuvědomělou masáží bolavých míst odplavujeme negativní pocity.*

*Přinášíme tím úlevu, obnovujeme životní sílu, prožíváme pocity radosti a štěstí.“*  
(Hašplová, 1999, s. 13)

Dotyky můžeme používat záměrně a to například masáží. Technika masáže přináší příjemné pocity dítěti i dospělému, který dítě masíruje. Zlepšuje vztahy mezi dítětem a rodiči, jedná se o neverbální komunikaci. Masáž novorozence je sestavou jemných dotyků, proto nemůže dojít k poranění a ublížení. Relaxační techniky zbavují děti stresu a napětí. Děti jsou už před narozením zaplaveny stresovým hormonem ACTH, zda-li nedojde ke správné stimulaci, hormon může být v dítěti ještě tři týdny po porodu, což negativně působí na kvalitu jeho života. Pokud je dítě s matkou, prožívá jemné dotyky a hlazení, cítí pocit bezpečí, stresový hormon se z těla vyplaví do 24 hodin. Dotyky a masáže snižují následky porodního traumatu, zlepšují fyzický i psychický stav dítěte. (Hašplová, 1999, s. 14-15)

*„Při masážích matka rytmickými doteky a mluvením vytváří pouto důvěry a bezpečí, které je tak důležité pro budoucí vývoj dítěte. Má-li dítě prožívat při masážích příjemné pocity, je třeba mu zajistit dostatek tepla.“* (Hašplová, 1999, s. 21)

*Děti, které nebyly z nejrůznějších důvodů ihned po porodu u maminky, aby se jich dotýkala a hladila je, nepocítily úlevu a uvolnění řadu dnů i týdnů po narození. Musí se teprve naučit uvolněně odpočívat. Dlouho trvající napětí a stres v organismu blokuje nově vznikající nervové spoje, rozvoj a učení. Podílejí se na dalších, následně vzniklých fyzických i psychických poruchách. Láskyplné doteky jsou pro tělesnou a duševní pohodu kojence nezbytné a i v těchto případech jsou masáže velmi účinnou ozdravnou metodou. Je prokázáno, že i nedonošené děti se vyvíjejí rychleji, jsou-li pravidelně masírovány.* (Hašplová, 1999, s. 46)

Masírovat nedonošené děti je možné hned od samého počátku, i přesto že mají slabou a zranitelnou kůži, můžeme je stimulovat dotykem. Nejprve se jich jemně dotýkáme na hlavičce a zádech, později se může začít s jemnými tahy. Miminko roste a je možné masáž prodlužovat. Nezralé dítě je nejvhodnější masírovat mateřským mlékem, později lze použít rostlinný olej. Pokud je novorozenec hypotonický, praktikujeme dostředivou masáž, to znamená, že dostáváme energii do tělíčka. Masírujeme od chodidla k pánvi a od prstíků k rameni. Pro děti hypertonické jsou vhodnější uklidňující masáže s pomalými a odstředivými tahy, které jsou od ramene k prstíkům a od pánve k chodidlu, tímto způsobem dostáváme energii z tělíčka ven.

Masáže obličeje jsou pro nezralé děti klíčové hlavně v pozdějším rozvoji řeči. Pokud je s dítětem cvičena Vojtova metoda, masáž po ní dítě zklidňuje, protože většinou jsou děti rozčílené. Vlivem masáže se prohlubuje vztah i mezi otcem a dítětem, který by se měl této činnosti zúčastnit.

(<http://mimiskove.webnode.cz/nedonosene-deti/masaze-predcasne-narozenyh-deti/>, 20. 2. 2014)

## **6.6. Vojtova metoda**

Český dětský neurolog Prof. MUDr. Václav Vojta, který se narodil v Jižních Čechách v roce 1917, vyvíjel systém reflexní lokomoce. Jako lékař začínal na klinice v Praze a od roku 1954 působil v lázních Železnice, kde pracoval s dětmi s centrální poruchou hybnosti. V roce 1968 začal pracovat v Německu, zde pokračoval ve vývojové kineziologii a vedl školení pro lékaře a fyzioterapeuty. Později se stal vedoucím rehabilitačního oddělení. Byl zástupcem prof. Helbruggeho v dětském centru v Mnichově, kde až do své smrti v roce 2000, se svými kolegy rozvíjel terapeutický systém reflexní lokomoce. Václav Vojta věřil v obrovskou lásku matky, kterou cítí ke svému dítěti a může tím pomoci při léčbě. Tvrdil, že „*matka intuitivně pracuje vždy správně a dítě od milující matky tuto léčbu přijímá*“. Jeho metoda zahrnovala znalosti, vědu, lidskost a lásku. Právě on je uznávaným světovým lékařem, který získal mnoho ocenění za Vojtovu metodu.

Vojtova metoda je tedy soubor cviků, které aktivizují centrální nervovou soustavu. Díky této metodě je možné aktivovat oslabené a nepoužívané svaly. Výhoda této metody je ta, že s ní lze začít už v novorozeneckém věku. Rodič se od terapeuta naučí, jak s dětmi cvičit a provádí cvičení několikrát za den. Podle věku dítěte se určuje délka cvičení, většinou se pohybuje od pěti do dvaceti minut. Vojtova metoda je používána i s dospělými jedinci.

(<http://www.vojtovaspolecnost.cz/aktivity.php>, 1. 3. 2014)

Existují tři základní polohy aktivizující reflexní pohyb, poloha na břicho, na zádech a na boku. Je možné k aktivizaci použít deset zón, které se nacházejí na trupu, dolních a horních končetinách. Terapeut klade odpor proti pohybu dítěte a tím dostává svaly do



aktivního stavu. Používají se dva koordinační komplexy, reflexní plazení a reflexní otáčení.

*„Hlavní cíle reflexního plazení:*

- *Aktivace svalových vzpřimovacích mechanismů potřebných pro oporu, úchop, vertikalizaci a chůzi, dále aktivace krokových pohybů horních a dolních končetin*
- *Aktivace dýchacího a břišního svalstva, svalstva dna pánevního i svěračů močového měchýře a konečníku*
- *Polykací pohyby (důležité pro žvýkání)*
- *Pohyby očí*

*Hlavní cíle reflexního otáčení:*

- *napřímení páteře*
- *flexe dolních končetin v kyčelních, kolenních a hlezenních kloubech*
- *držení dolních končetin v této poloze proti gravitaci mimo opěrnou bázi, kterou zde tvoří plocha zad*
- *příprava horních končetin na opěrnou funkci*
- *pohyby očí do strany*
- *polykání*
- *prohloubení dýchání*
- *koordinovaná, diferencovaná aktivace břišního svalstva“*  
([http://www.vojta.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2&Itemid=9&lang=cs](http://www.vojta.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=9&lang=cs), 1. 3. 2014)

## **7. Rodiče nedonošených dětí**

Matky nedonošených dětí pociťují selhání, nepříznivé psychické rozpoložení a pocity viny za to, že nedonosily své dítě a způsobily mu velké zdravotní a života ohrožující potíže. Rodiče při návštěvě svého dítěte, které leží v inkubátoru a je připojené na přístroje, pociťují zármutek a šok. Nejsilnější pocit, který rodiče prožívají je strach o zdravotní stav miminka a jeho přežití. Beznaděj a úzkost rodičům ubírá síly, proto je nutná podpora a pocit jistoty ze strany rodiny a nemocničního personálu. Potřebné jsou informace, aby rodiče věděli o zdravotním stavu dítěte, následné péči a případných rizikách. Nemocniční personál by měl brát rodiče jako své partnery, s kterými bude spolupracovat. Nezbytná je dobrá a efektivní komunikace, k ničemu rodiče nenutit, nechat rozhodnutí na nich. (Borek, Fendrychová, 2012, s. 183)

Rodiče, zejména matka, která je odloučená od svého dítěte má pocit, jako by ani dítě neexistovalo, tento pocit mizí až v době, kdy si matka může svého potomka vzít do náruče. Je-li hospitalizace a separace dlouhá, matka nemůže s dítětem vytvářet emocionální vztah a dochází k poruše intuitivního rodičovství.

(Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 28)

Nedonošenému dítěti je zajišťována lékařská péče a psychická stimulace, ale nesmí se zapomínat na podporu rodičů těchto dětí, právě tím se nejvíce zabývají programy stavěné pro tyto náročné životní situace. Je důležité si na rodiče najít čas a podávat jim informace o stavu novorozence

. „Podle Darbyshirové rodiče, jejichž dítě je umístěno na JIPRN, prochází postupně třemi fázemi vývoje, které lze nazvat:

- *Naivní důvěřivostí- v tomto období potřebují informace, ujišťování, pocit bezpečí a podporu v jejich izolaci*
- *Vystřízlivění- zajímají se o péči, která je poskytována jejich dítěti*
- *Spojenectvím- spolupracují se sestrami, aby dosáhli plánovaných cílů“*

(Borek, Fendrychová, 2012, s. 184)

Rodiče by měli být poučeni, jak o dvě děti pečovat, aby nedocházelo k přetěžování nezralých novorozenců. Nedonošené děti jsou obvykle méně reaktivní, a proto musí být rodič trpělivý a počkat si na první úsměv trochu déle. Zvýšená stimulace dítěti spíše ubližuje, protože dochází k přetěžování. Existují programy, které se zabývají péčí, rozvojem dětí a podporou rodičů zároveň.

(Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 29)

Během vývoje psychologie se vytvořila celá řada koncepcí úzkosti a strachu. Koncepce úzkosti a strachu, která se zabývá situací navozující tyto dva stavy, je behaviorální. Jedná se o neadaptivní reakci na určitou situaci. Strach i úzkost se mechanismem transferu dokážou přenést i do jiné situace. Další směry, zabývající se strachem a úzkostí, jsou humanistický a existencialistický. Úzkost je spojená s konečností života, ztráty smyslu života, osamocení, rozhodování se, bezmocností. V.E. Frankl uvádí, že úzkost vzniká při ztrátě životního smyslu, nastává existenciální frustrace, která vede k depresi, neuróze a suicidiálním tendencím.

(Paulík, 2010, s. 22-23)

Dlouhotrvající stres způsobený strachem o své dítě, přináší nespokojenost, únavu a vyčerpání. Stres nemá jen psychický dopad, ale působí i na somatickou stránku, způsobuje problémy respiračního a oběhového systému, motorického aparátu, bolest hlavy a negativní změny v chování. Nedonošené dítě ohrožené na životě, dostává rodiče do situační krize. Tuto krizi ovlivňuje hlavně subjektivní hodnocení a prožívání určité situace. Nejčastější příčiny jsou ztráta a vážné ohrožení existence.

Sociální podpora pomáhá snižovat stres. Při velké psychické zátěži nejsou většinou naplňovány sociální potřeby. Rodina je nejdůležitější skupina, které dokáže zajistit sociální podporu, dodat pocit jistoty a bezpečí. Mnoho studií potvrdilo, že pozitivní sociální vazby usnadňují osobám adaptaci na těžkou životní situaci. Emocionální sociální opora by měla přicházet nejen od rodiny, ale i od nemocničního personálu. (Paulík, 2010, s. 23-64)

## **8. Nedoklubko**

Nedoklubko je občanské sdružení úzce spojeno s Ústavem pro matku a dítě v Podolí.

PhDr. Daniela Sobotková v roce 1996 uspořádala vánoční besídku, která byla pro rodiče, úzce spjatými s projektem “Intervenční program pro nedonošené: pomoc rodičům vytvořit optimální podmínky pro vývoj jejich dětí“, později došlo s rodiči k domluvě, že se budou scházet jednou za měsíc a byl založen Klub rodičů a přátel nedonošených dětí, právě z tohoto klubu se později vytvořilo Nedoklubko a paní Svátková, která navrhla tento název, se stala první předsedkyní. Oficiální status občanského sdružení získalo Nedoklubko v roce 2002. Byly vydány tři brožurky- Jednotka intenzivní a resuscitační péče, Přinesli jsme si domů původně nezralé miminko a Výživa nedonošených dětí. V roce 2007 byla zvolená druhá předsedkyně Lenka Novotná, která se do Nedoklubka zapojila v roce 2006. V současnosti je rodičům poskytována help linka, informační letáčky, služby poradkyň a možnost zapojení se do různých projektů. (<http://nedoklubko.cz/o-nas/historie/>, 20.2.)

*„Cíle sdružení:*

- 1. Podporovat rodiny s předčasně narozenými dětmi poskytnutím sociálního poradenství a psychosociální podpory v této obtížné životní situaci*
- 2. Zprostředkovat rodičům kontakty na další organizace specializující se na konkrétní problémy, které se mohou vyskytnout ve spojitosti s nezralostí dítěte*
- 3. Vytvořit prostor pro sdílení zkušeností s rodiči, kteří touto situací prošli, a to formou setkávání rodičů, diskuzního fóra, rodičovských podpůrných skupin a akcí pro širokou veřejnost*
- 4. Spolupracovat se zainteresovanými odborníky z řad neonatologů, psychologů, dětských neurologů, pediatrů a dalších v rámci zjišťování potřeb rodičů nedonošených dětí*
- 5. Vzájemně sdílet a obohacovat sebe i ostatní zainteresované odborníky o teoretické znalosti a praktické zkušenosti vztahující se k problematice rodin s předčasně narozenými dětmi*
- 6. Spolupracovat se zahraničními rodičovskými sdruženími na zlepšení zákonného rámce pro péči o nedonošené děti a jejich rodiče v rámci celé Evropské unie ( [www.efcni.org](http://www.efcni.org))*
- 7. Usilovat o zlepšení péče o předčasně narozené i jejich rodiče. “*  
*(<http://nedoklubko.cz/o-nas/cile-sdruzeni/>, 20. 2. 2014)*

## **II. Praktická část**

Druhá část bakalářské práce je praktická. Obsahem této části jsou případové studie a polostandardizované rozhovory s matkami nedonošených dětí. Tato část prakticky ověřuje informace z části teoretické.

### **Cíl výzkumu**

Cílem výzkumné části je zjistit, jak probíhá raná stimulace nedonošených dětí, jaké formy stimulace a péče se používají a jak tato událost ovlivňuje rodiče těchto dětí. Výzkumný vzorek obsahuje 5 případů předčasně narozených novorozenců a jejich rodičů. Děti byly narozeny v různých gestačních týdnech a trpí odlišnými problémy a potížemi.

Další neméně důležitý je výzkum psychického stavu rodičů, jejich postoje, zvládnutí této náročné životní situace a vzájemné podpory rodičů.

### **Výzkumný vzorek**

Rozhovory byly prováděny s matkami nedonošených dětí. Jednalo se o matky různého věku, od 25 let do 38 let, a odlišného vzdělání, od výučního listu až po vysokoškolské vzdělání.

Případové studie byly zaměřené na nedonošené jedince, s různým stupněm nezralosti. Předčasně narození novorozenci se lišili svými problémy a zdravotním stavem.

### **Metodika výzkumu**

V praktické části autorka pro výzkum zvolila případové studie a polostandardizované rozhovory.

Kazuistika popisuje konkrétní případy nedonošených dětí. Obsahuje rozbor pěti osobních anamnéz dítěte a anamnéz rodinných.

Rozhovor je metodou zjišťovací, kdy dochází k přímému kontaktu mezi tazatelem s dotazovanou osobou. Polostandardizovaný rozhovor má připravené otázky s volnou odpovědí. Vlivem okolností lze otázky přeformulovat nebo je klást v jiném pořadí.

V tomto případě bylo položeno šest otázek zaměřených na těhotenství, předčasný porod, informovanosti rodičů o svém dítěti, kontakt a budování vztahu mezi rodiči a dítětem, psychický stav matky a partnerskou podporu. Rozhovor nebyl časově omezen a maminky měly možnost volné odpovědi.

Otázky:

1. Měla jste v těhotenství nějaké zdravotní problémy a hrozilo riziko nedonošení dítěte? (průběh těhotenství, zdravotní problémy, léčba...)
2. Byli jste po porodu dostatečně informováni o zdravotním stavu miminka a následné péči o něj?
3. Měli jste s miminkem každodenní kontakt, aby mohlo docházet k dostatečné psychické stimulaci?
4. Byla vám po propuštění z nemocnice nabídnuta nějaká následná péče? (rozvíjení psychiky a motoriky dítěte)
5. Jaký byl Váš psychický stav v době, kdy nemohlo být miminko s Vámi?
6. Jaká byla reakce partnera na danou situaci? Byl pro Vás oporou?

## **Vlastní výzkum**

Jméno: **Matěj** (viz příloha č. 1-4)

Věk: 9 měsíců

Narozen: 32+5 týden gravidity

Porodní hmotnost: 2150 gramů

současná diagnóza: opožděný psychomotorický vývoj

Matka: 25 let, zdravá, vyšší odborné vzdělání, po absolvování vyšší odborné školy hned otěhotněla.

Otec: 25 let, vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr., pracuje v mezinárodní firmě.

Sourozenci: 0

### **Osobní anamnéza:**

Dítě z I. Gravidity (viz příloha č.1) narozeno ve 32. týdnu těhotenství. Chlapec hypotonický, proto byla doporučena reflexní rehabilitace, stále rehabilitační oddělení

navštěvuje. Chlapec navštěvuje rehabilitační oddělení na Bulovce. Matěj stále absoluuje prohlídky na neurologii, ošetřující lékař shledává velké zlepšení chlapcova stavu.

Rozhovor s matkou Matěje:

Měla jste v těhotenství nějaké zdravotní problémy a hrozilo riziko nedonošení dítěte? (průběh těhotenství, zdravotní problémy, léčba...)

*V prvních dnech těhotenství jsem si zlomila na in-linech zápěstí a po dvou neúspěšných rovnáních byla nutná operace – po konzultaci gynekologů, chirurgů a ortopedů byl zvolen zákrok pouze v lokální narkóze. Většina lékařů mě upozorňovala na to, že je zvýšené riziko, že to dítě nepřežije. Potom pokračovalo zdravé těhotenství (mimo velkých nevolností, ubývání na váze a rozdíl věku dítěte podle menses a ultrazvuku se lišil o tři týdny). V 25. týdnu se objevilo krvácení – při prohlídce nebyl zjištěn důvod, a proto jsem nebyla hospitalizována, ošetřující lékařka mi napsala nemocenskou a do zaměstnání jsem již nenastoupila. Objevovalo se tuhnutí břicha – proto předepsáno magnesium. 32+1 jsem byla na poslední prohlídce u lékařky – vše bylo naprosto v pořádku. 32+5 začalo silné krvácení, po příjezdu do porodnice hospitalizována, po dvou hodinách akutní císařský řez. Později zjištěno, že důvodem byl nejspíš zánět, ale testy neukázaly kde. Matěj – celková sepse, respirační problémy.*

Byli jste po porodu dostatečně informováni o zdravotním stavu miminka a následné péči o něj?

*V nemocnici jsme strávili 25 dní. První den byl plně informován manžel – lékaři nejspíš nechali na jeho rozhodnutí, kolik ze zdravotního stavu mi sdělí. Já jsem byla informována o aktuálním stavu (ne o rizikách). Každopádně myslím, že takto to bylo rozumné, bylo potřeba, abych byla u dítěte v dobrém psychickém stavu. O rizikách, které hrozily, jsem se dovídala až zpětně. O následné péči jsem byla poučena výborně, co se týče fyzické stránky. Uvítala bych i informace o tom jak s dítětem pracovat, jak ho rozvíjet, co dělat pro jeho psychický rozvoj.*

Měli jste s miminkem každodenní kontakt, aby mohlo docházet k dostatečné psychické stimulaci?

*Ano, kromě prvního dne, kdy jsme kvůli jeho stavu k němu nemohla ani já, ani manžel. Byla jsem hospitalizována s ním ve stylu „rooming in“. Za dítětem na neonatologii jsem mohla prakticky kdykoliv.*

Byla vám po propuštění z nemocnice nabídnuta nějaká následná péče? (rozvíjení psychiky a motoriky dítěte)

*Byla jsem naučena první cviky Vojtovy metody. Poté bylo na rozhodnutí pediatra, zda nás pošle na neurologii. Neurolog poté doporučil rehabilitaci Vojtovou metodou – navštěvovali jsme rehabilitaci na Bulovce do Matějova 9. měsíce.*

Jaký byl Váš psychický stav v době, kdy nemohlo být miminko s Vámi?

*Naštěstí jsem neměla příliš času na přemýšlení. Měla jsem mnoho návštěv, většinu volných chvil jsem trávila u dítěte a péčí o něj pod lékařským dozorem. Volné chvíle jsem využívala k odpočinku, protože to vše bylo náročné. Navíc jsem měla občas povolené procházky a někdy i přespaní mimo nemocnici, což mému psychickému stavu velmi prospívalo. Pokud bych musela všechn čas trávit pouze v nemocnici, byla bych na tom psychicky podstatně hůř. Přesto jsem ale během vycházek měla černé svědomí, že nejsem u dítěte a nechala jsem ho tam samotné. Vše mělo své pro i proti. Hořovická nemocnice je vybavena na každém lůžku tablety, s televizí a internetem, což pomáhá zůstat v kontaktu se světem a proti nudit. Čas se tedy dal účelně využít i ke studiu. Ačkoliv personál i prostředí bylo skvělé, stejně jsem ke konci začínala propadat depresivním náladám – i když to byl pouze měsíc, pro mě to bylo příliš dlouhý pobyt v nemocnici.*

Jaká byla reakce partnera na danou situaci? Byl pro Vás oporou?

*Manžel byl ze začátku nervóznější než já – připouštěl si i horší závěry. Především v prvním týdnu věděl i o možnosti, že Matěj nemusí přežít, což jsem si já skoro nepřipouštěla. Byl skvělým tátou od začátku – nastěhoval se na měsíc do Hořovic, aby se za námi každý den mohl alespoň na chvíli zastavit. Vzhledem k tomu, že ale pracoval v Praze a zaměstnavatel neměl příliš pochopení, tak návštěvní hodiny nebyly*



*příliš praktické. Tudiž jsme většinou neměli ani hodinu, což pro mě bylo asi nejhorší, protože mi scházela právě ta citová podpora. Navíc pokoj za příplatek, aby někdy mohl zůstat i manžel byl stále obsazený. Poslední kapkou pro mě bylo, když po třech týdnech musel odjet na 4 dny na služební cestu do Německa. Narušení stereotypu mě v tu chvíli úplně rozhodilo.*

Jméno: **Denis**

Věk: 4 roky

Narozen: 32+2 týden gravidity

Porodní hmotnost: 2000 gramů

Současná diagnóza: retinopatie, snížená imunita

Matka: 30 let, vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., pracuje jako účetní a asistentka ředitele firmy

Otec: 33 let, vyučen, pracuje jako dělník

Sourozenci: 0

### **Osobní anamnéza:**

Dítě z I. Gravidity. Chlapec trpí retinopatií, oční lékař diagnostikoval tuto vadu vlivem špatného růstu cév. Denis nosí brýle a každý den na pár hodin mu je střídavě zakrýváno jedno oko pro posílení okohybných svalů. Oční lékař doporučuje chirurgický zákrok pro korekci této vady. Chlapec od narození trpí sníženou imunitou a stále se mu vracejí virózy, chřipky, záněty apod. Denis je kontrolován na imunologii, užívá probatika, prebiotika a vitamíny.

Rozhovor s matkou Denise:

Měla jste v těhotenství nějaké zdravotní problémy a hrozilo riziko nedonošení dítěte? (průběh těhotenství, zdravotní problémy, léčba...)

*Těhotenství bylo bezproblémové, když jsem přišla ke svému gynekologovi ve 32. týdnu na preventivní kontrolu, zjistil snížené děložní hrdlo a hned mě hospitalizoval na gynekologické oddělení v Plzni. V nemocnici mi podávali léky na zmírnění děložní činnosti (Magnesium, nitroglycerin...). Po dvou dnech hospitalizace jsem začínala krvácet a po vyšetření lékař rozhodl o předčasném císařském řezu.*

Byli jste po porodu dostatečně informováni o zdravotním stavu miminka a následné péči o něj?

*Ano, lékaři mi sdělili, jak bude probíhat léčba dítěte a případná rizika. Po narození měl Denis velké potíže s dýcháním, měl apnoické pauzy, proto dostával léky na podporu dýchání. Po několika dnech se u něj objevila novorozenecká žloutenka, byl několik dní pod modrým světlem, měl zalepená očička, byl hodně unavený, a proto skoro celou dobu spal. Byl vyživován sondou rovnou do žaludku. Měl problémy s udržením tepla, proto byl neustále vyhříván buď v inkubátoru, to hlavně kvůli vlhkosti, nebo na vyhřívacím lůžku. Podpora sestřiček byla velká, ale od doktorů jsem se toho později moc nedozvěděla, důležité informace mi byly sděleny hned po porodu a poté už skoro nic.*

Měli jste s miminkem každodenní kontakt, aby mohlo docházet k dostatečné psychické stimulaci?

*V prvních dnech jsem neměla možnost být se synem déle než několik minut. Mohla jsem si ho jen pohladit, lékaři se obávali, aby nepřišel k nějaké infekci. Asi po týdnu jsem si ho mohla poprvé pochovat, sice jen na chvíli, ale konečně jsem měla pocit, že je můj a spolu to všechno zvládneme. Na dětskou JIP jsem chodila každý den, trávila jsem tam většinu času, nemohla jsem být někde jinde, pořád jsme musela myslet na Denise. Když už bylo synovi lépe, ležel i několik hodin na mé hrudi a spínal, myslím, že u mě byl nejklidnější a velice spokojený.*

Byla vám po propuštění z nemocnice nabídnuta nějaká následná péče? (rozvíjení psychiky a motoriky dítěte)

*Pediatr, který se po celou dobu staral o syna, nám doporučil navštívit neurologa. Při jeho návštěvě nám pan doktor předepsal cvičení na posílení svalů, docházeli jsme jednou za týden do ordinace k paní fyzioterapeutce a každý den jsme cvičili doma. Za několik týdnů se to velice zlepšilo a syn začínal držet hlavičku, pásl koníčky na bříšku. Ve dvou letech při návštěvě lékaře, jsem sdělila, že si myslím, že syn špatně vidí. Objednali jsme se tedy na oční a tam mu byla zjištěna oční vada retinopatie, proto syn nosí brýle.*

Jaký byl Váš psychický stav v době, kdy nemohlo být miminko s Vámi?

*Bylo to pro mě i pro přítele velice těžké. Hrozně jsem se trápila tím, že můj syn trpí a já nemohu být u něho. Hodně jsem si vyčítala to, že se musel na svět dostat tak brzy, i když mě lékaři ujišťovali, že to není má chyba, že se to tak někdy stává. Každá minuta s ním byla pro mě tou nejšťastnější, viděla jsem, že spinká a je „spokojený“.*

Jaká byla reakce partnera na danou situaci? Byl pro Vás oporou?

*Můj přítel se o miminko bál stejně jako já. Hodně jsme si spolu povídali a on mi pomáhal celou tu situaci přežít. Musím říct, že bez něj bych to asi těžko zvládala. Věděla jsem, že ať se stane cokoli, on bude mojí oporou a já se mám o koho opřít. Velmi mi pomáhalo, že se s ním můžu bavit otevřeně o stavu malého a počítali jsme i s možnými riziky.*

Jméno: **Filip**

Věk: 3 roky

Narozen: 31+4 týden gravidity

Porodní hmotnost: 1800 gramů

Současná diagnóza: zažívací potíže, koliky vlivem nedovyvinutých střev, hyperaktivita, opožděná jemná motorika, poruchy řeči

Matka: 33 let, vysokoškolské vzdělání, recepční ve firmě

Otec: 30 let, středoškolské vzdělání s maturitou, zástupce obchodního oddělení

Sourozenci: bratr 6 let, první třída základní školy

### **Osobní anamnéza:**

Dítě z II. Gravidity. Po porodu chlapec hned resuscitován. Nedovyvinutá střeva způsobila krvácení do stolice a průnik toxických látek do střev. Po propuštění z porodnice tři měsíční rehabilitace. V současnosti potíže s trávením, upravený jídelníček. Chlapec je hyperaktivní. Má opožděnou jemnou motoriku, doma cvičení s míčkem. Málo mluví, ale logoped byl doporučen až za rok, pokud se to nezlepší.

Rozhovor s matkou Filipa:

Měla jste v těhotenství nějaké zdravotní problémy a hrozilo riziko nedonošení dítěte? (průběh těhotenství, zdravotní problémy, léčba...)

*Těhotenství bylo od začátku problémové, nejprve jsem prožívala velké nevolnosti, kvůli kterým jsem musela později na pár dní do nemocnice, aby se zabránilo dehydrataci. Od 25. týdne jsem měla bolesti v podbřišku, můj gynekolog mě ujistil, že jde jen o roztahování dělohy, což může být někdy bolestivé. Při další návštěvě mi lékař sdělil, že mám slabé kontrakce a musím hned do nemocnice. V nemocnici jsem dostala léky na utlumení děložní činnosti a kortikoidy pro rychlejší zrání plic miminka. Díky lékům se zmírnily bolesti, plodová voda mi neodtekla a lékaři tvrdili, že to ještě na porod nevypadá. Druhý den se bolesti zase zvětšovaly a už přicházel porod. Bohužel tomu už nešlo zabránit a mě převezli na porodní sál. Pro miminko byl připravený inkubátor a všechny potřebné věci, celá řada neonatologů a pediatrů. Při porodu jsem měla hrozný strach. Filípek se narodil a hned na porodním sále musel být resuscitován, byl to nejhorší okamžik mého života. Když syna stabilizovali, byl hned převezen na novorozeneckou JIP.*

Byli jste po porodu dostatečně informováni o zdravotním stavu miminka a následné péči o něj?

*Vzhledem k mému psychickému stavu mi lékaři řekli více, než jsem v tu danou chvíli byla schopna zvládnout. Bylo mi sděleno, že by mohl Filip zemřít, kvůli velkým zdravotním a adaptačním problémům. Byla jsem naprosto vyčerpaná, lékaři mi nabídli léky na zklidnění, ale ty jsem odmítla. Filip byl na novorozenecké JIP v inkubátoru, první dny se mu docela dobře dařilo, ale jednu noc se to rapidně zhoršilo. Syn začal krváčet do stolice, vlivem nedovyvinutých střev- do střev se mu dostávaly toxické látky. Pediatr mu nasadil antibiotika a připravili mě na riziko, že pokud se to nezlepší, hrozí Filipovi vývod. Protože měl takové problémy, místo kojení byl vyživován sondou, která vedla přímo do žaludku. Po pár dnech se začal jeho zdravotní stav zlepšovat a zase mi byla vrácena naděje, že vše dobře dopadne.*

Měli jste s miminkem každodenní kontakt, aby mohlo docházet k dostatečné psychické stimulaci?

*Za Filipkem jsem docházela každý den, byla jsem v nemocnici týden, poté mě propustili domů, kvůli nedostatečné kapacitě oddělení. Doma jsem měla ještě druhého, v té době, tříletého syna. Na novorozeneckou JIP jsem dojížděla každý den, kde jsem trávila celé odpoledne. Po tu dobu, co jsem tam byla, jsem si ho mohla pochovat, přebalit, obléknout. Když byl jeho zdravotní stav stabilizovaný, přesunuli Filipka na vyhřívané lůžko. Tam jsem mu mohla přinést nějakou hračku a přístup k němu byl mnohem lepší, než když byl v inkubátoru. Přála jsem si, aby byl už s námi doma. Syn byl sám v nemocnici 17 dní a poté jsme si ho konečně mohli vzít domů.*

Byla vám po propuštění z nemocnice nabídnuta nějaká následná péče? (rozvíjení psychiky a motoriky dítěte)

*Chodila jsem se synem na cvičení, protože trpěl hypertenzí, trvalo to zhruba do roka. Poté byl jeho motorický vývoj úplně normální. Při cvičení Filip hodně plakal, někdy jsem s ním necvičila vůbec, protože jsem z toho byla psychicky unavená. Vzhledem k tomu, že měl stále špatné trávení, trpěl na koliky, několikrát musel být hospitalizován. I dnes musí mít upravenou stravu. Nikdo mi ještě nedokázal říci, zda bude někdy úplně v pořádku. Proto chodíme na preventivní prohlídky, zatím nedošlo k žádnému zhoršení. Mě byla nabídnuta péče psychologa, využila jsem ji několikrát, když jsem jezdila za Filipem do nemocnice. Velmi mi pomohlo se někomu svěřit a*

*popovídat si o svých problémech, musela jsem být silná kvůli Filipovi i kvůli synovi, který byl doma a potřeboval mě. Dnes cvičíme jemnou motoriku s míčkem, kroužkem, kreslíme, stavíme skládačky a podobně.*

Jaký byl Váš psychický stav v době, kdy nemohlo být miminko s Vámi?

*Můj psychický stav byl velmi špatný. Byly mi nabídnuty i léky na uklidnění, ale ty jsem odmítala. V době, kdy jsem docházela za synem na JIP jsem navštěvovala psychologa. Mým dalším hnacím motorem byl starší syn a manžel, musela jsem to zvládnout i kvůli nim. V nemocnici jsem se seznámila s maminkami, které měly také nedonošená miminka, pomáhalo mi, že v tom nejsem sama, že nejsem jediná, kdo má takové potíže. Povídala jsem si s nimi o zdravotním stavu dětí, rizikách ale i pokrocích a zlepšeních. I když to bylo nejtěžší období v mém životě, můžu říct, že díky tomu jsem si uvědomila, jak moc je pro mě rodina důležitá, že bych pro ni udělala cokoli. Před tím jsem brala věci jako by byly samozřejmé, ale až když přijde takový okamžik, zjistíte, že vše je křehké a proto si musíme vážit každé krásné chvílky, kterou nám život přinese.*

Jaká byla reakce partnera na danou situaci? Byl pro Vás oporou?

*Můj muž mi hodně pomáhal, hlavně s péčí o staršího syna, kterému jsem se nemohla naplno věnovat. Velkou oporou nám byli mi moji a manželovo rodiče, kteří se starali o domácnost, staršího syna a zařídili vše, co bylo potřeba.*

*Manžel dojížděl do nemocnice také skoro každý den po práci, musel být také vyčerpaný a unavený, ale nedával to na sobě znát. Stále mě utěšoval a byl tu hlavně pro nás.*

Jméno: **Roman**

Věk: 10 let

Narozen: 35+0 týden gravidity

Porodní hmotnost: 2350 gramů

Současná diagnóza: ADHD, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, neustálé záněty průdušek

Matka: 35 let, vyučena, pekařka

Otec: 38 let, vyučen, zedník

Sourozenci: sestra -14 let, základní škola

### **Osobní anamnéza:**

Chlapec z II. Gravidity. Roman měl po porodu velké potíže s dýcháním, byl napojen na plicní ventilátor. Po vyšetření se potvrdilo, že chlapec nemá dostatečně vyvinuté plíce. V současnosti trpí záněty průdušek, lékaři je přikládají právě tomu, že Roman neměl dozrálé plíce. Má velké problémy ve škole, trpí příznaky ADHD, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie. Nedokáže se ve škole soustředit, věci dělá bez rozmyšlení, má narušenou jemnou motoriku, křečovitě drží tužku. Špatně čte a píše, plete si písmenka a vynechává je, zaměňuje sčítání a odčítání.

Rozhovor s matkou Romana:

Měla jste v těhotenství nějaké zdravotní problémy a hrozilo riziko nedonošení dítěte? (průběh těhotenství, zdravotní problémy, léčba...)

*Těhotenství bylo naprosto v pořádku, chodila jsem na pravidelné prohlídky. Ve 35. týdnu mi praskla plodová voda, hned jsme s manželem jeli do porodnice do Hořovic. Pan doktor mi dal na vybranou, že mohu porodit v Hořovicích a syn bude převezen do Kladna na novorozeneckou JIP nebo že odrodím rovnou v Kladně. Moje volba byla jasná, záchranka mě převezla do Kladna. Měla jsem velké bolesti, ale porod nepostupoval, proto jsem dostala injekci na vyvolání porodu. Romča se narodil po dalších osmi hodinách.*

Byli jste po porodu dostatečně informováni o zdravotním stavu miminka a následné péči o něj?

*Hned po porodu jsem byla informována a zdravotním stavu syna i případných rizikách. Nejprve mi bylo řečeno, že je vše v pořádku a malý půjde do inkubátoru, jen aby nedošlo k podchlazení. Za půl hodiny za mnou na porodní sál přišel lékař, že se stav syna hodně zhoršil, špatně dýchá a musí ho připojit na plicní ventilaci.*

Měli jste s miminkem každodenní kontakt, aby mohlo docházet k dostatečné psychické stimulaci?

*Za synem jsme mohli chodit od rána do šesti do večera, ale byl připojen na plicní ventilaci, proto jsme si na něm mohli jen sáhnout a pohladit ho. Po týdnu jsme si ho mohli i pochovat. Manžel mi zaplatil pokoj v nemocnici, abych mohla za synem chodit každý den, manžel dojížděl po práci za námi.*

Byla vám po propuštění z nemocnice nabídnuta nějaká následná péče? (rozvíjení psychiky a motoriky dítěte)

*Půl roku jsme docházeli se synem na masáže, kvůli uvolnění svalstva. Romča trpěl záněty průdušek, proto jsme často navštěvovali pediatra. Když začal chodit do školy, dětská paní doktorka nám doporučila navštívit psychologa, kvůli nepozornosti a problémům ve škole. Tam se synem stále docházíme. Romča navštěvuje dětský klub, kde hrají s dětmi hry, trénují pozornost a podobně.*

Jaký byl Váš psychický stav v době, kdy nemohlo být miminko s Vámi?

*Moc mi pomohlo, že jsem měla v nemocnici svůj pokoj a u syna jsem mohla být respektive kdykoliv. Nedokážu si ani představit, že bych za synem dojížděla z domova a jinak by tam byl sám a já sama doma. Hodně bych se trápila tím, že mě syn potřebuje a já nemohu být s ním.*

Jaká byla reakce partnera na danou situaci? Byl pro Vás oporou?

*Můj manžel za námi jezdil každý den, velice jsem se na to vždycky těšila, byl to pro mě obrovský relax a hlavně jsem věděla, že jsme rodina a za chvíli budeme všichni pohromadě doma. Manžel byl smutný, že s námi nemůže trávit více času kvůli práci, ale i pár minut s ním mi vždycky moc pomohlo a dodalo sílu na další den.*



Jméno: **Viktorie** (viz příloha č. 5-7)

Věk: 19 měsíců

Narozena: 27+2 týden gravidity

Porodní hmotnost: 740 gramů

Současná diagnóza: hypotrofie jinak zdravotní stav bez problémů

Matka: 38 let, vyučena, prodavačka

Otec: 33 let, střední vzdělání s maturitou, obchodní manažer v Německu

Sourozenci: bratr: 17 let, střední škola, bratr: jeden měsíc

### **Osobní anamnéza:**

Dítě z II. Gravidity. Děvčátko se narodilo císařským řezem. Po porodu dobrý zdravotní stav, bez nutnosti oxygenoterapie. Po CT bylo zjištěno, že má těžce nezralý mozek. Umístění do inkubátoru, zejména pro potřebu vlhkého vzduchu a udržení stálé tělesné teploty. Výživa nejprve periferní žilou, později enterálně. Od 11. dne četnější ventilační problémy, proto byly předepsány léky a Coffeinová terapie. Od 14. dne po porodu nutné přísné hygienické podmínky kvůli zánětu oka, nasazena antibiotika. U dítěte se vyskytla dětská žloutenka, proto nutná fototerapie. Hospitalizace Viktorky trvala 63 dní, hmotnost při propuštění 1795 gramů. V současnosti diagnostikována hypotrofie, jinak bez zdravotních potíží.

### **Rozhovor s matkou Viktorie:**

Měla jste v těhotenství nějaké zdravotní problémy a hrozilo riziko nedonošení dítěte? (průběh těhotenství, zdravotní problémy, léčba...)

*Těhotenství bylo skoro od začátku problémové, v 5. týdnu jsem byla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení kvůli občasnému krvácení. Po propuštění bylo vše v pořádku až do 22. týdne, kdy mi odtekla plodová voda. Nejprve jsem byla hospitalizovaná v Hořovicích, ale není tam specializované oddělení pro těžce nezralé novorozence, proto jsem byla převezena do Prahy k Apolináři. Byly mi podávány léky na utlumení děložní činnosti. Druhý den jsem začala krvácet a po několika hodinách*

*jsem byla převezena na porodní sál, byl proveden porod císařským řezem. Viktorka byla hned převezena na novorozeneckou JIP.*

Byli jste po porodu dostatečně informováni o zdravotním stavu miminka a následné péči o něj?

*Po porodu jsem byla hned informována o stavu naší dcery. Dcerce byly provedeny vyšetření CT mozku a plic, krve a další. Lékaři mě ujistili, že ačkoliv je velmi nezralá má perfektní zdravotní stav, bez jakýkoliv potíží. Nezralý mozek prý postupně dozraje. Zda přijdou nějaké další obtíže, mi lékaři nebyli schopni říci.*

Měli jste s miminkem každodenní kontakt, aby mohlo docházet k dostatečné psychické stimulaci?

*V době, kdy jsem byla hospitalizovaná na oddělení, jsem za dcerou mohla kdykoliv. Po několika dnech jsem mohla začít s klokánkováním. Už ode dne porodu ji sestřičky balily do deky, kde se cítila jako v bříšku, tento druh stimulace se nazývá pelíškování. Moc se jí tam líbilo, stále spinkala. 11. den od porodu měla dcerka potíže s dýcháním a byla jí nasazena Coffeinová terapie. Já byla 15. den propuštěna z nemocnice, jelikož žijeme v Německu dojížděli jsme s manželem za dcerou jednou týdně, vozila jsem mateřské mléko, mohli jsme si ji pochovat, pohladit a podobně. Tři týdny před propuštěním dcery mě opět přijali do nemocnice, abych se naučila o Viktorku pečovat. Když to tedy shrnu, byl nám dovolen nepřetržitý kontakt s dcerou, ale vzhledem k tomu, že žijeme v zahraničí, jsme ho nemohli využít.*

Byla vám po propuštění z nemocnice nabídnuta nějaká následná péče? (rozvíjení psychiky a motoriky dítěte)

*Před propuštěním jsem byla poučena o péči. Následovala rehabilitace Vojtovou metodou, která trvala půl roku, a poté bylo vše v pořádku. Jinou péči jsem nevyhledávala, protože nebyly žádné problémy. Jen chodíme na častější kontroly k pediatrovi, který hlídá zdravotní stav Viktorky.*

Jaký byl Váš psychický stav v době, kdy nemohlo být miminko s Vámi?

*Vzdálenost mezi námi a Viktorou byla velká. Bylo mi líto, že si ji nemůžeme odvést domů, jako si maminky odvážely svá miminka. Bylo mi smutno, ale byla jsem si jistá, že vše dobře dopadne a proto jsem ani nemyslela na nějaká rizika a hororové konce.*

Jaká byla reakce partnera na danou situaci? Byl pro Vás oporou?

*Můj manžel vše prožíval se mnou, ale nepřipouštěli jsme si, že by mohly nastat nějaké komplikace. Moc jsme se těšili, až si naši malou odvezeme domů a budeme všichni pohromadě.*

## Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na ranou péči nedonošených dětí. Je zdůrazňována důležitost včasné péče pro zabránění a minimalizaci zdravotních a psychických rizik a problémů. Práci bylo potvrzeno, že v současnosti se klade velký důraz i na psychický vývoj nezralého novorozence. Mnoho zdravotních pracovníků se soustředí na zkvalitnění zdravotního i psychického stavu dítěte.

Teoretická část se zabývá vymezením a objasněním nejdůležitějších pojmů, čímž jsou prenatální období, porod, novorozenec narozený v termínu a předčasně, raná péče o nedonošeného jedince a psychický stav rodičů, prožívajících náročnou životní situaci. Největší snahou bylo uvést systém nejkvalitnější rané péče o nezralého novorozence a všechny její složky.

V praktické části byla využita kvalitativní forma výzkumu. Výzkum se zabýval stavem a péčí o předčasně narozeného jedince, byl směřován do rodin těchto dětí. Přiblížen byl stav matek v době těhotenství a problémy, které vedly k předčasnému porodu. Práce se zabývá následnou péčí o dítě, jaké typy a způsoby rané péče byly používány, zda byl kontakt s dítětem častý či nikoliv. Důležitý byl i pohled na psychický stav rodičů a jejich zvládnutí zátěžové situace.

Případové studie jsou zaměřené na nezralé jedince, narozené v různém gestačním věku trpící v současnosti odlišnými problémy.

Polostandardizované rozhovory byly prováděny s matkami předčasně narozených dětí. Jejich odpovědi na otázky byly volné a byla zde možnost vyjádření se k životní situaci.

Pro eliminaci předčasných porodů je důležitá prevence. I přes to, že je v současnosti medicína vyspělá a dokáže zachránit i velmi malé děti, stále by těhotenství mělo trvat 40. týdnů, aby nedocházelo k poruchám a postižením.

Pokud k předčasnému porodu dojde, je nutné dítěti zabezpečit takové prostředí, které ho nebude stresovat a zajistí mu správný vývoj a kvalitní budoucí život. V prvních dnech a týdnech po porodu je péče klíčová. Zdravotní stav je primární a musí být zajištěn bezprostředně po porodu. Postupně by se měla přidávat i psychická stimulace, do které by měli být zahrnuti i rodiče, aby docházelo ke vzájemné interakci mezi nimi a dítětem.

## **Resumé**

Bakalářská práce je zaměřena na předčasně narozené novorozence a ranou péči. V teoretické části jsou vymezeny vývojové fáze plodu, porod, novorozenec zralý a nezralý. Autorka mapuje různé druhy rané péče, od zajištění zdravotního stavu po rozvoj vazby mezi matkou a dítětem a zdravým psychickým vývojem jedince. Zdůrazňuje pozitivní vliv vhodné terapie na budoucí vývoj a kvalitu života dítěte. V celé práci se prolínají dva pohledy na tuto problematiku, psychologický a zdravotnický.

Praktická část ověřuje informace z části teoretické. V této části se autorka věnuje pěti konkrétním případům předčasně narozených dětí. Tato část obsahuje případové studie nedonošených jedinců a rozhovory s jejich matkami.

## **Summary**

This thesis is focused on the premature newborns and subsequent child care. The theoretical part defines the development stages of the foetus, childbirth, immature and mature newborns. The author describes different types of early child care, from securing its health to development of the bond between mother and child, as well as healthy psychological development of the individual. It emphasizes the positive impact of the suitable therapy on the future development and quality of children's life. This work aims to analyse the case from two different points of view, psychological and medical.

The practical part subsequently upholds the thesis of the theoretical part. In this section, the author describes five specific cases of premature birth. This section contains studies of cases of premature subjects as well as interviews with their mothers.

## Seznam literatury

### **Knižní publikace:**

BINDER, Tomáš a kol., 2011. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 297 s.

ISBN 978-80-246-1709-1

BOREK, Ivo a kol., 2001. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*.

2. vyd. doplň. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 328 s.

ISBN 80-7013-338-4

DITTRICHOVÁ, Jaroslava, PAPOUŠEK, Mechthild, PAUL, Karel a kol., 2004. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s.

ISBN 80-247-0399-8

DOKOUPILOVÁ, Milena, FIŠÁRKOVÁ, Barbora, NOVOTNÁ, Lenka a kol., 2009. *Narodilo se předčasně*. 1. vyd. Praha: Portál. 320 s.

ISBN 978-80-7367-552-3

DORT, Jiří a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. 1. vyd.

Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. 238 s.

ISBN 978-80-7043-944-9

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo a kol., 2012. *Intenzivní péče o novorozence*.

2. vyd. přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 447 s.

ISBN 978-80-7013-547-1

FRIEDLOVÁ, Karolína, SODOMKOVÁ, Michaela, 2013. *Koncept bazální stimulace a jeho využití v intenzivní neonatologické ošetrovatelské péči*. Časopis Diagnóza.

HÁJEK, Zdeněk a kol., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd.

Praha: Grada. 444 s.

ISBN 80-247-0418-8

HAŠPLOVÁ, Jana, 2006. *Masáže dětí a kojenců*. 3. rozš. vyd. Praha: Portál. 120 s.

ISBN 80-7367-125-5

JANOV, Arthur, 2012. *Prvotní otisky*. 1. vyd. Praha: Maitrea. 433 s.

ISBN 978-80-87249-28-4

KLÍMA, Jiří a kol., 2003. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia. 320 s.

ISBN 80-86432-38-6

KUDELA, Milan a kol., 2004. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd.

Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 273 s.

ISBN 80-244-0837-6

KURIC, Jozef a kol., 1986. *Ontogenetická psychologie*. 1. vyd.

Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 264 s.

LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vyd.

Praha: Grada. 368 s.

ISBN 978-80-247-1284-0

LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd.

Praha: Grada. 988 s.

ISBN 80-247-0668-7

NOVOTNÁ, Lenka a kol., 2012. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.

ISBN 978-80-261-0115-4

PAULÍK, Karel, 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada. 240 s.

ISBN 978-80-247-2959-6

POUTHAS, Viviane, JOUEN, Francois, 2000. *Psychologie novorozence*. 1. vyd.

Praha: Grada. 288 s.

ISBN 80-7169-960-8

ROZTOČIL, Aleš a kol., 1996. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 274 s.

ISBN 80-7013-230-2

ROZTOČIL, Aleš a kol., 2001. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 333 s.

ISBN 80-7013-339-2

SEARS, William, SEARSOVÁ, Martha, 2012. *Kontaktní rodičovství*. 1. vyd.

Praha: Argo. 288 s.

ISBN 978-80-257-0597-1

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd.

Praha: Grada. 272 s.

ISBN 978-80-247-3373-9

STERN, Daniel N., 2007. *První vztah*. 1. vyd. Dobra. 174 s.



ISBN 978-80-806459-54-7

ŠULOVÁ, Lenka, 2010. *Raný psychický vývoj dítěte*. 2. vyd. Praha: Karolium. 245 s.

ISBN 978-80-246-1820-3

ŠVEJCAR, Josef, 2003. *Péče o dítě*. 1. vyd. Praha: Brain team.

ISBN 978-80-87109-14-4

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie dětství a dospívání*. 2. doplň. vyd. Praha: Karolinum. 531 s.

ISBN 978-80-246-2153-1

### **Internetové zdroje:**

ČESKOSLOVENSKÁ REHABILITAČNÍ SPOLEČNOST DR. VOJTY. *Vojtova metoda, Václav Vojta*. [online]. [cit. 1.3.2014]. Dostupné z:

<http://www.vojtovaspolecnost.cz/vmetoda.php> ,

<http://www.vojtovaspolecnost.cz/vv.php>

DOKOUPILOVÁ, Milena, 2013. *Předčasně narozené děti*. [online]. 11.4.

[cit. 6.2.2014]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/predcasne-narozene-deti>

INTERNATIONALE VOJTA GESELLSCHAFT. *Terapie podle Vojty*. [online].

[cit. 1.3.2014]. Dostupné z:

[http://www.vojta.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2&Itemid=9&lang=cs](http://www.vojta.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=9&lang=cs)

JURČOVÁ, Eva, 2012. *Resuscitace novorozence*. [online].

14.3. [cit.4.1.2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/resuscitace-novorozence-463867>

MAMILA, 2013. *Materská starostlivosť klokanovaním (KMC)*. [online]. [cit. 2.3.2014]. Dostupné z: <http://www.mamila.sk/pre-matky/dojcenie-a/klokankovanie/>

MIMÍSKOVÉ, 2009. *Klokánkování*. [online]. [cit. 20.2.2014]. Dostupné z: <http://mimiskove.webnode.cz/nedonosene-deti/klokankovani/>

MIMÍSKOVÉ, 2009. *Masáže předčasně narozených dětí*. [online]. [cit. 20.2.2014]. Dostupné z: <http://mimiskove.webnode.cz/nedonosene-deti/masaze-predcasne-naroznych-deti/>

NEDOKLUBKO. *Cíle sdružení a historie*. [online]. [cit. 20.2.2014]. Dostupné z: <http://nedoklubko.cz/o-nas/historie/>, <http://nedoklubko.cz/o-nas/cile-sdruzeni/>

*Novorozenec*. [online]. 2007. [cit. 15.2.2014].

Dostupné z: <http://www.novorozenec.wz.cz/novorozenec.htm>

SAADOUNI, Štěpánka, 2010. *Nový způsob péče v brodské nemocnici: peliškování*. [online]. 1.7. [cit.15.2.2014]. Dostupné z: [http://havlickobrodsky.denik.cz/zpravy\\_region/20100630nemocnice.html](http://havlickobrodsky.denik.cz/zpravy_region/20100630nemocnice.html)

## **Přílohy**

Příloha č. 1 (Informace o anamnéze, porodu a hospitalizace Matěje)

**Propouštěcí zpráva**

Hospitalizace od 02.04.2013 20:38:00 do 26.4.2013 na odd. neonatologie s IMP Nemocnice Hořovice

**OA:**

matka:

migreny od 12 let, jinak zdráva

otec: Pavel, zdrav

sourozenci: 0

**Perinatální anamnéza:**

I/I, grav., ve 27.tt. hospit. pro zakrvácení, přijata ve 32+5 g.t.(dle UZ již od 7.g.t., dle menses 35.g.t.) pro zakrvácení, odběry nezánětlivé, podána 1 dávka Diprophosu, během 2 hod po počátečním zklidnění došlo k dalšímu krvácení, proto porod akutním císař.řezem v celk.anestezii,

vyšetření: KS matky: 0 Rh pozitivní, BWR,HIV,HBsAg: vše negativní; GBS: nejištěno

**Porod:**

Způsob: císař.řezem  
Porodní hmotnost: 2150g  
AS: 4 - 7 - 8

gestační týden: 32+5  
porodní délka: neměřena  
pH pup. arterie: 7,4

**Průběh hospitalizace:**

Sředně nezralý chlapec s horší poporodní adaptací. Po vybavení zakřičel, odsáty HDC, aplikován PEEP přes Neopuff, nepravidelná dech.aktivita, v.s. farmakolog.útlum, nutná taktiční stimulace, přenesen na oddělení, kde pokračováno v distenzní podpoře nCPAP, zpočátku bez nutnosti oxygenoterapie. Vstupní laboratoř nezánětlivá. Grunting ustupuje během 1 hod. Od 12 hodiny života progresse ventilačních nároků, zhoršené prokrvení, v kontrolní laboratoři zánětlivé změny, nasazena dvojkombinace atb - Ampicilin, Gentamicin. Nároky na FiO2 až 0,35 v 36 hod života, rtg odpovídá střednímu RDS. Od 09. hod. života pouze na vzduchu. A 7. den života bylo možno nCPAP vysadit. Antibiotika vysazena po 5 dnech po zlepšení celk.stavu, negativité mikrobiol.odběrů a normalizaci krev.obrazu. Pro ikterus dva dny fototerapie

V 1. hod života zahájeno časné krmění, stravu toleroval. Bylo možno plynule zvyšovat dávky. Zpočátku krměn sondou, postupně zkoušena savička a přikládán k prsu. Maximální úbytek hmotnosti 7.den na 1860g. Laktace nebyla dostatečná, proto dokrmován hyperkalorickou formulí Nenatal, před propuštěním převeden na Nutrilon HA.

Před propuštěním pravidelně prospívá, částečně kojený a dokrmován odstříkaným MM a Nutrilonem HA. Maminka hospitalisovaná na pokoji typu rooming in, je plně zacvičena do péče o chlapce včetně reflexní rehabilitace. Odběry v normě, jen postupně klesá hematokrit, zatím bez nutnosti řešení. Úporné perianální intertrigo se pomalu hojí, ošetřováno lokálně Genc.violetí a Pytíolem s Vigantolem gtt.

V celkově dobrém stavu chlapečka propouštíme do domácí péče. Maminka je poučena, poučení rozumí.

**Vyšetření:**

**KS: 0 Rh pozitivní** Coombs neg.

**KO:** Hemoglobin [HGB]: 174, 174, 148 g/l ... (25.4.) 110, Hematokrit [HCT]: 0.52, 0.52, 0.45... (25.4.) 0.34, Leukocyty př. [WBC]: 8.6, 17.8, 14.2... (25.4.) 9.7 10<sup>9</sup>/l, Erytrocyty př. [RBC]: 4.55, 4.58, 4.03 ... (25.4.) 3.18 10<sup>12</sup>/l, Trombocyty př. [PLT]: 250, 326, 315 ... (25.4.) 460 10<sup>9</sup>/l, Segmenty: 0.50, 0.73, 0.69 ... (25.4.) 0.33, Tyče: 0.02, 0.03, 0.01 ... (25.4.) 0, Lymfocyty: 0.42, 0.10, 0.22 ... (25.4.) 0.50, Monocyty: 0.03, 0.11, 0.08 ... (25.4.) 0.13, Eozinofily: 0.03, 0.02, 0.00 ... (25.4.) 0.04, Bazofily: 0.00, 0.11, 0.00 1, Metamyelocyty: 0.01 1

**Biochemie:** Bil.novorozenecký: 34, 178, 228 umol/l, CRP: 0.3, 0.3, 11.4 mg/l, Prokalcitonin: 0.11, 17.30, 2.87 ug/l

**25.4.:** urea 2,1, P 2,18, Ca 2,49, ALP 5,39, CRP 2,5 mg/l

**Mikrobiologie:** výtěr ucho, žaludek, stolice - negat.

**Rtg S+P:** změny odpovídají střednímu RDS

**UZV ledvin:** normální nález

Příloha č. 2 (Matěj byl první dny po porodu připojen na plicní ventilaci a umístěn v inkubátoru)



Příloha č. 3 (Matěj prodělal novorozeneckou žloutenku a podstupoval léčbu fototerapií)



Příloha č. 4 (Krmení Matěje sondou)



Příloha č. 5 (Viktorka v inkubátoru)



Příloha č. 6 (Koupání Viktorky)



Příloha č. 7 (Viktorka v náručí maminky)

