

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Marie Koželuhová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Marie Koželuhová

Studijní obor: Fyzioterapie 5342R004

**SLEDOVÁNÍ HANDLINGU DÍTĚTE U VYBRANÝCH
AKTIVIT VŠEDNÍHO DNE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Obytová

PLZEŇ 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30.4. 2020

.....

vlastnoruční podpis

ABSTRAKT

Příjmení a jméno: Koželuhová Marie

Katedra: Rehabilitačních oborů

Název práce: Sledování handlingu dítěte u vybraných aktivit všedního dne

Vedoucí práce: Mgr. Petra Obytová

Počet stran – číslované: 109

Počet stran – nečíslované: 27

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 40

Klíčová slova: Handling, dítě, vybrané aktivity dne

Vlastní text:

Moje bakalářská práce se zabývá sledováním handlingu dítěte u vybraných aktivit všedního dne. V teoretické části popisuji psychomotorický vývoj dítěte – jeho normu a odchylky od normy a shrnuji dostupné poznatky o handlingu dětí ve vybraných aktivitách všedního dne. Zaměřuji se hlavně na sledování handlingu u zdravého dítěte, ale i u toho může nevhodná manipulace vyvolat odchylky v psychomotorickém vývoji.

Tyto poznatky pak aplikuji na skupinku sledovaných dětí a jejich rodičů a zjištěné poznatky jsou následně uvedeny v praktické části bakalářské práce. Dále se snažím zmapovat informovanost rodičů o adekvátním a neadekvátním handlingu. Cílem praktické části je sledovat handling vývojově zdravých dětí, zhodnotit zručnost rodičů a všimnout si odchylek ve vývoji u nesprávné formy handlingu.

ABSTRAKT

Surname and name: Koželuhová Marie

Department: Department of Rehabilitation Sciences

Title of thesis: Observing children's manual handling in select every day activities

Consultant: Mgr. Petra Obytová

Number of pages – numbered: 109

Number of pages – unnumbered: 27

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 40

Keywords: manual handling, childrens, day activities

Summary:

My bachelo's thesis is concered with the observong of children's manual handling in select everyday activities. The theoretical part describe psychomotor development of the child – its norm and deviation from the norm also summarizes accessible knowledge of children's manual handlinh in select everyday activities.I mainly focus on observing manual handling of healthy children, in whom even inappropriate manipulation can evoke deviation in psychomotor development.

I then apply this knowledge to a group of observed children and their parents. The acquired knowledge is presented in the practical part of the bachelor's thesis. The aim of the practical part is to observe the manual handling of developmentally healthy children, assess the ability of the parents, and také note of deviations in development with improper forms of handling.

PŘEDMLUVA

Ve své bakalářské práci se věnuji sledování handlingu dítěte prováděnému rodiči či dalšími členy rodiny u vybraných aktivit všedního dne.

Snáží se zmapovat informovanost rodičů o handlingu malých dětí.

Dále jsem sledovala vliv adekvátního a neadekvátního handlingu na psychomotorický vývoj dítěte.

Poděkování:

Děkuji paní magistře Obytové za ochotu, vstřícnost a za odborné vedení mé práce.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM ZKRATEK	16
SEZNAM TABULEK	18
SEZNAM GRAFŮ	18
ÚVOD.....	19
TEORETICKÁ ČÁST.....	21
1. PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ	21
1.1. První trimenon	21
1.2. Druhý trimenon	25
1.3. Třetí trimenon	26
1.4. Čtvrtý trimenon	28
2. FAKTORY, KTERÉ MOHOU NEGATIVNĚ OVLIVNIT PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE.....	29
2.1. Handling navozující predilekční držení hlavičky a následně celého těla.....	29
2.2. Nesprávný handling.....	30
2.3. Nevhodné užívání pomůcek	30
3. ODCHYLKY VE VÝVOJI DÍTĚTE.....	32
3.1. Tonusové syndromy	32
3.2. Predilekce hlavičky	33
3.3. Centrální koordinační porucha (CKP).....	33
4. ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE	34
4.1. APGAR skóre.....	34
4.2. Anamnéza	34
4.3. Posturální aktivita.....	35
4.4. Posturální reaktivita.....	35
4.5. Vyšetření a zhodnocení svalového tonu	38
4.6. Primitivní reflexologie.....	38
5. HANDLING DÍTĚTE	42
5.1. Základy správného handlingu.....	42
5.2. Handling v rámci activity daily living (ADL).....	43
PRAKTICKÁ ČÁST	49
6. CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	49
7. HYPOTÉZY	50
7.1. Metody objektivizace hypotéz:.....	50
8. CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	51

9. KAZUISTIKY	52
9.1. Kazuistika I.....	52
9.2. Kazuistika II.	71
9.3. Kazuistika III.....	91
10. DOTAZNÍK	112
DISKUZE.....	122
ZÁVĚR.....	126
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	128
SEZNAM PŘÍLOH	133
PŘÍLOHY	134

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Svlékání J 1.1.	53
Obrázek 2 – Svlékání j 1.2.	53
Obrázek 3 – Svlékání J 1.3.	53
Obrázek 4 – Svlékání J 1.4.	53
Obrázek 5 – Přebalování J 1.1.	54
Obrázek 6 – Přebalování J 1.2.	54
Obrázek 7 – Přebalování J 1.3.	54
Obrázek 8 – Aktivní čas J 1.1.	54
Obrázek 9 – Aktivní čas J 1.1.	54
Obrázek 10 – Aktivní čas J 1.3.	54
Obrázek 11 – Uvedení do vody J 1.1.	55
Obrázek 12 – Uvedení do vody J 1.2.	55
Obrázek 13 – Pobyť ve vodě J 1.1.	56
Obrázek 14 – Pobyť ve vodě J 1.2.	56
Obrázek 15 – Kojení J 1.1.	56
Obrázek 16 – Krmení J 1.1.	56
Obrázek 17 – Předávání J 1.1.	57
Obrázek 18 – Předávání J 1.1.	57
Obrázek 19 – Předávání J 1.2.	57
Obrázek 20 – Nošení J 1.1.	58
Obrázek 21 – Nošení J 1.2.	58
Obrázek 22 – Nošení J 1.3.	58
Obrázek 23 – Nošení J 1.4.	58
Obrázek 24 – Svlékání J 2.1.	59
Obrázek 25 – Svlékání J 2.2.	59
Obrázek 26 – Svlékání J 2.3.	59
Obrázek 27 – Přebalování J 2.1.	60
Obrázek 28 – Přebalování J 2.2.	60
Obrázek 29 – Přebalování J 2.3.	60
Obrázek 30 – Přebalování J 2.4.	60
Obrázek 31 – Aktivní čas J 2.1.	61
Obrázek 32 – Aktivní čas J 2.2.	61
Obrázek 33- Aktivní čas J 2.3.	61
Obrázek 34 – Uvedení do vody J 2.1.	61
Obrázek 35 – Uvedení do vody J 2.2.	61

Obrázek 36 – Pobyt ve vodě J 2.1.	61
Obrázek 37 – Kojení J 2.1.	63
Obrázek 38 – Krmení J 2.1.	63
Obrázek 39 – Předávání J 2.1.	63
Obrázek 40 – Nošení J 2.1.	64
Obrázek 41 – Nošení J 2.2.	64
Obrázek 43 – Svlékání J 3.1.	65
Obrázek 44 – Svlékání J 3.2.	65
Obrázek 45 – Svlékání J 3.3.	65
Obrázek 46 – Přebalování J 3.1.	65
Obrázek 47 – Přebalování J 3.2.	65
Obrázek 48 – Přebalování J 3.3.	66
Obrázek 49 – Přebalování J 3.4.	66
Obrázek 50 – Aktivní čas J 3.1.	66
Obrázek 51 – Aktivní čas J 3.2.	66
Obrázek 52 – Aktivní čas J 3.3.	66
Obrázek 53 – Uvedení do vody J 3.1.	67
Obrázek 54 – Uvedení do vody J 3.2.	67
Obrázek 55 – Pobyt ve vodě J 3.1.	68
Obrázek 56 – Pobyt ve vodě J 3.2.	68
Obrázek 57 – Kojení J 3.1.	69
Obrázek 58 – Krmení J 3.1.	69
Obrázek 59 – Předávání J 3.1.	69
Obrázek 60 – Nošení J 3.1.	70
Obrázek 61 – Svlékání M 1.1.	72
Obrázek 62 – Svlékání M 1.2.	72
Obrázek 63 – Svlékání M 1.3.	72
Obrázek 64 – Přebalování M 1.1.	72
Obrázek 65 – Přebalování M 1.2.	72
Obrázek 66 – Přebalování J 1.3.	72
Obrázek 67 – Aktivní čas M 1.1.	73
Obrázek 68 – Aktivní čas M 1.2.	73
Obrázek 69 – Aktivní čas M 1.3.	73
Obrázek 70 – Uvedení do vody M 1.1.	74
Obrázek 71 – Pobyt ve vodě M 1.1.	74
Obrázek 72 – Pobyt ve vodě M 1.2.	74
Obrázek 73 – Kojení M 1.1.	75

Obrázek 74 – Kojení M 1.2.	75
Obrázek 75 – Předávání M 1.1.	76
Obrázek 76 – Předávání M 1.2.	76
Obrázek 77 – Nošení M 1.1.	76
Obrázek 78 – Nošení M 1.2.	76
Obrázek 79 – Nošení M 1.3.	77
Obrázek 80 – Nošení M 1.4.	77
Obrázek 81 – Svlékání M 2.1.	78
Obrázek 82 – Svlékání M 2.2.	78
Obrázek 83 – Svlékání M 2.3.	78
Obrázek 84 – Svlékání M 2.4.	78
Obrázek 85 – Přebalování M 2.1.	79
Obrázek 86 – Přebalování M 2.2.	79
Obrázek 87 – Přebalování M 2.3.	79
Obrázek 88 – Aktivní čas M 2.1.	79
Obrázek 89 – Aktivní čas M 2.2.	79
Obrázek 90 – Aktivní čas M 2.3.	79
Obrázek 91 – Uvedení do vody M 2.1.	80
Obrázek 92 – Uvedení do vody M 2.2.	80
Obrázek 93 – Pobyť ve vodě M 2.1.	81
Obrázek 94 – Pobyť ve vodě M 2.2.	81
Obrázek 95 – Kojení M 2.1.	81
Obrázek 96 – Kojení M 2.2.	81
Obrázek 97 – Předávání M 2.1.	82
Obrázek 98 – Předávání M 2.2.	82
Obrázek 99 – Nošení M 2.1.	83
Obrázek 100 – Nošení M 2.2.	83
Obrázek 101 – Svlékání M 3.1.	84
Obrázek 102 – Svlékání M 3.2.	84
Obrázek 103 – Svlékání M 3.3.	84
Obrázek 104 – Svlékání M 3.4.	84
Obrázek 105 – Přebalování M 3.1.	85
Obrázek 106 – Přebalování M 3.2.	85
Obrázek 107 – Přebalování M 3.3.	85
Obrázek 108 – Přebalování M 3.4.	86
Obrázek 109 – Aktivní čas M 3.1.	86
Obrázek 110 – Aktivní čas M 3.2.	86

Obrázek 111 – Aktivní čas M 3.3.	86
Obrázek 112 – Uvedení do vody M 3.1.	86
Obrázek 113 – Uvedení do vody M 3.2.	86
Obrázek 114 – Pobyť ve vodě M 3.1.	87
Obrázek 115 – Pobyť ve vodě M 3.2.	87
Obrázek 116 – Kojení M 3.1.	88
Obrázek 117 – Kojení M 3.2.	88
Obrázek 118 – Krmení M 3.1.	88
Obrázek 119 – Předávání M 3.1.	88
Obrázek 120 – Nošení M 3.1.	89
Obrázek 121 – Nošení M 3.2.	89
Obrázek 122 – Svlékání D 1.1.	92
Obrázek 123 – Svlékání D 1.2.	92
Obrázek 124 – Svlékání D 1.3.	92
Obrázek 125 – Svlékání D 1.4.	92
Obrázek 126 – Přebalování D 1.1.	93
Obrázek 127 – Přebalování D 1.2.	93
Obrázek 128 – Přebalování D 1.3.	93
Obrázek 129 – Přebalování D 1.4.	93
Obrázek 130 – Aktivní čas D 1.1.	94
Obrázek 131 – Uvedení do vody D 1.1.	95
Obrázek 132 – Pobyť ve vodě D 1.1.	95
Obrázek 133 – Pobyť ve vodě D 1.2.	95
Obrázek 134 – Kojení D 1.1.	96
Obrázek 135 – Nošení D 1.1.	97
Obrázek 136 – Nošení D 1.2.	97
Obrázek 137 – Nošení D 1.3.	97
Obrázek 138 – Svlékání D 2.1.	98
Obrázek 139 – Svlékání D 2.2.	98
Obrázek 140 – Svlékání D 2.3.	98
Obrázek 141 – Svlékání D 2.4.	98
Obrázek 142 – Přebalování D 2.1.	99
Obrázek 143 – Přebalování D 2.2.	99
Obrázek 144 – Přebalování D 2.3.	99
Obrázek 145 – Aktivní čas D 2.1.	100
Obrázek 146 – Aktivní čas D 2.2.	100
Obrázek 147 – Aktivní čas D 2.3.	100

Obrázek 148 – Aktivní čas D 2.4.	100
Obrázek 149 – Uvedení do vody D 2.1.	101
Obrázek 150 – Uvedení do vody D 2.2.	101
Obrázek 151 – Pobyť ve vodě D 2.1.	101
Obrázek 52 – Pobyť ve vodě D 2.2.	101
Obrázek 153 – Kojení D 2.1.	102
Obrázek 154 – Předávání D 2.1.	103
Obrázek 155 – Předávání D 2.2.	103
Obrázek 156 – Nošení D 2.1.	103
Obrázek 157 – Nošení D 2.2.	103
Obrázek 158 – Nošení D 2.3.	103
Obrázek 159 – Svlékání D 3.1.	105
Obrázek 160 – Svlékání D 3.2.	105
Obrázek 161 – Svlékání D 3.3.	105
Obrázek 162 – Svlékání D 3.4.	105
Obrázek 163 – Přebalování D 3.1.	106
Obrázek 164 – Přebalování D 3.2.	106
Obrázek 165 – Přebalování D 3.3.	106
Obrázek 166 – Aktivní čas D 3.1.	107
Obrázek 167 – Aktivní čas D 3.2.	107
Obrázek 168 – Aktivní čas D 3.3.	107
Obrázek 169 – Aktivní čas D 3.4.	107
Obrázek 170 – Uvedení do vody D 3.1.	108
Obrázek 171 – Uvedení do vody D 3.2.	108
Obrázek 172 – Pobyť ve vodě D 3.1.	108
Obrázek 173 – Kojení D 3.1.	109
Obrázek 174 – Předávání D 3.1.	110
Obrázek 175 – Nošení D 3.1.	110
Obrázek 176 – Nošení D 3.2.	110

SEZNAM ZKRATEK

ABD – abdukce

ADD – addukce

ADL – activity daily living

Atd. – a tak dále

ATŠR – asymetrické tonické šíjové reflexy

CKP – centrální koordinační porucha

CNS – centrální nervová soustava

DF – dorzální flexe

DK – dolní končetina

DKK – dolní končetiny

EXT – extenze

FL – flexe

GER – gastroezofagiální reflux

HK – horní končetina

HKK – horní končetiny

KOL – kolenní kloub

KYK – kyčelní kloub

m. – musculus

MEH – mediální epicondyl humeru

PF – plantární flexe

PMV – psychomotorický vývoj dítěte

SIDS – syndrom náhlého úmrtí kojenců

STŠR – symetrické tonické šijové reflexy

Tzv. – to znamená

VDT – vadné držení těla

VR – vnitřní rotace

VVV – vrozené vývojové vady

ZR – zevní rotace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Věk dítěte	112
Tabulka 2 – Správný psychomotorický vývoj.....	113
Tabulka 3 – Informace o správném vývoji.....	114
Tabulka 4 – Návštěva dětského fyzioterapeuta.....	115
Tabulka 5 – Praktická prohlídka u dětského fyzioterapeuta	115
Tabulka 6 – Handling	116
Tabulka 7 – Informace o správném zacházení s dítětem	117
Tabulka 8 – Informace	118
Tabulka 9 – Vliv na vývoj.....	119
Tabulka 10 – Mobilní pomůcky	120

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Věk dítěte	112
Graf 2 – Správný psychomotorický vývoj	113
Graf 3 – Informace o správném vývoji	114
Graf 4 – Návštěva dětského fyzioterapeuta.....	115
Graf 5 – Praktická prohlídka u dětského fyzioterapeuta	116
Graf 6 – Handling.....	117
Graf 7 – Informace o správném zacházení s dítětem	118
Graf 8 – Informace	119
Graf 9 – Vliv na vývoj.....	120
Graf 10 – Mobilní pomůcky	121

ÚVOD

Pod slovem handling neboli manipulace se skrývá celá řada úkonů, které jsou během celého dne rodiči vykonávány, a jejichž důležitost si mnohdy ani zdaleka neuvědomujeme. Jeho význam spočívá především v každodenním působení na smysly i pohybovou soustavu dítěte. Zařadit sem můžeme zvedání, chování či přetáčení, polohování, ale i manipulaci, kdy umístíme dítě do různých chodítek, lehátek, nosítek. (Bergen, 2009)

Jakákoliv manipulace může pozitivně či negativně ovlivnit vývoj dítěte.

Vývoj dítěte je ovlivňován už v děloze matky. Budoucí matky si to často neuvědomují, ale dítě nezná význam slova strach či stres, ale nepohodu své maminky vycítí velmi jednoduše. Často si neuvědomujeme, že mnoho těchto strachů vyvolává v maminkách čtení nevhodných strašidelných článků někde na internetu či v časopisu. Důležité je věřit své intuici, a když už číst, tak články, které jsou vědecky podložené.

Příchod na svět je jeden z nejtěžších a nejnáročnějších zážitků nejen pro matku, ale také hlavně pro dítě. Dítě po dobu 10 lunárních měsíců bylo v klidném, teplém a bezpečném prostředí v děloze matky a najednou se musí adaptovat na náš svět, který je plný neznámých a často dráždivých podnětů. Proto je důležité se dítěte beze strachu dotýkat a provádět s ním po celý den cílenou pomalou a sebevědomou manipulaci.

Správné zacházení hraje roli i v rozvoji rovnováhy, koordinace pohybů a orientačních dovedností dítěte. Proto bychom rozhodně neměli žádné pohybové vzorce dělat za dítě. Pomocí správné manipulace dítěti pouze pomáháme se správně rozvíjet. Každé dítě je jiné, je originál, proto každé potřebuje pro naučení se určitého pohybového vzorce jiný časový úsek.

V dnešní době existuje mnoho zdrojů, kde se dají čerpat poznatky o celkovém psychomotorickém vývoji dítěte, ale ohledně handlingu bývají informace kusé a neúplné a rodiče často tápou. Často bývají přehlaceni mírou teoretických informací, ale praktické zkušenosti s dennodenní manipulací dítěte nemají kde získat a musí se je s vývojem dítěte teprve naučit.

Správný handling je přitom pro další vývoj dítěte velmi důležitý a nevhodná manipulace může dítě negativně ovlivnit. Nejedná se jen o aktivní manipulaci s dítětem, ale také o využívání různých pomůcek. Tyto pomůcky jsou často zbytečné, nepraktické a bohužel negativně ovlivňují psychomotorický vývoj u jinak fyziologicky zdravého dítěte.

Proto je velmi důležité nastudovat si a naučit se správné manipulace s dítětem a to nejlépe ještě před jeho narozením, alespoň v teoretické linii. Odborné informace by měl poskytnout dětský lékař, dětský fyzioterapeut anebo dětská zdravotní sestra.

TEORETICKÁ ČÁST

„Milí rodiče a ostatní příbuzní, tak mě tady máte. Konečně jsem na světě. Ne, že by se mi u maminky nelíbilo, ale už byl čas, abych poznalo také něco jiného. Nevím přesně, co mě čeká, ale věřím, že společně s vámi to jistě zvládnou.“ (Jana Skalová, 2012, s. 9)

1. PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ

Psychomotorický vývoj dítěte zahrnuje vývoj smyslový, citový a sociální, hrubou (pohybový vývoj) a jemnou motoriku (rozvoj dovednosti rukou) a vývoj řeči. (Vacušková, 2003) Je dán každému dítěti geneticky a měl by se vyvíjet automaticky. Pro psychomotorický vývoj je velmi důležité, jaké podmínky k jeho vytvoření dítě má. (Skalová, 2012)

Dítě je v prvních letech svého života zcela závislé na dospělých. Ve zdraví i nemoci je bezbranným objektem láskyplné nebo naopak nedbalé péče přiměřených i nedostatečných znalostí své rodiny a okolí. (Vacušková, 2003) Proto je první rok života dítěte považován za jedno z nejdůležitějších období v celém životě člověka i rodiny. (Kiedroňová, 2005)

První rok života, neboli 12. vývojových měsíců se dělí v medicínské terminologii na 4 trimenony:

1.1. První trimenon

Zahrnuje období od narození dítěte až po konec 3. měsíce.

V 1. trimenonu začíná dítě cíleně používat své tělo. Toto období tedy můžeme označit jako začátek motorické diferenciaci. Dochází k formování motorických vzorců, které následně tvoří základ pro další pohybový vývoj. (Orth, 2009)

První měsíc (novorozenecké období)

U novorozenců se vyskytují tzv. holokinetické pohyby, kdy pohyb jednotlivého segmentu vyvolá pohybovou reakci i na segmentech ostatních. Dále se uplatňují globální vzory při pohybu, kdy postavení hlavy ovlivňuje postavení končetin a trupu, což ovlivňuje i posturu. (Volemanová, 2019)

Podráždění u novorozence vyvolá tzv. Moro reflex. (Cíbochová, 2004)

Poloha na zádech

Tato poloha je pro novorozence méně stabilní než na břiše. V bdělém stavu má novorozenec asymetrické držení hlavy a těla. Neexistuje žádná opěrná báze, dítě naléhá na podložku asi polovinou těla od tváře přes hrudník až do oblasti pupku. Hlava je v záklonu, rotaci a úklonu. Je stočena k jedné straně, je v tzv. predilekčním držení. Toto držení hlavičky je normální, v případě, že novorozenec dokáže volně otočit hlavičku i na druhou stranu nebo alespoň do střední třetiny. Dítě je schopno navázat krátkodobý oční kontakt, fixuje hlavně lesklé předměty. HKK a DKK jsou ve flekčním postavení a neposkytují žádnou oporu. Ruce sevřené v pěst a palec HK je zprvu v pěsti. Pánevní je rotovaná k záhlavní straně a tam směřují i flektované DKK. U novorozence dominuje svalstvo tonického systému. (Falta, 2014; Houšťek, 1990; Kolář et. al., 2009)

Poloha na břiše

Novorozenec na břiše naléhá stranou na tváři, na sternu a předloktí blízko zápěstí. Hlava je uložena na podložce v rotaci, reklinaci a úklonu. Ojedinele krátce zvedne hlavu asymetricky nad podložku. Když chce hlavu otočit na druhou stranu, roluje po bradě. HKK jsou v ADD, VR v ramenním kloubu, FL v loketním kloubu, ruce má v pěstičkách, ale umí je otevřít. Zadeček je výše než hlava. DKK jsou ve FL v kyčelních i kolenních kloubech, spočívají pod bříškem. Pánevní je ventrálně klopená. (Cíbochová, 2004; Orth, 2009; Houšťek, 1990)

4. – 8. týden

Od 28. dne začíná kojenecké období. Toto období představuje nejintenzivnější vývojový úsek, který nemá v dalším ontogenetickém vývoji srovnání.

Poloha na zádech

Dítě stále je v poloze na zádech asymetrické a nestabilní. Povoluje maximální FL v kyčelních a kolenních kloubech. Hlava už není v takové asymetrii. Pánevní se začíná sklápět dorzálně.

HKK stále ve frontální rovině, lokty u těla. Ve čtyřech týdnech má schopnost optické fixace asi 50 % dětí. V šesti týdnech má schopnost optické fixace cca 75 % dětí. Osmi týdenní kojeneček má schopnost 100% zrakové fixace.

S optickou fixací se objevuje pohybové schéma šermíře. Model šermíře vzniká jako motorické vyjádření kontaktu dítěte s okolím. Šermíř vzniká pouze za aktivní rotace hlavy a optické orientace. Hlava je rotována na jednu stranu. Na straně rotace hlavy dítě natahuje HK a DK, ramenní a kyčelní kloub je v ZR. Druhostranné končetiny jsou ve flexi nebo v semiflexi, ale také v ZR. Poloha šermíře se často připomíná vzor asymetrických tonických šíjových reflexů (ATŠR). ATŠR se ale projevují jinak. Na straně rotace hlavy je VR v ramenním a kyčelním kloubu, pronace předloktí, pěst, ADD palce. Dochází k aferenci v krční páteři.

Osmi týdenní kojeneček dokáže zaujmout střední postavení, díky udržení hlavy v ose. Hlavu dokáže rotovat symetricky k oběma stranám. HKK se z frontální roviny dostávají do sagitální. Opora je o paty, které jsou v kontaktu s podložkou. Střídá dorzální a ventrální klopení pánve. Na chvíli dokáže zvednout nohy nad podložku.

V tomto období také můžeme pozorovat i první pokusy dítěte o poznání vlastního těla, kdy začíná osahávat konečky vlastních prstů, tzv. kontakt prsty – prsty. Dítě touží po komunikaci se zevním prostředím. Vyjadřuje se pohybově prostřednictvím fyziologické dystonie. Dítě reaguje celým tělem (otevřením úst, úchopovou reakcí nohou, třesením HK, DK). (Ducal, 2003; Kolář, 2015; Volemanová, 2019)

Poloha na břicho

Ve 4. týdnech se dítě opírá o pěsti a horní břicho, v 6. týdnech má dítě oporu o zápěstí a horní břicho, můžeme tedy říct, že váha se nám přesunula kraniokaudálně. Hlava už není v takovém záklonu, jelikož se nám začínají zapojovat hluboké flexory šíje (m. longus colli, capitis). Dochází ke spolupráci zevních rotátorů, abduktorů a adduktorů, společně s nově vzniklou synergií dorsální a ventrální skupiny trupového svalstva. Kojeneček v 8. týdnech má oporu o distální část předloktí a pupek. V této poloze je však stále ještě nestabilní. (Falta, 2014; Orth, 2009)

3. měsíc

Poloha na zádech

Kojenec ve 3. měsících na zádech je stabilní a symetrický díky koaktivaci trupového svalstva. Hlava je ve středním postavení. Izolovaně může rotovat hlavou, hýbat očima. HKK se dostávají do sagitální roviny. Dochází k spojování rukou před trupem, objeví se souhra ruka – ruka. Ke konci 3 trimenonu můžeme pozorovat souhru oko – ruka – ústa, kdy dítě je schopno si šáhnout oběma rukama ke středu těla po hračce pozorovat jej a strčit si jí do úst. Úchop je nezralý ulnární. DKK se staví do sagitální roviny. Pánev je dorzálně klopená. Opěrnou bázi tvoří linea nuchae, úroveň dolních úhlů lopatek a zevní kvadrant hýžďových svalů. Pokud je trup dostatečně stabilní, dokáže dítě zdvihat DKK nad podložku a vytvářet tzv. trojflekční držení (90° FL v kyčelních, kolenních i hlezenních kloubech). (Cíbochová, 2004; Kolář et.al., 2009)

Poloha na břiše

Dochází k 1. vzpřímení. Je dokončena trojbodová opora o lokty a symfýzu. Pletenec ramenní je zacentrovaný, schopnost vysunout HKK před ramenní kloub, opora o MEH (90° FL, 30° ABD v ramenním kloubu), zápěstí ve středním postavení ruce uvolněné z pěstiček. Hlava vytažená z krku bez reklinace. Osový orgán je ve frontální rovině napříměn. Pánev je v dorzálním postavení. DK jsou ve vyvážené ZR a VR v KYK, volně EXT za tělem, kolena v lehké semiflexi, noha ve středním postavení. Tento motorický vzor vzniká díky rovnovážnou koaktivací autochtonní muskulatury, flexory osového orgánu a nitrobřišním tlakem. Koaktivace těchto svalů s opačnou funkcí umožňuje nastavení páteře a periferních kloubů nejvýhodnější statické zatížení. U 3. měsíčního dítě můžeme pozorovat první izolovaný pohyb, a to rotaci hlavy do 30° na obě strany. (Cíbochová, 2004; Falta, 2014; Kolář et. al., 2009)

1.2. Druhý trimenon

Poloha na zádech

Na začátku druhého trimenonu dítě zvládá izolovaný pohyb celou HK se zevní rotací lopatky. Kojenec je schopný laterálního úchopu. Úchop však ještě nepřesáhne střední linii, dítě si předá na středu hračku z jedné ruky do druhé. Tato schopnost je spojena s rozvojem stereognozie. Dítě začíná poznávat své vlastní tělo. Začíná si šahat do oblasti břicha, dolního trupu. Ve 4,5. měsících již zvládne úchop přes střed. Dítě uchopí hračku, vrátí se do stabilní polohy, aby si s hračkou pohrálo oběma rukama. DKK jsou drženy nad podložkou, při úchopu přes střední čáru se chodidla dotýkají. (Skalová, 2012; Cíbochová, 2004)

Změnil se tvar opěrné báze – opora o spodní lopatku, o oblast lopaty kosti pánevní a o oblast bederní krajiny. U 5. měsíčního dítěte pozorujeme, ve snaze uchopit hračku, přetočení na bok a zpět na záda, a to díky úchopu přes střední čáru. Úchop přes střed utváří základ pro otočku na břicho v šesti měsících. Dítě si hraje s hračkou, předává si jí z ruky do ruky, provádí izolovaný pohyb do pronace a supinace. Je schopno zvednout pánev nad podložku a sáhnout si na kolena (kontakt ruka – koleno). Na konci 2. trimenonu začíná otáčení ze zad na břicho. Při prvních pokusech otočit se dítě většinou z počáteční polohy na boku padá zpět na záda. Otočku dokončuje až ve chvíli, kdy má pocit jistoty při cestě ze zad na bok. Přejít od hrudní páteře k bederní hraje u psychomotorického vzoru otáčení zásadní roli. Pohyb je zahájen zrakovou fixací. Osa ramen se natáčí do transversální roviny. Zatížení je na se spodní lopatce, ramenním kloubu, boční straně pánve a kyčelním kloubu. Dochází k cílenému používání šikmého svalového řetězce trupu. DKK jsou ve semiflexi v kyčelním, kolenním a hlezenním kloubu. Současně s DK rotuje celý trup s následným nakročením DK na stranu otáčení. Optimální vzor otáčení by měl být bez záklonu hlavičky a prohnutí tělíčka vzad. Zhruba za 6 týdnů, koncem 7. měsíce, začátkem 8. měsíce by kojenec měl umět se přetočit z břicha na záda. V 6. měsících kojence začínají zajímat i jeho chodidla. Často si na ně šahá a zkouší dávat do pusinky. Dochází k rozvíjení radiálního úchopu. Optimálně by kojenec v 6. měsících měl umět uchopovat hračku ze středu oběma ručičkami. Díky střídavému úchopu se začínají dítěti propojovat hemisféry. (Kolář et. al., 2009; Falta, 2014; Orth, 2009; Skalová, 2012)

Poloha na břicho

Dítě na začátku 2. trimenonu by se v poloze na bříšku mělo cítit jistěji a stabilněji, protože se už krásně umí opřít o obě předloktí a je zvednuté až k pupíku. Ve 4. měsících můžeme pozorovat velký zájem kojence o nové objekty a okolní svět, který vidí z jiného pohledu. Kolem 4,5. měsíce se objevuje nový pohybový vzor – opora o loket. Opora je tedy o MEH opěrné HK, pánev na straně opěrné HK a koleno na téže HK. Na straně uchopující ruky je DK nakročena a uvolněnou ručičkou bude dítě šahat po hračce. Dochází k počátku kontralaterálního vzoru. V 5. měsíci dítě objevuje ruce a stehna k opoře, jelikož ale tuto oporu nedokáže využít k dalšímu vzpřímování, tak padá. Spadne na břicho, rozhodí ruce, extenduje kolena. Dítě vypadá, jako by plavalo – vzor plavání. Ke konci 2. trimenonu v 6. měsících by mělo mít děťátko oporu o skoro natažené ruce s rozevřenými dlaněmi. Svoje tělíčko by mělo mít zvednuté až po třísla. Tomuto modelu se říká tzv. 2. vzpřímení. Pánev je ve středním postavení, vzpřimuje se nad kyčelní klouby, které jsou v nulovém postavení v sagitální rovině. Kolena jsou extendovaná na podložce, bérce lehce zvednutá nad podložkou. Na konci druhého trimenonu definitivně vyhasíná tonický reflex na HKK (úchopový reflex). (Skalová, 2012; Orth, 2009; Kolář et. al., 2009)

1.3. Třetí trimenon

Poloha na zádech

Poloha na zádech v třetím trimenonu není pro děťátko úplně vyhovující. Chce vidět a v poloze na zádech to není úplně optimální. Proto se dítě i spontánně převrací na bříško. Zhruba v polovině 8. měsíce by kojeneček měl umět šikmý sed. Dochází k němu tehdy, když je děťátko schopno zastavit otočku z polohy na zádech na boku. Opěrná báze nízkého šikmého sedu má tvar lichoběžníku – opora o předloktí, kyčel, laterální stranu stehna a koleno. Do vysokého šikmého sedu se dítě dostane tehdy, když se zapře o spodní HK. Dochází k vzpřímování trupu. K šikmému sedu dochází koaktivací abduktorů, adduktorů, zevních rotátorů, extenzorů a flexorů kyčelního kloubu. K období šikmého sedu patří pinzetový úchop v radiální dukci. Přes tento sed dítě může pokračovat do polohy na čtyřech či do volného sedu. Do volného sedu se dítě dostane odražením od opírající se ruky a natažením obou DK před sebe. Může se také označovat jako sed bez opory HK, dítě si chce hrát a k tomu potřebuje obě uvolněné ruce.

Pro správný sed je důležité mít napřímenou páteř, bez kyfózy. Pánev by měla být zatížena na tuberech ossis ischii na obou stranách. (Skalová, 2012; Falta, 2014; Kolář et. al., 2009; Skaličková – Kováčiková, 2017)

Poloha na břicho

Koncem 6. měsíce, začátkem 7. měsíce můžeme u kojence pozorovat tzv. pivotáž neboli točení se kolem své osy. (Cíbochová, 2004) Děťátko v poloze na břicho zvedne obě HK, jako by chtělo létat. Může přizvednout i hrudníček a lehce natáhnout a zvednout DKK. Začíná se točit kolem své osy pomocí HKK a DKK končetin. V tomto období je tento pohybový vzor fyziologický, je pouze přechodný a sám by měl odeznět. Další pohybový vzor je „tulenění“, který dítěti umožní se dostat do vyšších poloh. Kojenec vytahuje střídavě předloktí dopředu, DK táhne za sebou. Většinou jsou více zapojovány hlavně HK. Po objevení „tulenění“ dochází k první homologně zaujaté poloze na čtyřech. Díky streč m. iliopsoas a rectus femoris. Dítě si v poloze na čtyřech, nejdříve zvyká, houpe se na kolenou, zkouší přemísťovat svou tělesnou váhu mezi HK a DK. Láká ho ale dostat se z místa. Tak se po prvních nezdařených pokusech, kdy se děťátko rozplácne zpět na břicho, rozleze po všech čtyřech končetinách. Stabilní poloha na čtyřech je velmi důležitá pro další vývoj dítěte. Na konci 8. měsíce v poloze na čtyřech dítě s grácií zvládá uchopit hračku. Koncem 9. měsíce i lézt. Lezení po čtyřech rozdělujeme na zralé a nezralé. Kojenec u zralého lezení by neměl mít reklinaci hlavy, hlava by měla být v prodloužení páteře, opora o rozvinutou ruku, prsty by měly směřovat vpřed. Pánev by měla být dorzálně klopená, kyčle by měly být zacentrovány a v lehké ZR, bérce v kontaktu s podložkou. Při lezení dítě využívá pravidelné střídání končetin. Pro vývoj děťátka je nejlepší, když co nejdéle leze, teprve potom si sedá a zvedá se. Lezení je dobrou přípravou trupu pro pozdější bipedální lokomoci. Někdy, se dítěti povede, že koncem 9. měsíce, začátkem 10. Měsíce zvládne vzpřímený klek a stoupnutí. Doleze si k nějakému stolečku nebo k noze maminky či tatínka. Chytí se oběma rukama, přitom klečí na kolínkách, následně přes nakročení jedné DK dopředu se zvednu do stoje, hlavně prostřednictvím kontralaterální HK. (Skalová, 2012; Nováková et. al., 2015; Kolář et. al., 2009)

1.4. Čtvrtý trimenon

Kojenec ve čtvrtém trimenonu se zdokonaluje ve všem, co se mu doposud podařilo naučit. V tomto období začínají první pokusy dítěte o lokomoci. Zkoumá a objevuje tajemství svého okolí. Doleze si tam, kam potřebuje, ale jelikož chce objevovat něco, co je výš, začne si stoupat. Ze vzpřímeného kleku začne kojeneček nakračovat jednou DK před sebe na plné chodidlo, při tom se přidržujeme oběma ručičkami. Dokročí druhou DK a stoupne si. Nakročení je pro dítě velmi důležité pro jeho následnou samostatnou chůzi. Dítě, které, by se zvedalo jen pomocí přitažením za HK, by obě chodidla měla v tu chvíli ohnuté špičky. Následkem by při chůzi dítě vtáčelo špičky dovnitř. (Skalová, 2012) Když si dítě, začne stoupat, zatěžuje hlavně vnitřní stranu chodidel. Tento stoj ještě není úplně ideální. Postupným zkoušením vertikalizace dojde k zatížení celé plosky nohy dítěte. Pak dochází k tzv. boční chůzi kolem nábytku. Je to frontální typ chůze, kdy dochází k pravidelnému střídání ABD jedné DK s ADD druhé DK se současným přidržováním HK stěny či nábytku. (Cíbochová, 2004) Koncem 11. a začátkem 12. měsíce se objevují první kroky stranou do volného prostoru, zatím s přidržováním jedné HK. Začátkem 13. měsíce můžeme pozorovat první samostatné kroky stranou do prostoru. Samostatná první bipedální lokomoce je nezralá, přítomna je široká báze chůze, kroky jsou krátké, těžiště je více vpředu. Paže jsou v ABD, mají vyvažovací funkci, což znamená, že chybí souhyby HK. Aby se dítě bylo schopné postavit samostatně do prostoru, musí projít pohybovými vzorci jako je tripod – medvěd – dřep a následný stoj. Dosažení samostatné chůze, nazýváme situaci, kdy dítě kráčí samostatně v nerovném terénu s naznačenými souhyby HK. Dokáže regulovat směr, rychlost a zastavení chůze. Každé dítě je jiné, proto i samostatná chůze se u některého dítěte objeví ve věku 13. měsíců naopak u jiného až kolem 16. měsíce. (Kolář et. al., 2009; Orth, 2004)

2. FAKTORY, KTERÉ MOHOU NEGATIVNĚ OVLIVNIT PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE

„Téměř denně se setkávám s následky neadekvátního psychomotorického vývoje. Setkávám se s mnohými dětskými pacienty, kteří by ke mně vůbec nemuseli chodit, kdyby jejich rodiče věděli, co ke kterému období vývoje patří a co je pro vývoj pohybového aparátu dítěte nevhodné.“ Přesně tento krátký úryvek Jana Skalová popisuje ve své knize „S láskou ke zdravému pohybu našich dětí“. (Skalová, 2012, s. 20)

Existuje mnoho faktorů, které mohou do psychomotorického vývoje dítěte zasáhnout. Jedním z nich může být např. nemoc dítěte, vrozené vývojové vady (VVV), přetrvávající predilekce hlavičky či nedostatečná informovanost o vývoji a handlingu dítěte nebo také nevhodná manipulace s dítětem. Jak už jsem zmiňovala, i používání různých mobilních pomůcek může ovlivnit psychomotorický vývoj dítěte. (Skalová, 2012)

2.1. Handling navozující predilekční držení hlavičky a následně celého těla

Již od narození dítěte hraje velkou roli správné uložení postýlky v prostoru. Neideální uložení postýlky může vést k predilekčnímu držení hlavičky a následně celého těla. Postýlka uložená u stěny, rozhodně dítěti neprospívá. Z jedné strany má zeď, z druhé strany je větší osvětlení a také všechny možné zajímavé předměty, slyší hlas matky či sourozenců. Určitě si tedy vybere stranu, kde jsou ty zajímavé předměty a kde slyší hlas matky. Pak tedy začíná preferovat pouze jednu stranu, kam otáčí hlavičku, což může vést již k opět zmíněné predilekci. Není se čemu divit, kdo by se chtěl koukat na nudnou, nezajímavou stěnu. (Borgenicht, 2003)

Nesmíme zapomenout ani na správné polohování dítěte ke spánku. Polohovat novorozence či kojence do věku 4 měsíců na břicho představuje velké riziko nebezpečí hlediska syndromu náhlého úmrtí kojence (SIDS). Proto se preferuje polohovat dítě ke spánku v poloze na zádech. Světelný zdroj by neměl být uložen na jedné straně. Používat různé polohovací překážky se také nedoporučuje. Opět by mohlo dojít k predilekci hlavičky a tělíčka dítěte. (Wéberová, 2004)

2.2. Nesprávný handling

2.2.1. Pasivní posazování před samostatným sedem

Předčasné posazování je pro dítě, které ještě neumí samo sedět, naprosto nežádoucí. Samostatné posazování dítěte, by ideálně mělo nastat poté, co umí lézt po čtyřech a zvládá šikmý sed. Velká většina rodičů své děti předčasně posazují, a to nejčastěji z toho důvodu, že dětský lékař používá „posazování“ odborně říkáme trakční test pro vyšetření dítěte. Proto si myslím, že dětský lékař by měl rodiče informovat o této velmi důležité informaci.

Znovu opakuji, že pokud dítě ještě samo neumí sedět, pak bychom ho neměli posazovat ani do sedačky kočárku. Přetěžují se mu svaly trupu, které ještě nejsou dostatečně připravené, a to i tehdy, když s kočárkem stojíme. (Cíbochová, 2004; Skalová, 2019)

2.2.2. Vodění za ruce před samostatnou chůzí

Vodění dítěte za ruku, ještě před tím, než začne samostatně chodit v prostoru, je opravdu nesprávné. Když dítěti vstoupíme do pohybového vývoje tím, že ho budeme vodit za ruce, jeho vývoj se zarazí. Voděním za ruce přebíráme jeho stabilitu, proto nedochází ke správnému vyvinutí svalů, které jsou důležité pro chůzi. Kojenec má navíc vytažené ruce nad hlavičkou, což vede k nerovnováze dítěte a velkému prohnutí v oblasti beder. (Kiedroňová, 2010)

2.3. Nevhodné užívání pomůcek

2.3.1. Lehátka

Dítě se rodí s rovnou páteří. Proto dlouhý pobyt v lehátku není pro správný vývoj páteře dobrý. Nejlepší je tedy, aby dítě v lehátku strávilo, pokud možno co nejméně času. Bude-li pobyt v lehátku nezbytně nutný, je dobré je napolohovat do co největší roviny. (Skalová, 2012; Kiedroňová, 2005)

2.3.2. Nosítka, šátky a vaky

Nosit dítě ve svislé poloze je velmi nevhodné, obzvláště u novorozenců a kojenců, kteří ještě neumí samostatně sedět. Dochází k nepřiměřenému tlaku těžké hlavičky, vůči krku a páteři, které ještě nejsou dostatečně posílené. V nosítku se podporuje nežádoucí záklon hlavičky. Dítě má zapažené HKK, z dlouhodobého hlediska může dojít k vytvoření svalové nerovnováhy. To samé platí i o roznožených DKK. Dítě má DKK volně ve vzduchu, což může opět vést k přetěžování páteře. Pokud opravdu potřebuje mít matka na chvíli volné ruce či chce dítě uspat, může použít baby vak či šátek. Pouze nepravidelně a na dobu nezbytně nutnou. (Kiedroňová, 2005; Skalová, 2012)

2.3.3. Hopsadla, chodítka a odrážedla

I tyto pomůcky mohou negativně ovlivnit vývoj dítěte. Dnešní doba je hodně ovlivněna sociálními sítěmi, proto, když jedna maminka koupí pro své dítě jednu z těchto pomůcek a začne ji sdílet a chválit, ostatní maminky ji hned musí mít taky. Opět tyto pomůcky přetěžují trupové svalstvo, kyčle, kolena i kotníky. Pokud dítě, které ještě samo nechodí, dáme do hopsadla či chodítka, přetěžuje se celý jeho pohybový aparát. Do budoucna, si pak rodiče mohou všimnout vtáčení špiček či „vyšpuleného“ zadečku u dítěte. Ani odrážedla nejsou pro správný vývoj dítěte ideální. Podporují prohnutí v bedrech, postavení DKK do „X“ a zatěžují vnitřní hrany chodidel. Optimálním řešením je dítěti koupit tříkolku či houpacího koníka. (Skalová, 2012; Skalová, 2019)

3. ODCHYLKY VE VÝVOJI DÍTĚTE

3.1. Tonusové syndromy

Svalový tonus je reflexně udržované napětí svalu a má velký význam pro koordinaci pohybů. (Dortová, 2009) Posouzení svalového tonu je součástí neurologického vyšetření (Kušíková, 2019). Tonusové syndromy rozdělujeme na hypertonické (zvýšený svalový tonus) a hypotonické (snížený svalový tonus). Oba tyto syndromy jsou charakterizované abnormálním svalovým napětím, které považujeme za patologické. Abnormální svalové napětí se nejčastěji vyskytuje u dětí s poškozením mozku, ale nesmíme zapomenout, že i u zdravého dítěte se může objevit. A rozhodně je namístě tento problém řešit. (Lesný, 1980)

3.1.1. Hypertonický syndrom

Pro hypertonický syndrom je typické zvýšené svalové napětí, ale naopak spontánní hybnost je snižena. (Kučerovská, 2013) Projevuje se záklonem hlavičky dítěte nebo celého trupu. Miminko má často hodně zatnuté pěstičky a propnuté celé nožky. Hrudník má v inspiračním postavení, takže dýchá rychle a povrchně. Velmi špatně snáší polohu na bříšku, kde je nestabilní, dochází k záklonu hlavy a trupu. Obě HKK napíná do strany a dělá tzv. letadlo. Děťátko může více plakat, být neklidné a více lekávé. Hypertonický syndrom může vzniknout z různých důvodů. Může vzniknout na základě postižení CNS, či díky novorozeneckým kolikám. Velký vliv má i způsob našeho života (stres, chaos, vztek). U hypertonického miminka je velmi důležité správné cvičení pod odborným dohledem a správné zacházení. Dále mohou hodně pomoci kojenecké masáže. (Dortová, 2009; Skalová, 2012)

3.1.2. Hypotonický syndrom

Hypotonie je spíše symptom, který může poukazovat na množství jiných různě závažných onemocnění. Projevuje se sníženým svalovým napětím a také hybností. Jinak můžeme hypotonický syndrom označit jako „floppy infant“. Dítě vleže na zádech má často predilekci hlavičky k jedné straně, vleže na břiše není schopno zvednout hlavičku, DKK jsou volně ve FL. Z hlediska neurologie rozdělujeme hypotonii na centrální (je zachována svalová síla) a periferní (je zde typická výrazná svalová slabost). (Kušíková, 2019; Kučerovská, 2013; Lesný, 1980)

3.2. Predilekce hlavičky

Jedna z nejčastějších odchylek v psychomotorickém vývoji dítěte je predilekční držení hlavy. Jedná se o situaci, kdy hlava dítěte je po většinu času stočená k jedné straně, jak v poloze na břišku, tak na zádech. Toto držení lze tolerovat do 6. týdnů. Pokud dítě nedokáže rotovat hlavičkou na druhou stranu po šestém týdnu, pak hovoříme o fixované predilekci, což považujeme za jev patologický rizikový. Velmi důležité je pak zvážit návštěvu dětské rehabilitace. Pakliže predilekce přetrvává a není rehabilitována, může být do budoucna příčinou nesprávného zakřivení páteře. Predilekce hlavičky může vzniknout např. v posledních týdnech těhotenství, kdy dítě nemá dostatek místa v mamčině břišku. Setrvává v jedné poloze a tím jsou omezeny i pohyby hlavičky. Také může dojít k predilekci hlavičky díky jednostranné manipulaci s miminkem. Této manipulaci ale může lehce předejít. Musíme dbát, aby při každé prováděné činnosti jsme střídali na obě dvě strany. Chování miminka na obě dvě strany, podávání hraček z obou dvou stran, střídání poloh v dětské postýlce, atd. (Falta, 2014; Skalová, 2012; Kolář et. al., 2009)

3.3. Centrální koordinační porucha (CKP)

CKP můžeme definovat jako nějaký nedostatek či odchylku od normálních, respektive ideálních pohybových projevů ve vývoji novorozence a kojence. (Vojta, 1993) Nejedná se o nemoc, ale pouze o nedokonalý pohybový vývoj novorozence a kojence. CKP není fixovaný stav, ale spíše přechodový syndrom s různými stupni postižení – velmi lehké, lehké, středně těžké a těžké. (Dyrhonová, 2017) Velmi důležitá je včasná diagnostika a zahájení terapie. Díky tomu jsme schopni předejít zafixováním patologických pohybových stereotypů, které mohou vést ke svalové nerovnováze až k vadnému držení těla (VDT). (Kolář et. al., 2009)

4. ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE

Je mnoho důvodů, proč se dítě ihned po porodu vyšetřuje. V první řadě je si potřeba uvědomit, že pohyb dítěte v útlém věku je jedním z hlavních projevů správné funkce nervového systému. Díky diagnostickému screeningu dítěte můžeme odhalit anatomické a neurologické odchylky již ve velmi brzkém věku. Cíbová ve svém článku zmiňuje, že nejdůležitější je se naučit dívat a správně hodnotit spontánní projevy dítěte. Dopřát mu dostatek času, aby mohlo předvést, co umí.

4.1. APGAR skore

I hned po narození dítěte se provádí tzv. APGAR skore. Slouží k posouzení poporodní adaptace za jednu, pět a deset minut. Hodnotí se pět životních projevů:

- Barva kůže
- Srdeční frekvence
- Dýchání
- Svalové napětí
- Reakce

Každý z těchto projevů hodnotíme 0-2 body. Dítě může dostat maximálně 10 bodů. Nízká hodnota je známkou hrozících problémů. (Fendrychová, 2012; Cíbochová, 2004; Houšťek, 1990)

4.2. Anamnéza

Nedílnou součástí vyšetření je odebrání anamnézy neboli také vstupní pohovor. Velmi často nám pomáhá k stanovení správné diagnózy až z padesáti procent. Z osobní anamnézy, se nejčastěji ptáme na onemocnění vyskytující se v rodině. Průběh těhotenství a porodu. Přecházející porody a potraty. A hlavně na adaptaci novorozence. Zaměřujeme se také na nynější onemocnění. A to hlavně, kdy začalo. Jaké jsou příznaky a průběh. (Véle, 2006)

4.3. Posturální aktivita

Jinak se posturální aktivita může označovat jako spontánní pohyby dítěte, tj. všechny pohyby z vlastního podnětu. Posuzuje se kvalita a kvantita pohybu. Hodnotí se opěrná motorika a motorika cílená. Pokud známe posturální aktivitu jednotlivých období dítěte v prvním roce života, usnadní nám to posoudit poměr mezi motorickým stavem postiženého dítěte a fyziologickým vývojem. (Cíbochová, 2004; Kolář et. al., 2009)

4.4. Posturální reaktivita

Při opakované změně polohy se u dítěte objevují zákonité pohybové reakce celého těla. Všechny děti by měly odpovědět stejnou pohybovou reakcí v určitém stádiu v závislosti na zralosti CNS. Při vyšetření se používá 7. polohových reakcí:

1. Trakční zkouška
2. Landauova reakce
3. Axilární vis
4. Vojtova sklopná reakce
5. Horizontální závěs dle Collisové
6. Reakce podle Piepera a Isberta
7. Vertikální závěs dle Collisové

Tyto polohové reakce jsou provokovány pasivní změnou polohy těla dítěte. Vypovídají nám o koordinaci CNS. Velkou výhodou polohových reakcí je, že se nemusí čekat, až dítě samo ukáže své spontánní hybné vzorce. CNS poté na každou polohovou reakci reaguje typickými hybnými vzorci. Polohové reakce nám např. mohou pomoci pro diagnostiku centrální koordinační poruchy (CKP). (Kolář et. al, 2009; Orth, 2009)

4.4.1. Trakční zkouška

Tato zkouška se provádí v poloze na zádech, hlava dítěte je ve středním postavení. Dítě pomalu tahem zvedáme za distální část předloktí do 45°. Náš palec vložíme do dlaní dítěte, ostatní prsty se nedotýkají hřbetu ruky. Hodnotíme reakci celého těla (hlavy, trupu a DKK). (Kolářová, 2007)

V 1. – 6. týdnu visí hlava dítěte bezvládně dozadu, DKK v FL. Od 7 týdnů do konce 2. trimenonu je zde viditelná aktivita hlubokých flexorů krku, FL trupu a DKK. Ve 3 měsících jsou DKK přitahovány k břichu. V 6 měsících plná flekční synergie, brada přitažena k trupu, větší FL DKK. Od 7. měsíce do 9. měsíce dochází k ústupu flekční synergie. DKK se emendují v KOL. Od čtvrtého trimenonu se kojeneček dokáže přitáhnout, hlava v linii trupu. DKK jsou v ABD a EXT. Od roka se dokáže dítě opřít o patičky. (Vojta, 1993)

4.4.2. Landauova reakce

Vybavuje se držení dítěte v závěsu v přísně horizontální poloze plochou dlaní vyšetřujícího pod břichem dítěte. Hodnotí se EXT osového orgánu a reakce končetin. (Kolářová, 2007)

Do 6 týdnů dítěti přepadává hlavička, trup, HKK a DKK v mírné FL. Od 7 týdnů do konce prvního trimenonu se dítěti tonicky začne zvedat hlavička až do linie ramen. Trup v mírné FL, volné držení HKK a DKK. Ke konci druhého trimenonu dochází i k EXT trupu a bederní oblasti. DKK jsou v 90° FL, HKK jsou flektovány v loktech. Od třetího trimenonu Landauova reakce mizí a dítě se začne pohybovat volnými pohyby vzhledem ke gravitaci a dané poloze. (Trojan, 2001)

4.4.3. Axilární vis

Dítě uchopíme oběma rukama v podpaždí, držíme ho ve vertikální poloze zády k vyšetřujícímu. Hodnotíme reakci DKK. Do 3. týdne má novorozenec nehybné DKK ve FL, od konce prvního trimenonu přechází do aktivní FL. Ke konci osmého měsíce mizí flekční držení a kojeneček má DKK volně extendované, nohy v DF. (Trojan, 2001)

4.4.4. Vojtova sklopná reakce

Dítě držíme za trup, zády k vyšetřujícímu, následně prudkým překlopením změním polohu z vertikální do horizontální polohy. Hodnotí se reakce končetin. Obě HKK do 10. týdnů reagují jako u objímací fáze Moroova reflexu. Vrchní DK je ve FL v KYK, KOL a hlezenním kloubu. Spodní DK je v EXT. Následně dochází k vymizení objímací fáze Moroova reflexu, dochází k volné FL paží. DKK přecházejí do flekčního držení. Od konce 5. měsíce jsou všechny končetiny ve volné flexi.

Začátkem 7. měsíce jsou paže přechodně v mírné flexi a následně dítě lehce předpažuje. DKK přednoženy, v KOL dochází k EXT. Ke konci 9. měsíce máme EXT, ABD a DF nohy u svrchních končetin. (Kolář et. al., 2009)

4.4.5. Horizontální závěs dle Collisové

Vybavuje jej se zvednutím z polohy na zádech za stejnostrannou paži a DK do horizontální polohy. Hodnotí se reakce opačných stejnostranných končetin. (Kolářová, 2007) Od narození do 6. týdnů provede volná paže dítěte rozevření. V 7. týdnu je HK upažená, paže HK a také Dk je volně ve FL od 3. měsíce. V období druhého trimenonu se vyvíjí vzpěrná funkce na HK s postupným rozvíjením ruky. DK je stále ve volné FL. Od začátku 7. Měsíce se vyvíjí vzpěrná funkce DK s následnou oporou na konci 8. měsíce o celou plošku. (Vojta, 1993)

4.4.6. Reakce podle Piepera a Isberta

Dítě uchopíme v oblasti stehen a zvedneme jej do svislé plochy hlavou dolů. Prvním 6. týdnů dítě reaguje rozevřením paží a následným rozpažením. V druhém trimenonu má dítě mírně rozpažené HKK s rozevřenými dlaněmi, šíje a trup v EXT. Od třetího trimenonu dítě dokáže vzpažit HKK s rozevřenými dlaněmi. Od 9. měsíce se dítě začíná přitahovat. (Kolář et. al., 2009)

4.4.7. Vertikální vis dle Collisové

Dítě leží na zádech, uchopíme jej za stehno a bez šubnutí jej zvedneme do vertikály hlavou dolů. Hodnotí se volně visící dolní končetina. Do konce druhého trimenonu DKK dítěte jsou ve volné FL v KYK, KOL a hlezenním kloubu. Se začátkem třetího trimenonu DKK kojence zaujímají volné flekční postavení v KYK a extenční postavení v KOL. (Vojta, 1993)

4.5. Vyšetření a zhodnocení svalového tonu

Když se děťátko narodí, tak jeho svalový tonus v prvních týdnech života mění. Novorozenci často mívají zvýšený svalový tonus. Avšak výpovědní hodnota svalového tonu u takto malého dítěte je velice omezena z hlediska patologické motoriky. I přes to se svalovému tonu přisuzuje velký význam, a to hlavně z kineziologického hlediska. Svalové napětí může být buď zvýšené (hypertonus) nebo snížené (hypotonus). (Vojta, 1993) Děťátko s hypertonií se projevuje často zatnutými ručičkami, záklonem hlavy, trupu a exendovanými DKK. Hypotonické dítě bude apatické, bez pohybu. (Volemanová, 2019; Komárek, 2008; Skalová, 2012)

4.6. Primitivní reflexologie

Předpokládá se, že primitivní reflexy mají životně důležitou funkci v prvních týdnech života dítěte, a dokonce mu mohou pomoci při porodu. Ukazují nám zralost vývoje a mohou nám pomoci při diagnostice poruchy vývoje. Mají svoji dynamiku, která odpovídá vývojovým fázím dítěte. Primitivní reflexy jsou charakterizované jako mimovolní reakce (odpovídají stupni inhibice z vyšších etází CNS) na specifický adekvátní podnět. Většina primitivních reflexů vymizí v období 4. - 8. týdne života dítěte. Hodnotíme výbavnost, v jakém období jsou přítomny, intenzitu, kvalitu odpovědi, symetrii a asymetrii. (Volemanová, 2019; Kolář et. al., 2009)

Primitivní reflexy můžeme rozdělit na tři základní skupiny:

1. Reflexy přítomné při narození (Moro reflex, sací, hledací, Babkinův reflex, Fenomén oční loutky, úchopový reflex na HK a DK, suprapubický, zkřížený extenční, Galantův reflex, chůzový automatismus)
2. Reflexy, které se neobjeví hned po porodu, ale zůstanou celý život (optikofaciální a akustikofaciální reflex)
3. Patologické reflexy (ATŠR, STŠR, reflex kořene ruky, primitivní vzpěrná reakce HK) (Volemanová, 2019)

4.6.1. Moroův reflex

Reakce novorozence na úlek, jinak označovaný jako Moroův reflex. V době narození by měl být plně vyvinut. Vyvolávající reakci může být např. podtržení plenky, kdy dítě se lekne a začne brečet. Moroův reflex má dvě fáze:

- Fáze rozpažovací – dítě udělá symetrický pohyb do stran s otevřenými rukama
- Fáze objímací – ruce se vrací na střed, jsou zaťaté v pěst

Od 6. týdne by měla být přítomna pouze fáze rozpažovací.

Reflex vyhasíná v souvislosti s posturálním zajištěním v poloze na zádech, tedy kolem 3. měsíce. (Volemanová, 2019; Kiedroňová, 2005)

4.6.2. Sací a hledací reflex

Jsou klíčové pro přežití dítěte. Sací reflex zaktivujeme podrážděním rtu. Dítě začne špulit a sát. Hledací Reflex se projevuje otočením hlavičky dítěte za dotykem, při stimulaci tváře. Oba tyto reflexy jsou přítomny od narození dítěte a byly by vymizet kolem 3. měsíce. (Volomanová, 2019, Kolář et. al., 2009)

4.6.3. Babkinův reflex

Vybavíme jej tlakem na dlaň, kdy dochází k pootevření úst a někdy i rotaci hlavy na stranu dráždění. Vyhasíná ve 4. týdnů života dítěte. (Kolář et. al., 2009)

4.6.4. Fenomén oční loutky

Vyšetřujeme v poloze na zádech pomalou opakovanou rotací hlavy na obě strany a pozorujeme pohyby očí. Oční bulby se přitom stáčí na stranu opačnou. Vyhasíná s počátkem zrakové fixace (4. – 6. týden). (Kiedroňová, 2010)

4.6.5. Úchopový reflex na HKK

Lehký tlak prstů vyšetřujícího do dlaní dítěte (bez dotyku dorza ruky) z ulnární strany vyvolá flexi všech prstů. Tento reflex vyhasíná s rozvinutím úchopové funkce ruky. (Skaličková–Kováčiková, 2017)

4.6.6. Úchopový reflex na DKK

Tlakem na plantu v metatarzofalangeální oblasti (bez dotyku dorza nohy) vyvoláme plantární flexi všech prstců. Jakmile se rozvine opěrná funkce nohy, měl by tento reflex vymizet. (Kolář et. al., 2009)

4.6.7. Suprapubický reflex

Mírným tlakem na symfýzu stydké kosti vyvoláme suprapubický reflex. Jako pohybová odpověď se objeví semiflexe či EXT, ADD, VR v KYK, EXT v KOL, PF v hlezenním kloubu. Reflex vyhasíná po 3. měsíci. (Kolář et. al., 2009)

4.6.8. Zkřížený extenční reflex

Pasivní flexi v KYK a KOL jedné DK vyvoláme na druhé DK odpověď ve směru EXT, VR, ADD v KYK, EXT v KOK, PF v hlezenním kloubu, ADD prstů a EXT palce. Vyhasíná v 6. týdnu. (Kolář et. al., 2009)

4.6.9. Galantův reflex

Taktilní stimulací paravertebrálně v lumbální oblasti vyvoláme u dítěte vytočení trupu konkavitou na stranu dráždění. Během 1. měsíce není reakce jinak silná, nejsilnější reakce je během 2. a 3. měsíce. Ke konci 4. měsíce tento reflex mizí. (Volemanová, 2019)

4.6.10. Chůzový automatismus

Dítěte je ve vertikální poloze s oporou pat o podložku. Pomalu nakláníme trup do stran, vyvoláme pohyby připomínající chůzi. Volná DK flektuje ve všech kloubech. Tento reflex vyhasíná kolem 2. měsíce. (Kiedroňová, 2010)

4.6.11. Optikofasciální reflex

Objevuje se okolo 3. měsíce. Vyprovokujeme jej přiblížením ruky k očím, dítě mrkne. (Kolář et. al., 2009)

4.6.12. Akustikofaciální reflex

Tento reflex by měl být přítomen od 10. dne narození dítěte. Vyprovokujeme jej tlesknutím u ucha, dítě mrkne. (Skaličková – Kováčiková, 2017)

4.6.13. Asymetrické a symetrické tonické šíjové reflexy

Asymetrický tonický šíjový reflex (ATŠR) je aktivován pasivní rotací hlavy. Tam, kam, se otočí hlava, se natahují paže i nohy, na druhé straně dojde naopak ke skrčení paží a nohou. (Kolář et. al., 2009)

Symetrický tonický šíjový reflex (STŠR) při flexi hlavy se HKK krčí a DKK se natahují. Při EXT hlavy se ruce HKK natahují a DKK krčí. (Volemová, 2019)

4.6.14. Reflex kořene ruky

Horní končetinu nastavíme do DF v zápěstí a poklepem na kořen dlaně po směru předloktí vyvoláme extenzi HK v loketním kloubu. Tento reflex je patologický. (Skaličková – Kováčiková, 2017)

4.6.15. Primitivní vzpěrná reakce na HK

Dítě přibližujeme k podložce s předpaženými HKK. V momentě, kdy přestaneme podpírat loket, se začne silně vzpírat. Tato reakce je patologická. (Kolář et. al., 2009)

5. HANDLING DÍTĚTE

Handling – doslovný překlad z angličtiny je zacházení neboli manipulace s dítětem, hlavně v rámci celodenní péče o dítě (ADL). Hlavním cílem handlingu je dítě nepoškodit a stimulovat kvalitní psychomotorický vývoj. Handling neznamená, že dítě je pouze pasivním objektem naší péče, ale účastní se „aktivního senzomotorického učení.“ (Borkowska, 2010)

V rámci handlingu je nutno ke každému dítěti přistupovat vysoce individuálně v rámci jeho momentálního psychomotorického vývoje a aktuálních potřeb. Handling modifikujeme také dle aktuálního zdravotního stavu. (Jiný je handling zdravého dítěte a jiný u dítěte, které leží na jednotce intenzivní péče). Při handlingu je velmi důležité, abychom k dítěti přistupovali jako k sobě. Dítě dokáže vycítit náš strach. Proto je důležité přistupovat k dítěti beze strachu, nebát se ho chovat, hladit a mluvit na něj. Jistě už jsem se zmiňovala, že jakýkoliv handling může pozitivně, či negativně ovlivnit další vývoj dítěte. Správný handling, je nutností pro optimální psychomotorický vývoj dítěte, zvláště v prvním roce věku, a proto je třeba matky o kvalitním handlingu neustále edukovat. (Lommel-Kleinert, 2003; Zounková, 2012)

5.1. Základy správného handlingu

Dle mého mínění, je základní zásadou správného handlingu hlavně dítěti neuškodit. Velmi mne v tomto oslovily názory Evy Kiedroňové, která nám sděluje ve své knize „Něžná náruč rodičů“ jak mají vypadat základy správné manipulace.

1. Nikdy nepředbíhat přirozený psychomotorický vývoj
2. Naše ruce by měly mít stabilizační funkci, hlavně v prvních měsících by nemělo dojít k záklonu hlavičky ani výraznému prohnutí v oblasti bederní páteře
3. Neomezovat naším úchopem pohyby horních a dolních končetin
4. Kontrola dýchání, nesmíme omezit dýchání dítěte v žádné poloze
5. Během manipulace pracujeme vždy s dítětem jemně, pomalu, tak abychom nevyprovokovali úlekové reakce
6. Ve svislé poloze nosíme děti až tehdy, když zvládají polohu na všech čtyřech samy

7. Učíme se s dítětem manipulovat střídavě na obě ruce i strany
8. Správnou manipulaci s dítětem by se měli naučit všichni členové rodiny

(Kiendroňová, 2005)

Nedílnou součástí adekvátního handlingu je aktuální psychické nastavení osoby, která s dítětem manipuluje. Tato osoba by měla přistupovat k dítěti klidně, s rozvahou, vstřícností, láskyplností a pokud možno bez strachu, úzkostí a obav. Jakákoliv psychická labilita matky a ostatních členů rodiny se bohužel negativně přenáší na dítě. Strach a úzkost vede k tenzi matky nebo jiné pečující osoby a dítě na to následně může reagovat zvýšeným svalovým napětím, tenzí a plačtivostí. Naopak láskyplný přístup dokáže dítě zklidnit. (Skalová, 2012)

5.2. Handling v rámci activity daily living (ADL)

Veškerý handling je aktivní, některé zacházení s dítětem méně, některé naopak více, ale veškerým handlingem ovlivňujeme vývoj dítěte. Hovoříme o 24. hodinovém působení na všechny funkční systémy dítěte, které úzce souvisí s motorickým projevem. Cílem handlingu je, aby dítě dokázalo samo kontrolovat přípravu pro pohyb, posturu a funkční aktivitu.

Handling je zásadním prvkem Bobath konceptu. Využívá různých technik cvičebního systému, které podporují správný vývoj nejen hrubé a jemné motoriky, ale také podporují funkci orofaciální oblasti. Jsou zakomponovány do každodenní aktivity, jako jsou např.: zvedání, pokládání, polohování, nošení, otáčení, krmení, oblékání, provádění základní hygieny. (Borkowska, 2012; Zounková, 2012)

V dnešní době se velmi často používají mobilní pomůcky, jako jsou různé šátky, vaky, kočárky, houpátka, sedátka, chodítka, odrážedla a atd. I tyto pomůcky patří do handlingu v rámci ADL a výrazně mohou pozitivně či negativně ovlivnit psychomotorický vývoj dítěte. (Skalová, 2012)

5.2.1. Zvedání a pokládání dítěte

Dítě vždy zvedáme a pokládáme pomalu a šetrně. Hlavně u novorozenců a kojenců minimálně do začátku 4. měsíce dbáme na správné postavení hlavičky. Podpíráme ji tak, abychom předešli zbytečnému záklonu. Také chceme předejít prohnutí v oblasti páteře.

Existuje více technik zvedání a pokládání dítěte. Já jsem si vybrala techniku, která mě osobně připadá nejjednodušší. Nejprve dítě otočíme na bok. V poloze na zádech uchopíme kontralaterální rukou oblast kyčle dítěte a obejmeme svým palcem jeho stehno. Chceme, aby se dítě do pohybu také zapojilo, takže ho začneme pomalu otáčet. Dlaň druhé ruky vložíme pod temeno hlavičky a naše předloktí fixuje záda. Kontralaterální ruku uvolníme a vsuneme pod zadeček. Při pokládání nejprve položíme zadeček a poté až hlavičku. První tedy vytáhneme ruku, která podpírala zadeček. Koncem 4. měsíce začíná být kojence aktivnější a začíná více spolupracovat. Jelikož dítě s věkem přibývá na váze a dost se proneše, upřednostňujeme pro správné zvedání a pokládání techniku „nabalení“. Dítě uchopíme kolem hrudníčku, otočíme ho na bok a nabalíme si ho zády na náš hrudník. Přitom jedna ruka fixuje zadeček a druhá trup dítěte. (Borkowska, 2012; Kiedroňová, 2005)

5.2.2. Polohování

Polohování je hlavní terapeutický prostředek. Je velmi důležitou součástí rehabilitačního ošetřovatelství. Polohování dle účelu můžeme rozdělit na antalgické, preventivní, korekční a fyziologické. U novorozenců a kojenců se pod pojmem polohování rozumíme správné ukládání dítěte do postýlky, autosedačky, kočárku či na hrací deku. Novorozenec sám od sebe ještě neumí změnit polohu, proto tak jak ho položíme, tak ho také najdeme. Při polohování vždy dbáme na správné postavení těla děťátka. K polohování dítěte můžeme použít jednotlivé pomůcky, nevhodnější u novorozenců a kojenců je polohovací polštář. Je důležité polohovat dítě jak na břicho, tak na záda. Kvůli syndromu náhlého úmrtí kojenců se nedoporučuje spaní miminek na břišku. Když, chceme dítě polohovat do postýlky ke spánku, využíváme polohu na zádech. Tato poloha představuje nejmenší riziko náhlého úmrtí. Ale rozhodně se poloze na břišku nesmíme vyhýbat. Jakmile je dítě bdělé a aktivní určitě je třeba dávat děťátko co nejvíce na několik minut za den na bříško. Je to velmi důležité pro jeho následný psychomotorický vývoj. Abychom předešli vzniku různých komplikací či predilekce hlavičky, je žádoucí polohovat dítě do postýlky střídavě jeden den hlavičkou jedním směrem, třeba doprava a druhý den doleva. Predilekce hlavičky se nelze zbavit pouze samostatným polohováním do správného postavení. Proto se doporučuje navštívit fyzioterapeuta a cvičit pod jeho vedením. Celkově je nutné i přizpůsobit všechnu manipulaci a okolí dítěte, tak abychom předešli dalšímu zhoršení. (Kolář et. al., 2009; Weberová, 2004; Skalová, 2012)

5.2.3. Chování a nošení

Dítě se rodí s rovnou páteří. Hlavička novorozence váží více jak čtvrtinu jeho těla. Když se dítě narodí, nemá dostatečně posílené šíjové svaly, a proto nedokáže udržet hlavičku ve vertikální poloze bez pozdějších následků. Proto je důležité správné nošení a chování dítěte.

Technika chování v „klubíčku“

Dítě spočívá svojí hlavičkou v ohbí našeho lokte, předloktí stejné ruky ho jistí ze spodu a z boku, hlava je v protažení šíje, pánev je podsazená, HKK a DKK jsou před tělem. Druhá ruka může přidržovat zadeček. Tato technika chování je odpočinková a relaxační.

Technika chování v „tygříkovi“

Z polohy „klubíčka“ můžeme dítě plynule převalit do „tygříka“. Pomalu rotujeme pánví, ohbím lokte druhé paže se dostáváme do oblasti ramene dítěte. Ruku mezitím provlečeme mezi stehny dítěte a budeme přidržovat pánev.

Čím dítě je starší, tím více spolupracuje a zacházení s dítětem je podstatně snadnější, i když se více pronese. Proto koncem 9. měsíce můžeme dítě chovat na boku. Dítě je opřeno o náš bok, kdy naše ruka dítě podpírá v axile, trupu a stehna. Dítě už by mělo umět samo lézt a také sedět (což vedlo, ke správnému posílení svalů zad), proto se nemusíme bát o prohnutí v oblasti beder, ani záklonu hlavičky. (Skalová, 2012; Kiedroňová, 2005)

Na nošení dítěte mohou matky používat různé šátky, vaky či nosítka. Již jsem se zmiňovala o těchto pomůckách ve své bakalářské práci. Raději tedy zopakuji, že nošení novorozenců a kojenců, kteří ještě nemají dostatečně posílené hluboké flexory šíje, v těchto pomůckách spíše škodí.

5.2.4. Předávání dítěte

U předávání dítěte je důležité vždy hlídat postavení hlavičky a osu těla, hlavně u novorozenců a kojenců, kteří ještě neumí držet hlavičku. Důležité je předávání na obě dvě strany. Vždy bereme v potaz bezpečí dítěte, důležité je jištění páteře a hlavičky. Také bychom měli zohlednit pocit miminka, když je mezi předáním ve vzduchu.

Jak rodiče, tak i příbuzní, kteří si mezi sebou předávají dítě, se nesmí bát a měli by být dobře naladěni, protože děťátko všechno dokáže vycítit. (Borgenicht, 2003)

5.2.5. Oblékání a svlékání

Při oblékání i svlékání je třeba opět dávat pozor na hlavičku. Pokud oblékáme body nebo trička přes hlavu, nutno opatrně přetáhnout od záhlaví směrem k čelu, aby nedošlo k záklonu hlavy, poté nahneme rukávy a třemi prsty ve špetce, uvnitř rukávu zachytíme ručku – pěstičku dítěte a provlékneme rukáv. Pokud oblékáme dupačky, nejprve oblékneme nohavice, poté překulíme dítě na bok a navlékneme rukáv, totéž provedeme na druhé straně. Při svlékání postupujeme v opačném pořadí. (Borgenicht, 2003)

5.2.6. Přebalování

Nejvhodnější poloha pro přebalování je poloha na zádech. Plenku dítěte rozepneme. Chytíme dítě za oba dva kotníky a zvedneme je. Zadeček dítěte otřeme plenkou a následně vlhčeným ubrouskem. Starou plenku odstraníme. Novou plenu rozložíme, dítě uchopíme za oba dva kotníky, zvedneme zadeček, plenu podsuneme pod dítě. Přední část plenky přetáhneme miminku přes břicho a pomocí suchých zipů upevníme. (Kiedroňová, 2005; Borgenicht, 2003)

5.2.7. Koupání

Koupání dítěte má hlavně hygienický význam, ale můžeme z něj udělat i krásný a radostný zážitek. Novorozence po dobu 10. lunárních měsíců v těle matky nadlehčovala plodová voda. Umožňovala mu snadnější pohyb, vytvářela mu příjemnější prostředí. Na pohyb ve vodě je tedy dítě, ale i dospělý člověk přirozeně adaptován, sděluje Kiedroňová ve své knize „Jak se rodí vodníčci“. Voda nadlehčuje, díky tomu je dítě ve vodě aktivnější a pohyby se mu provádějí snadněji. Děti do té doby, než začnou lézt, jsou nejčastěji nošené nebo jsou aktivní na hrací dece, dítě se tedy nezpotí ani neušpiní. Proto novorozence ani kojence rozhodně nemusíme koupat každý den. (Kiedroňová, 2012)

V dnešní době existuje tolik možností, v čem dítě koupat. Můžeme použít malou dětskou vaničku, vanu či různé druhy kyblíků.

Malá vanička se nejčastěji používá pro novorozence a následně kojence do 3. měsíců věku. Ve velké vaně má ale dítě větší možnosti aktivního pohybu. Velmi pozitivní účinek má společná koupel rodiče a miminka. Dítě se v první řadě uklidní, dokáže se uvolnit a celkově si pobyt ve vodě užít kyblíky. Kyblíky jsou v dnešní době hodně populární, ale bohužel pro koupání novorozence a kojence, do té doby, než umí samo sedět, jsou nevhodné. Což se ale od výrobců opravdu nedozvíte. Když dítě pokládáme do kyblíku, tak ho vlastně posazujeme, zádička jsou tedy kolmo k zemi a dítě si zatěžuje nedostatečně vyvinuté trupové svaly a tím se zmenšuje šance na správný vývoj páteře. (Kiedroňová, 2012; Skalová, 2012)

5.2.8. Kojení a krmení

Mateřské mléko je pro dítě hlavním zdrojem obživy. Bohužel ne každé dítě je kojené od narození. Pak tedy hovoříme o krmení. Od konce 5. začátkem 6. měsíce můžeme začít s příkrmy dítěte. Do té doby je novorozenec a kojeneček kojen či krmen mateřským mlékem. Kojení je spojeno s matčinou blízkostí a také s projevem její lásky. Pro kojení a krmení je důležité zvolit, pokud možno klidné prostředí a pohodlnou pozici jak pro matku, tak pro dítě. (Mydlilová, 2004; Švejcar, 2003)

Existuje několik poloh, které může matka dítěte pro kojení zvolit. Případně může použít polohovací pomůcky. Vsedě při kojení může žena použít tzv. „zkřížený úchop“ dítěte – Dítě leží např. na matčině pravém předloktí bříškem k matčině trupu. Pravá ruka podpírá zadeček miminka, levá ruka drží hlavičku. Matka by měla být zády opřená o opěrku, chodidla by měla mít podložená stoličkou. Důležitá je i poloha dítěte při kojení. Velmi dbáme na správné postavení hlavičky, která by měla být výš než pánev. Důležité je zajistit pevnou oporu pro celý trup a pánev miminka. Chceme předejít jak záklonu hlavy, tak trupu. Pohyby rukou dítěte by neměli být omezeny. Další poloha, v jaké může žena dítě kojít, je vleže na boku. Žena by měla mít podloženou celou paži dostatečně velkým polštářem. Rozhodně se nedoporučuje vzpor o předloktí. Dítě je přivinuté k prsu matky. Žena novorozence či konce jistí svojí druhou rukou v oblasti beder. (Kiedroňová, 2005; Gregora, 2011)

Kojení dvojčat je pro ženu náročné nejen fyzicky, ale také psychicky. Často potřebuje pomoc další osoby. U novorozenců matky nejvíce využívají boční držení obou. Matka si pohodlně sedne, je obložena kojícím polštářem. Nejdříve si z boku přiloží jedno z dvojčat

k prsu, poté i to druhé. Čím více dvojčata rostou, tím je to pro jejich matku náročnější. Proto pak každé kojí zvlášť. (Gregora, 2011)

Nejvíce doporučovaná poloha pro krmení dítěte je v „klubíčku“, do té doby, než začne samo sedět. Někteří rodiče velmi často používají různá sedátka či lehátka ke krmení. Dítě, které ještě samo neseďí, bychom rozhodně neměli dávat ani na krmení do sedátek. Lepší je proto použít lehátko, ale pouze na nezbytně nutnou dobu na krmení. Když už nám kojeneček sám sedí, můžeme mu pořídit židličku a krmit ho v ní. Jana Skalová ve své knize radí, aby každé dítě, které sedí na židličce, by mělo mít chodidla vypodložena. (Kidroňová, 2005; Skalová, 2012)

Mnoho rodičů určitě neví, že správným handlingem můžeme dítě stimulovat, a tak mu dopomoci ke správnému vývoji. K stimulaci se mohou využívat i různé pomůcky. Např. v poloze na břicho můžeme použít gymball, na kterém bude děťátko „cvičit“. V poloze na zádech ke stimulaci dítěte pro jeho správný vývoj využijeme třeba overball. Důležité je dítěti dopomoci, ne dělat pohyb za něj, ono samo ví, kdy má jaký pohybový vzor udělat, my se ho snažíme jen stimulovat. Velkým stimulem pro různé pohybové vzorce může být hračka, či hlas rodičů nebo příbuzných. Nejlepší pro vývoj dítěte je pobyt na břicho od prvního dne a to co nejčastěji. Klást velký důraz na oboustrannou manipulaci s dětmi, rozhodně nepreferovat jednu stranu. Dále střídat polohy dítěte v postýlce, abychom předešli predilekci hlavičky. Rozhodně nepředbíhat vývoj dítěte. Kojence pasivně neposazovat, nepostavovat, nestimulovat k chůzi naopak vyčkat až to dokáže samo. Dítěti nedávat botičky, dokud samo nechodí. Pro výběr správné obuvi je dobré se poradit s odborníkem (s dětským fyzioterapeutem nikoli prodavačkou, která botičky prodává). Hopsátka, chodítka a odstrkovač raději vynechat. (Lommel – Kleinert, 2003; Pulkkinen, 2010; Weberová, 2004; Skalová, 2012)

PRAKTICKÁ ČÁST

6. CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Cílem této práce je naučit se rozpoznat správný a chybný handling dítěte v rámci vybraných aktivit dne, rozpoznat adekvátní a neadekvátní psychomotorický vývoj dítěte, pomocí výzkumných metod zjistit informovanost rodičů o handlingu.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání teoretických znalostí z různých zdrojů o handlingu a psychomotorickém vývoje dítěte.
2. Vybrat skupinu dětí a jejich rodičů a sledovat u dětí PMV a u rodičů správný či nesprávný typ handlingu
3. Vybrat skupinu rodičů pro dotazníkovou akci a dotazník zpracovat do tabulky a následně do grafu
4. Uvědomit si a nastudovat vhodné metody testování a pozorování pro potvrzení či vyvrácení mých hypotéz.
5. Sledovat PMV dítěte, který je ovlivněn handlingem matky nebo některého z příbuzných a analyzovat získané výsledky.

Tyto výsledky budou uceleny, porovnány a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány s mými hypotézami.

7. HYPOTÉZY

Hypotéza 1 – *Předpokládám, že neideální handling ovlivní negativně psychomotorický vývoj i u jinak zdravého dítěte.*

Hypotéza 2 – *Předpokládám, že alespoň jedna z mnou sledovaných matek, by mohla provádět správný handling u všech vybraných aktivit všedního dne dítěte.*

Hypotéza 3 – *Předpokládám, že větší počet respondentů z mé dotazníkové akce bude znát pojem handling dítěte.*

7.1. Metody objektivizace hypotéz:

1. Pozorování náhodně vybraných zdravých dětí z dětského obvodu a handlingu jejich rodičů a blízkých – zhodnocení adekvátního a neadekvátního handlingu
2. Zhodnocení orientačního psychomotorického vývoje dítěte v závislosti na věku dle všeobecně uznávaných norem
3. Dotazníková akce na zjištění znalostí matek ohledně handlingu

8. CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

V rámci své bakalářské práce jsem sledovala psychomotorický vývoj u skupinky 4 dětí – novorozenců a kojenců do 1 roku věku a handling jejich rodičů a blízkých, nejčastěji matek.

Dále jsem provedla dotazníkovou akci mezi rodiči o informovanosti o handlingu dítěte. Souhlas pracoviště, ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, je součástí příloh této práce. Souhlas se spoluprací na této BP a publikování pořízené fotodokumentace pro potřeby BP je uložen u autora práce.

Sledovaný soubor

Soubor byl složen z dětí a jejich rodičů ze soukromé ordinace praktického lékaře pro děti a dorost z Plzně.

Děti byly vyšetřovány a sledovány mnou po dobu minimálně 6 měsíců – byly provedeny tři návštěvy u každého dítěte. Handling a psychomotorický vývoj jsem hodnotila na základě pozorování, porovnání s normou a zhotovení fotodokumentace. V rámci handlingu jsem vybrala tyto aktivity: svlékání, přebalování, aktivní pobyt a hra na zemi, uvedení dítěte do vody, samostatný pobyt dítěte ve vodě, kojení, způsob předávání dítěte u členů rodiny, nošení dítěte.

Byl proveden rozhovor a dotazníková akce s rodiči. Zároveň jsem zjišťovala, z jakých zdrojů jsou rodiče informováni o správném handlingu.

Výsledky jsem získávala na základě rozhovoru s rodiči, porovnáváním dětí a zhotovením fotodokumentace adekvátního a neadekvátního handlingu.

9. KAZUISTIKY

9.1. Kazuistika I.

Pohlaví: žena, 6. měsíců

Anamnéza

Rodinná anamnéza:

matka dítěte – narozena r. 1978, snížená funkce štítné žlázy, GER

matka matky – narozena r. 1950, snížená funkce štítné žlázy

Porod: vyvolávaný z důvodu hrozící perinatální asfyxie, záhlavím

Osobní anamnéze: z 3. gravidity, porod ve 41. týdnu, váha 3670 g/ výška 52 cm, Apgar score – 10,10,10.

Vyšetření kyčlí: v pořádku

1. návštěva – 6 měsíců

Vyšetření spontánní hybnosti

Vleže na zádech je kojenec stabilní, symetricky rotuje hlavičkou na obě dvě strany. Úchop přes střed zvládá. Dokáže se otočit ze zad na břicho. Vleže na břiše zvládá první vzpřímení, oporu o loket, nedokáže se však vzpřímit na expedovaných HKK v loktech. Umí přenést váhu na jedné straně na předloktí a bok, na druhé straně nakročí nožičkou a šáhne si pro hračku. Pivotování zvládá.

Pomůcky

Šátek, kočárek, dětská postýlka vedle manželské postele, dětská vanička.

Handling v rámci „ADL“

Svlékání dítěte



Obrázek 1 – Svlekání J 1.1.



Obrázek 2 – Svlekání J 1.2.



Obrázek 3 – Svlekání J 1.3.



Obrázek 4 – Svlekání J 1.4.

Matka nejprve svlékala kojenci tepláčky. Poté rozepnula body, následně zafixovala chodidla dítěte a nadzvedla je do vzduchu, aby mohla body vysunout do oblasti břicha. Dítě přetočila na bok a svou jednou rukou jej uchopila za ruku a druhou rukou svlékla rukáv z dětské ruky. Totéž provedla i s druhým rukávem. Dále jej přetočila zpět na záda, srolovala si body a opatrně přetáhla body přes hlavičku dítěte.

Přebalování



Obrázek 5 – Přebalování J 1.1.



Obrázek 6 – Přebalování J 1.2.



Obrázek 7 – Přebalování J 1.3.

Matka plenku dítěte nejprve rozeplula. Následně dítěti zvedla obě dvě DKK, které fixovala nad kotníčky a plenku odstranila. Zadeček dítěte otřela vlhčeným ubrouskem a namazala krémem. Novou plenu rozložila a opět dítě uchopila za oba dva kotníčky, zvedla zadeček, plenu podsunula pod dítě. Přední část plenky přetáhla miminku přes břicho a pomocí suchých zipů upevnila.

Aktivní čas dítěte na zemi



Obrázek 8 – Aktivní čas J 1.1.



Obrázek 9 – Aktivní čas J 1.2.



Obrázek 10 – Aktivní čas J 1.3.

Kojenec má v 6 měsíci umět různé pohybové vzorce, viz 1. kapitola – Psychomotorický vývoj dítěte – druhý trimenon. Matka svým handlingem může dopomoci dítěti k aktivnímu přetáčení na bok a následně i na břicho. Chceme, aby dítě bylo co nejvíce aktivní, takže rozhodně pohyb neprovádíme za něj, ale pouze mu pomáháme a čekáme na jeho vlastní reakci. První stimul je určitě hračka, kterou můžeme položit do strany v úrovni očí dítěte. Druhým stimulem by byl tlak na bok směrem k pánvi. I k pivotování dítěte je dobrým stimulem hračka. Také můžeme jako stimul použít hlas a obličej matky, který by měl opět být v úrovni očí dítěte.

Kojenec nemá ideální druhé vzpřímení. Proto je na místě dávat kojence co nejčastěji na břicho a stimulovat jeho správný vývoj.

Uvedení dítěte do vody



Obrázek 11 – Uvedení do vody J 1.1. Obrázek 12 – Uvedení do vody J 1.2.

Kojenec ve věku 6 měsíců už sám udrží hlavičku. Matka proto fixuje svou jednou rukou paži dítěte a druhou rukou mu jistí zadeček. Postupně kojence pokládá do vany, nejprve položí zadeček a poté hlavičku.

Samostatný pobyt dítěte ve vodě



Obrázek 13 – Pobyt ve vodě J 1.1.



Obrázek 14 – Pobyt ve vodě J 1.2.

Při pobytu ve vodě matka jistí svému dítěti hlavičku a druhou rukou jej omývá. Snaží se co nejvíce neomezovat pohyb dítěte ve vodě.

Kojení a krmení



Obrázek 15 – Kojení J 1.1.



Obrázek 16 – Krmení J 1.1.

Každá žena má svou pozici na kojení, kterou preferuje. Při kojení je důležité zajistit pevnou oporu trupu a pánve. Hlavička by měla být výše než zadeček. Proto si matka podepřela hlavičku a trup dítěte polštářem. Možná bych ještě upřednostnila, kdyby se žena zády opřela o opěrku, nohy položila mimo gauč. Jak dítě, tak matka by měly lepší pozici. Matka fixuje jak hlavičku, tak i záda a zadeček dítěte. Snaží se jej neomezovat v pohybech. Což je správné.

Při krmení má žena dítě posazené na svém klíně. Kojenci je pouze 6 měsíců a takovéto posazování se považuje za předčasné posazování a neadekvátní. Proto bych raději dítě krmila v poloze „klubíčka“, viz 5 kapitola – Handling dítěte – podkapitola Handling v rámci ADL.

Předávání dítěte u členů rodiny



Obrázek 17 – Předávání J 1.1.

Obrázek 18 – Předávání J 1.2.

Obrázek 19 – Předávání J 1.3.

Žena při předávání dítěte jistí páteř a pánev kojence. Hlavičku dítě už umí udržet samo, proto její jištění u 6. měsíčního dítěte není zcela nutné. Dítě při předávání dítě nemá páteř kolmo k zemi. Při předávání střídají obě strany.

Nošení dítěte



Obrázek 20 – Nošení J 1.1.



Obrázek 21 – Nošení J 1.2.



Obrázek 22 – Nošení J 1.3.



Obrázek 23 – Nošení J 1.4.

První a poslední fotka zobrazuje správné nošení dítěte. Pokud má matka dítě takto uvázané v šátku je to v pořádku, jelikož dítě nemá páteř kolmo k zemi, nemá záklon klavičky ani doširoka roznožené DKK. Druhý ani třetí obrázek nepředstavuje adekvátní handling dítěte. Páteř je výrazně prohnutá, pohyblivost dítěte je také omezena, navíc na třetím obrázku rodič chová dítě v „tygříkovi“ což je pro 6 měsíční dítě již nevhodné.

2. Návštěva – 7,5 měsíce

Vyšetření spontánní hybnosti

V poloze na bříšku kojenec zvládá druhé vzpřímení. Nadále se zlepšuje v pilotáži. Dokáže se přetočit z polohy na zádech na bok až na břicho a zpět. Tulení a šikmý sed nezvládá.

Pomůcky

Šátek byl vyměněn za nosítko, polohovatelná židlička na krmení, všechny ostatní pomůcky se nezměnily.

Handling v rámci „ADL“

Svlékání



Obrázek 24 – Svlékání J 2.1.



Obrázek 25 – Svlékání J 2.2.



Obrázek 26 – Svlékání J 2.3.

Svlékání se při druhé návštěvě výrazně neliší od té první. Matka svlékla dítěti tepláčky, rozepnula body, které vrhnula do oblasti hrudníčku. Svou jednou rukou dítě uchopila za dětskou ruku a druhou rukou nahrnutý rukáv vysvlékla dítěti z ruky. To samé udělala i s druhým rukávem. Body si vyhrnula až ke krku a přetáhla jej dítěti přes hlavu.

Přebalování



Obrázek 27 – Přebalování J 2.1.



Obrázek 28 – Přebalování J 2.2.



Obrázek 29 – Přebalování J 2.3.



Obrázek 30 – Přebalování J 2.4.

Přebalování i na druhé návštěvě probíhalo stále stejně. Nejprve matka kojenci rozeplula plenu. Držením za oba dva kotníčky nadzvedla zadeček dítěte. Plenu odstranila. Vykonalu potřebnou hygienu dítěti. Poté opět uchopila dítě za oba dva kotníčky a nadzvedla zadeček, plenu podsunula pod dítě. Následně plenu upevnila.

Aktivní čas dítěte na zemi



Obrázek 31 – Aktivní čas J 2.1.



Obrázek 32 – Aktivní čas J 2.2.



Obrázek 33 – Aktivní čas J 2.3.

Na obrázcích můžeme vidět, jak kojeneček zvládá druhé vzpřímení či přetočení z břicha na záda. V 7,5 měsících můžeme dítě stimulovat do šikmého sedu. Jeden z rodičů se posadí na zem, udělá sed roznožný. Dítě navedeme do šikmé polohy s oporou o HK a stehno jednoho z rodičů. Rodič jednou rukou fixuje pokrčené koleno na straně, kde se HK opírá a druhou rukou může lákat dítě hračkou.

Uvedení dítěte do vody



Obrázek 34 – Uvedení do vody J 2.1.



Obrázek 35 – Uvedení do vody J 2.2.

Matka při druhé návštěvě uvádí dítě do vody na břicho. Jednou rukou jej podpírá pod hrudníčkem, druhou rukou v oblasti stydké kosti. Nejdříve položí dítěti do vaničky nožičky a dolní polovinu trupu, dítě se samo vzepře na HKK.

Samostatný pobyt dítěte ve vodě



Obrázek 36 – Pobyt ve vodě J 2.1.

Při druhé návštěvě se nám změnila poloha při pobytu ve vodě. Kojenec začal více preferovat být ve vaničce na bříšku. Matka jednou rukou jistí hrudníček dítěte a druhou rukou jej umívá.

Kojení a krmení



Obrázek 37 – Kojení J 2.1.

Obrázek 38 – Krmení J 2.1.

Kojení při druhé návštěvě probíhá stejně jako při první. Hlavička dítěte je podložena polštářek a je výše než zadeček. Matka fixuje záda dítěte.

Krmení dítěte při druhé návštěvě probíhá v židličce. Dítě stále neumí sedět. Opět tedy mluvíme o předčasném posazování. Židlička se dá polohovat. Proto bych buď doporučila napolohovat židličku co nejnižše a využít ji jako lehátko nebo dítě krmit v poloze klubíčka.

Předávání dítěte u členů rodiny



Obrázek 39 – Předávání J 2.1.

I způsob předávání se změnil. Bohužel musím podotknout, že ne k lepšímu. Děťátko má páteř kolmo k zemi. Hlavička u takto starého dítěte už nemusí být fixována. Přesto pánev a páteř by stále měli být podpírány. Kojenec také nevypadá touto technikou předávání nadšen.

Nošení dítěte



Obrázek 40 – Nošení J 2.1.



Obrázek 41 – Nošení J 2.2.



Obrázek 42 – Nošení J 2.3.

Způsob nošení se při druhé návštěvě moc nezměnil. Šátek byl vyměněn za nosítko. Dítě však neumí samo sedět ani lézt. Páteř je opět kolmo k zemi, DKK jsou ve velkém roznožení. Doporučovala bych nosítko využívat minimálně.

3. Návštěva – 10 měsíce

Vyšetření spontánní hybnosti

Kojenec zvládá samostatný sed a další druhy sedu. Leze po čtyřech. Zvládá vzpřímený klek. Dokáže se postavit u nábytku.

Pomůcky

Šátek ani nosítko již nepoužívají. Ostatní pomůcky zůstávají stejné

Handling v rámci „ADL“

Svlékání



Obrázek 43 – Svlékání J 3.1.

Obrázek 44 – Svlékání J 3.2.

Obrázek 45 – Svlékání J 3.3.

Matka dítěti nejprve svelle tepláčky. Poté rozezne body, vyhrne až do oblasti hrudníčku. Nahrne si rukáv body, aby mohla svléknout kojenci rukáv z ruky, to samé provede s druhým rukávem. Následně si body opět nahrne a přetáhne ho kojenci přes hlavu. Kojenci je již 10 měsíců, proto již nemusíme bát záklonu hlavičky při přetahování body přes hlavy.

Přebalování



Obrázek 46 – Přebalování J 3.1.

Obrázek 47 – Přebalování J 3.2.



Obrázek 48 – Přebalování J 3.3.



Obrázek 49 – Přebalování J 3.4.

Kojenec je velmi aktivní a přebalování je pro matku náročnější. Matka dítěti nejprve rozepne plenu. Dítě se samo přetočí na bok, matka tedy nemusí uchopit dítě v oblasti kotníčků a nadzvednout mu zadeček a DKK. Plenu matka odstraní a provede hygienu. Kojence přebalování opravdu nebaví, proto si matka vzala nasazovací plenu, dítě si posadila na klín a nandala mu ji.

Aktivní čas dítěte na zemi



Obrázek 50 – Aktivní čas J 3.1.



Obrázek 51 – Aktivní čas J 3.2.



Obrázek 52 – Aktivní čas J 3.3.

Jelikož kojeneček začal nedávno lézt, je důležité, aby se v lezení co nejvíce zdokonalil a lezl co nejdéle. Na třetím obrázku můžeme vidět, že kojeneček si dokáže stoupnout s oporou o nábytek. Dítě však stojí na špičkách, čemu my bychom se chtěli vyhnout. Když už se dítě vertikalizuje do stoje, je důležité, aby se postavilo přes nárok 1 DK, nikoli přitažením za obě HKK. Dítě by mělo při nároku střídat obě DKK. Rodiče často, když už vidí, že se dítě dokáže samo zvednout, nabídnout dítěti ruku a hned jásají, že dítě již samo chodí. Takovéto vodění za ruce je velmi neadekvátní. A co se vůbec dítěti nedoporučuje, je, chodítko viz 2 kapitola – Faktory, které mohou negativně ovlivnit psychomotorický vývoj dítěte – 3 podkapitola – Nevhodné užívání pomůcek.

Uvedení dítěte do vody



Obrázek 53 – Uvedení do vody J 3.1. Obrázek 54 – Uvedení do vody J 3.2.

Dítě dokáže samo hezky udržet hlavičku, proto fixace není nutná. Otec svou jednou rukou fixuje paži dítěte a druhou zadeček, uvádí jej do vany.

Samostatný pobyt dítěte ve vodě



Obrázek 55 – Pobyt ve vodě J 3.1.



Obrázek 56 – Pobyt ve vodě J 3.2.

Dítě ve vaně většinou sedí. Jednou rukou se samo přidržuje vaničky. Otec dítě zepředu jednou rukou jistí a druhou omývá. Někdy dítě myjí vleže na zádech. Otec jednou svou rukou fixuje hlavičku a druhou rukou dítě omývá.

Kojení a krmení



Obrázek 57 – Kojení J 3.1.



Obrázek 58 – Krmení J 3.1.

Kojení probíhá stále stejně, jako při první i druhé návštěvě. Dítě už samo leze a sedí, proto klidně může sedět v této židličce, kde je krmeno. Tato židlička má i opěrku pro nožičky dítěte. Nemám žádné výhrady.

Předávání dítěte u členů rodiny



Obrázek 59 – Předávání J 3.1.

Předávání dítěte, probíhá stejně jako při druhé návštěvě. Tentokrát, ale tento způsob předávání je vhodný. Dítě umí samo sedět a lézt, páteř dítěte již může být kolmo k zemi. Přeci jenom bych doporučila, aby sourozenec kojence moc často matce nepředával. Dítě je na sourozence těžké a mohlo by dojít k úrazu kojence.

Nošení dítěte



Obrázek 60 – Nošení J 3.1.

10. měsíční dítě se dost „pronese“, proto jej matka nejčastěji nosí takto na boku.

Závěr

Během mých návštěv jsem si všimla několika nedokonalostí handlingu dítěte. Při první a druhé návštěvě musím zmínit krmení dítěte. V obou případech dítě stále neumělo sedět, přesto jej matka krmila buď na svém klíně, či v židličce. Hovoříme tedy o předčasném posazování. Dále bych matce a otci vytkla způsoby nošení, které nebyly optimální vůči věku dítěte. Využívání nosítka ani nezmiňuji. Také bych změnila způsob předávání při druhé návštěvě.

Možná některá z těchto chyb v handlingu mohly způsobit neideální 2 vzpřímení v 6 měsících dítěte či neschopnost zvládat šikmý sed v průběhu 8 měsíce.

Celková spolupráce s matkou byla příjemná.

9.2. Kazuistika II.

Pohlaví: žena, 3. měsíců

Anamnéza

Rodinná anamnéza:

matka dítěte – narozena r. 1988 zdráva

Porod: spontánní záhlavím, pupeční šňůra netěsně kolem krku

Osobní anamnéze: z 2. gravidity, porod ve 40. týdnu, váha 3,90 kg/ a výška 52 cm, Apgar score – 9,10,10.

Vyšetření kyčlí: v pořádku

1. návštěva – 3. měsíce

Vyšetření spontánní hybnosti

Na bříšku kojenec zvládá první vzpřímení i otočení hlavičky. Vleže na zádech je kojenec stabilní, symetricky otáčí hlavičkou na obě strany. Objevuje se u kojence kontakt oko – ruka – ústa. Dokáže se otočit na bok, ale s výrazným záklonem hlavy a prohnutím v oblasti beder.

Pomůcky

Nosítko, hojda vak, příležitostně lehátko, dětskou vaničku.

Handling v rámci „ADL“

Svlékání



Obrázek 61 – Svlekání M 1.1.



Obrázek 62 – Svlekání M 1.2.



Obrázek 63 – Svlekání M 1.3.

Matka nejprve vyhrne tričko dítěte do oblasti pupku. Svou jednou rukou si nahrne rukáv od trička, druhou rukou vyndává ručičku dítěte z rukávu. To samé provede i s druhým rukávem. Tričko shrne do oblasti krčku a následně přetáhne přes hlavičku dítěte. Následně dítěte svlékne tepláčky a ponožky.

Přebalování



Obrázek 64 – Přebalování M 1.1.



Obrázek 65 – Přebalování M 1.2.



Obrázek 66 – Přebalování M 1.3.

Nejdříve matka rozepnula plenku. Následně fixací nad kotníčky nadzvedne obě dvě DKK a zadeček. Provede následnou hygienu a plenu odstraní. Opět uchopí obě DKK nad kotníčky a nadzvedne je nad podložku a podsune pod dítě novou plenu. Nožky a zadeček dítěte pokládá, upravuje plenu a následně jí upevní pomocí suchých zipů.

Aktivní čas hraní na zemi



Obrázek 67 – Aktivní čas M 1.1.

Obrázek 68 – Aktivní čas M 1.2.

Obrázek 69 – Aktivní čas M 1.3.

Co by dítě ve 3 měsících mělo umět, se dočtete, viz 1 kapitola – Psychomotorický vývoj – první trimenon. Kojence ve 3 měsících můžeme stimulovat ke správnému prvnímu vzpřímení. Jeden z rodičů zahákne své prsty za loket kojence a opře mu lokty do podložky, obličej rodiče by ideálně měl být ve stejné úrovni, jako je obličej dítěte. Rodič na dítě komunikuje, hraje si s ním. V této poloze by se dítě mělo cítit dobře. Vleže na zádech můžeme obě DKK dítěte navést do postavení trojflexe. Jedna ruka rodiče fixuje toto postavení. Opět s dítětem chceme navázat oční kontakt, hovořit s ním.

Na třetím obrázku se kojeneček otáčí na bok s výrazným záklonem hlavy a prohnutím v oblasti bederní páteře. Tento pohybový vzor je u 3. měsíčního kojence špatný, navíc je provádět nesprávně.

Uvedení dítěte do vody



Obrázek 70 – Uvedení do vody M 1.1.

Matka jednou svou rukou fixuje ramena a páteř dítěte, druhou rukou fixuje zadeček. Dítě sice již udrží hlavičku, ale přesto bych 3. měsíčnímu kojenci raději hlavičku fixovala. Nejprve pokládá zadeček, pak až hlavičku dítěte.

Samostatný pobyt dítěte ve vodě



Obrázek 71 – Pobyt ve vodě M 1.1.

Obrázek 72 – Pobyt ve vodě M 1.2.

Při pobytu ve vodě je výhodné využít látkové lehátko, které pomáhá přidržovat miminko ve vodě. Matka jednou svou rukou ještě fixuje dítěti hlavičku a druhou rukou ho omývá.

Kojení



Obrázek 73 – Kojení M 1.1.

Obrázek 74 – Kojení M 1.2.

Při kojení dítěte matka svou jednou rukou fixuje záda kojence, druhou rukou mu přidrží svůj prs, pro snazší přisátí dítěte. Ještě bych doporučila dítě podložit polštářem. Žena při kojení sedí, zády je přená o opěrku, doporučovala bych, aby si obě dvě nohy sundala z křesla a podložila si je stoličkou. Hlavička kojence je výše než zadeček, což je v pořádku, přesto bych radši ještě přidržovala hlavičku.

Předávání dítěte u členů rodiny



Obrázek 75 – Předávání M 1.1.



Obrázek 76 – Předávání M 1.2.

Způsob předávání, který vidíme na fotkách, není u 3. měsíčního kojence adekvátní. Páteř dítěte směřuje kolmo k zemi, hlavička ani záda nejsou nijak jištěna. Je výhodnější volit variantu, kdy matka jednou rukou bude přidržovat hlavičku a druhou záda dítěte. Páteř nebude kolmo k zemi – předávání v klubíčku.

Nošení dítěte



Obrázek 77 – Nošení M 1.1.



Obrázek 78 – Nošení M 1.2.



Obrázek 79 – Nošení M 1.3.



Obrázek 80 – Nošení M 1.4.

Způsob nošení na první a třetí fotce není pro kojence tohoto věku vhodné. Páteř je opět kolmo k zemi. Kojence v nosítku můžeme vidět na čtvrtém obrázku. Jelikož kojenci jsou 3 měsíce, neumí samo ani lézt a ani sedět, jeho páteř proto není dostatečně připravena být kolmo k zemi.

Navíc hlavičku mají často děti v nosítku v záklonu a DKK ve velkém roznožení. Doporučovala bych omezit čas dítěte v nosítku na minimum. Na druhém obrázku chová matka dítě na „tygříka“, hlavičku kojence hezky drží, páteř je rovná, proč ne.

2. návštěva – 4,5 měsíce

Vyšetření spontánní hybnosti

Vleže na zádech kojenec zvládá úchop přes střed. Dokáže se otočit na bok a zpět, ale se záklonem hlavičky a prohnutím páteře. Na břicho zvládá první vzpřímení i oporu o MEH.

Pomůcky

Až na hojda vak, který už nepoužívají, zůstávají všechny pomůcky stejné.

Handling v rámci „ADL“

Svlékání



Obrázek 81 – Svlékání M 2.1.



Obrázek 82 – Svlékání M 2.2.



Obrázek 83 – Svlékání M 2.3.



Obrázek 84 – Svlékání M 2.4.

Matka nejprve svlékla tepláčky, shrnula je od pánve k DKK. Nahrnutím nohavic dítěti vysvlékla tepláčky z DKK. Poté rozepnula body, jednou svou rukou dítě chytla za stehýnko a nadzvedla mu zadeček, aby mohla body vyhrnout až k pupku. Raději bych upřednostnila si chytit obě DKK dítěte. Dítě přetočila na bok a svou jednou rukou jej uchopila za paži a druhou rukou svlékala rukáv z ruky. Totéž zopakovala i s druhým rukávem. Kojence následně přetočila zpět na záda, srolovala si body a opatrně přetáhla body přes hlavičku.

Přebalování



Obrázek 85 – Přebalování M 2.1.



Obrázek 86 – Přebalování M 2.2.



Obrázek 87 – Přebalování M 2.3.

Přebalování se při druhé návštěvě nějak výrazně nelišilo od té první. Matka rozeplula plenu. Uchopila obě DKK dítěte nad kotníčky a přizvedla je, aby mohla vyndat zpod dítěte špinavou plenu. Následně provedla hygienu. Opět si zafixovala svou jednou rukou DKK dítěte nad kotníčky a společně se zadečkem je přizvedla, druhou rukou pod dítě položila čistou plenu, kterou následně upevnila pomocí suchých zipů.

Aktivní čas dítěte na zemi



Obrázek 88 – Aktivní čas M 2.1.



Obrázek 89 – Aktivní čas M 2.2.



Obrázek 90 – Aktivní čas M 2.3.

Ve 4,5 měsících je důležitá opora o MEH. I v tomto věku můžeme dítěti pomoci a správně ho stimulovat pro pohybové vzorce v jeho vývoji. Jeden z rodičů dítě položí na břicho. Uchopí protilehlý loket a koleno, které opře o podložku. Hračka nám poslouží jako stimul pro dítě. Položí jí před dítě do oblasti uchopující ruky. Dítě se snaží jednou rukou hračku uchopit, druhou se opírá o loket. Dále můžeme trénovat přetáčení na bok. Dítě leží na zádech, jeden z rodičů uchopí obě HKK i DKK dítěte a pomalu plynule dítě přetáčí na jeden a pak i na druhý bok. Obličej rodiče by měl být v úrovni očí dítěte. Pohyb může být doprovázen slovním doprovodem rodiče.

I při druhé návštěvě můžeme vidět stejný pohybový vzor – přetáčení na bok. Opět není prováděn správně.

Uvedení dítěte do vody



Obrázek 91 – Uvedení do vody M 2.1. Obrázek 92 – Uvedení do vody M 2.2.

Matka při pokládání dítěte do vody jej jistí v oblasti ramen a pánve. Kojenec nám již hezky udrží hlavičku, proto její fixace není úplně nutná. Postupně jej pokládá do vody, nejprve položí zadeček a následně hlavičku.

Samostatný pobyt dítěte ve vodě



Obrázek 93 – Pobyt ve vodě M 2.1.

Obrázek 94 – Pobyt ve vodě M 2.2.

Pobyt ve vodě se při druhé návštěvě moc nelišil. Jediné, co se změnilo, tak přibila kojenci voda ve vaničce. Přeci jenom vyrostlo, je vidět, že si pobyt ve vodě užívá. Opět, je dítě položené na látkovém lehátku. Matka jednou rukou jistí hlavičku a druhou rukou dítě omývá.

Kojení



Obrázek 95 – Kojení M 2.1.

Obrázek 96 – Kojení M 2.2.

Na obrázcích můžeme vidět, že matka při kojení jistí dítěti jak hlavičku, páteř, tak i zadeček. Hlavička je výše než zadeček, což je správné. Přesto bych však matce doporučovala změnit polohu na kojení. Není zády opřená, svou jednou pokrčenou nohou podpírá dítě. Je taková celá nehrbená a zhroucená.

Předávání dítěte u členů rodiny



Obrázek 97 – Předávání M 2.1.

Obrázek 98 – Předávání M 2.2.

Způsob předávání kojenci zůstává i při druhé návštěvě stále stejný. I když je dítě starší, stále neumí samo sedět a lézt. Páteř dítěte by neměla směřovat kolmo k zemi, hlavička ani zádíčka nejsou nijak jištěna. Opět bych doporučovala jistit jak hlavičku, tak i páteř dítěte. Páteř dítěte by rozhodně neměla směřovat kolmo k zemi.

Nošení dítěte



Obrázek 99 – Nošení M 2.1.



Obrázek 100 – Nošení M 2.2.

Nošení dítěte si nijak nezměnilo. Dítě má opět páteř na obou obrázcích kolmo k zemi. Již několikrát jsem zmiňovala, proč takovéto nošení není pro 4,5. měsíční dítě dobré. Na druhé fotce opět vidíme dítě v nosítku. Pro matku je sice výhodné, má volné obě HKK, udělá určitě spoustu práce, ale jistě neslouží k zdravému tělu dítěte.

3. návštěva – 7 měsíců

Vyšetření spontánní hybnosti

Dítě na bříšku zvládá druhé vzpřímení. Otáčí se z břicha na záda a ze zad na břicho již bez záklonu hlavičky a prohnutí v bedrech. Zvládá „tulenění“. Umí šikmý sed i rovný sed. Dříve sedělo a poté se samo rozlezlo. To znamená, že zvládá polohu na čtyřech a také leze. Umí i vzpřímený klek.

Pomůcky

K pomůckám nám přibila židlička, ve které kojence krmí.

Handling v rámci „ADL“

Svlékání



Obrázek 101 – Svlékání M 3.1.



Obrázek 102 – Svlékání M 3.2.



Obrázek 103 – Svlékání M 3.3.



Obrázek 104 – Svlékání M 3.4.

Při svlékání matka nejdříve rozeznula dítěti pyžamo. Následně kojenci svlékla nohavice z obou DKK. Matka jednou svou rukou přidržovala ruku dítěte, druhou rukou svlékala rukáv dítěti z HK. Dítě uchopila za předloktí a přetočila jej na bok, aby mohla dítěti svléct rukáv i z druhé HK. Aby mohla matka odstranit pyžamo zpod dítěte, uchopila jej nejprve za ramínka a nadzvedla záda dítěte, poté uchopením nad kotníčky dítěti zvedla DKK a zadeček.

Přebalování



Obrázek 105 – Přebalování M 3.1.

Obrázek 106 – Přebalování M 3.2.



Obrázek 107 – Přebalování M 3.3.

Obrázek 108 – Přebalování M 3.4.

Přebalování probíhá stále stejným způsobem jako při první a druhé návštěvě.

Aktivní čas dítěte na zemi



Obrázek 109 – Aktivní čas M 3.1.

Obrázek 110 – Aktivní čas M 3.2.

Obrázek 111 – Aktivní čas M 3.3.

Kojenci je pouhých 7 měsíců a už zvládá sezení, lezení i vzpřímený klek. Je vývojově opravdu napřed. Proto bych co nejvíce doporučovala, aby rodiče dítě co nejdéle podporovali ve střídání těchto pohybových vzorů. Velkým stimulem je opět hračka, kterou položíme před dítě, či hlas rodičů, sourozenců, příbuzných.

Uvedení dítěte do vody



Obrázek 112 – Uvedení do vody M 3.1. Obrázek 113 – Uvedení do vody M 3.2.

Matka dítě jistí v oblasti hrudníčku. Pomalu jej pokládá do sedu do umyvadla, kde ho také myje. Dítě umí samo držet hlavičku, také umí samo sedět a lézt. Proto nemám výhrady.

Samostatný pobyt dítěte ve vodě



Obrázek 114 – Pobyt ve vodě M 3.1. Obrázek 115 – Pobyt ve vodě M 3.2.

Vaničku matka vyměnila za umyvadlo. Jednou rukou matka jistí záda dítěte a druhou ho myje. Dítě umí samo sedět, jestli matce vyhovuje více umyvadlo na mytí dítěte, tak proč ne.

Kojení a krmení



Obrázek 116 – Kojení M 3.1.



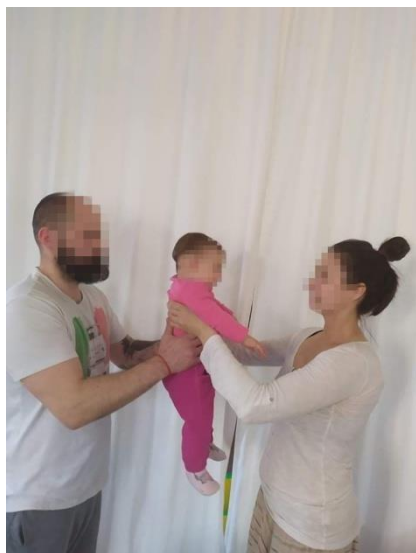
Obrázek 117 – Kojení M 3.2.



Obrázek 118 – Krmení M 3.1.

Kojení při třetí návštěvě probíhá stále stejně. Na třetím obrázku můžeme vidět, že kojeneček sedí v židličce, ve které ho krmí. Dítě už umí samo sedět, takže nevidím důvod, proč by nemohlo v židličce sedět, ale přeci jenom by to chtělo oporu o nohy.

Předávání dítěte u členů rodiny



Obrázek 119 – Předávání M 3.1.

Ani při třetí návštěvě se způsob předávání kojence nezměnil. Dítěti je 7 měsíců, přesto již umí samo lézt i sedět. Proto tento způsob předávání dítěte již není nevhodný. Matka kojence jistí z obou stran v oblasti podpaždí, předává dítě otci, který kojence jistí z obou stran v oblasti břicha.

Nošení dítěte



Obrázek 120 – Nošení M 3.1.

Obrázek 121 – Nošení M 3.2.

Matka nosí dítě stále stejně. Avšak při třetí návštěvě již mohu říct, že dítě takto už nosit smí. Samo umí sedět i lézt. Nosítko je každodenní pomůckou pro matku. I přesto bych doporučila ho používat co možná nejméně.

Závěr

I u druhé matky byla spolupráce velmi dobrá. Ale ani má druhá kazuistika se však neobešla bez chyb v handlingu. Jeden z hlavních problémů byly způsoby nošení dítěte. Při první a druhé návštěvě matka nejčastěji nosila kojence tak, že jeho páteř byla kolmo k zemi, což není doporučovaný způsob nošení, dokud dítě neumí samo sedět a lézt. Matka po celý den využívá nosítka, což je pomůcka matkami hodně používaná, pro dítě však velmi nezdravá. Dále bych chtěla zmínit předávání dítěte. Při všech třech návštěvách se předávání nezměnilo. Bohužel při první a druhé návštěvě byl způsob předávání neadekvátní vzhledem k věku dítěte.

Dítě se ve 3 měsících již dokázalo otočit na bok, bohužel s výrazným zakloněním hlavičky a prohnutím v oblasti zad. Při druhé návštěvě stále dítě provádělo špatně tento pohybový vzorec. V 7 měsících už umí samo sedět, lézt, klečet. Vývojově je velmi napřed. Přesto sed není stabilní. Je zde tedy pravděpodobné, že vývoj dítěte mohl být ovlivněn chybami v handlingu.

9.3. Kazuistika III.

Pohlaví:

- Muž, 4 týdny
- Žena, 4 týdny

Anamnéza

Rodinná anamnéza:

matka dítěte – narozena r. 1988, astma bronchiale, polyvalentní alergie

matka matky – 3x operace páteře

Porod: spontánní, záhlavím

Osobní anamnéze: z 2. gravidity, porod ve 40tt

- Dítě 1: váha 2790 g/ výška 46 cm, Apgar score – 10,10,10
- Dítě 2: váha 2530 g/výška 46 cm, Apgar score – 10,10,10

Vyšetření kyčlí: v pořádku u muže i u ženy

1. návštěva – 4 týdny

Pomůcky

Hojda vak, příležitostně lehátko, kyblík, kočárek

Vyšetření spontánní hybnosti

Dítě 1 – V poloze na zádech má dítě asymetrickou polohu, je stále nestabilní. Hlavičku má v rotaci, úklonu a záklonu. Moro reflex je přítomen. Na bříšku se opírá o pěsti a horní bříško.

Dítě 2 – I druhé dítě je na zádech stále nestabilní. Hlavičku má v rotaci, úklonu a záklonu. Moro reflex je přítomen. Na bříšku se opírá o pěsti a horní bříško.

Handling v rámci „ADL“

Svlékání



Obrázek 122 – Svlékání D 1.1.

Obrázek 123 – Svlékání D 1.2.



Obrázek 124 – Svlékání D 1.3.

Obrázek 125 – Svlékání D 1.4.

Dítě 2 – Matka nejdříve svlékla dítěti tepláčky. Následně rozepnula dítěti tričko. Svou jednou rukou přidržovala ruku dítěte, druhou rukou mu svlékala rukáv. Dítěti nadzvedla hlavičku a záda, které také jistila, aby mohla odstranit tričko, ležící pod dítětem. Při svlékání druhého rukávu matka postupovala stejně. Poté rozepnula body, které vyhrnula do oblasti hrudníčku, opět při svlékání rukávů matka postupovala stále stejně. Body si srolovala a opatrně přetáhla přes hlavičku dítěte.

Dítě 1 – Stejným způsobem matka postupovala i při svlékání dítěte 1.

Přebalování



Obrázek 126 – Přebalování D 1.2.



Obrázek 127 – Přebalování D 1.2.



Obrázek 128 – Přebalování D 1.3.



Obrázek 129 – Přebalování D 1.4.

Dítě 1 – Matka kojenci rozeplnula plenku, nadzvedla dítěti DKK, které uchopila nad kotníčky. Následně provedla potřebnou hygienu. Špinavou plenku vyměnila za novou, kterou podsunula pod dítě, opět proto dítěti nadzvedla DKK fixované nad kotníčky. Následně plenku upevnila pomocí suchých zipů.

Dítě 2 – Přebalování probíhá stále stejným způsobem, až na potřebnou hygienu. Fekálie z pokožky dítěte 1 – muže, matka stírá zezadu dopředu. U dítěte 2 – ženy, matka stírá fekálie zepředu dozadu. (Sníží se riziko uro infekce.)

Aktivní čas dítěte na zemi



Obrázek 130 – Aktivní čas D 1.1.

Již od samého narození je důležité dávat dítě na bříško. Dvojčata jsou ve věku 4 týdnů a na bříšku se jim podle matky moc nelíbí, a proto je do polohy na břicho moc často nedává. Poloha na břicho je pro dítě a pro jeho další vývoj velice významná. Matce bych proto doporučila dávat dvojčata do polohy na bříško. Stačí na pár minutek co nejvíce za den. Děti si postupně na tuto polohu zvyknou. Výrazný stimul může být matčin hlas a hlava matky v úrovni očí dítěte.

Dvojčata tráví nejvíce času v poloze na zádech. I v této poloze je důležitá kontrola pozici hlavy, abychom předešli fixované predilekci.

Uvedení dítěte do vody



Obrázek 131 – Uvedení do vody D 1.1.

Dítě 2 – Matka přidržuje hlavičku a záda jednou svou rukou, druhou rukou jistí zadeček dítěte. Pomalu jej pokládá do kyblíku. Nejprve položí zadeček a poté hlavičku.

Dítě 1 – Matka pokládá dítě 1 do kyblíku stejným způsobem.

Samostatný pobyt dítěte ve vodě



Obrázek 132 – Pobyt ve vodě D 1.1.

Obrázek 133 – Pobyt ve vodě D 1.2.

Matka pro mytí dvojčat využívá kyblík. Na obrázcích můžeme vidět, že dítě sedí, sice je nadlehčováno vodou, ale stále sedí. Dítě ve věku 4 týdnů sedět samo neumí, mluvíme tedy o předčasném posazování. Proto bych raději doporučovala koupání dětí ve vaničce či vaně. Proč kyblík nedoporučuji, se můžete dočíst, viz 5. kapitola Handling dítěte – 2. podkapitola Handling v rámci „ADL“.

Dítě 1 – Při pobytu ve vodě matka jednou rukou fixuje hlavičku a záda dítěte, druhou rukou jej omývá. Tento způsob mytí dítěte je v pořádku, jak už jsem ale zmiňovala, raději bych využila vaničku. Dítě je opravdu velmi malé a přijde mi v kyblíku takové zhroucené.

Dítě 2 – Pobyt ve vodě a mytí dítěte pobíhá stejně.

Kojení



Obrázek 134 – Kojení D 1.1.

Matka při kojení sedí v tureckém sedu. Využívá kojící polštář. Jelikož jsou dvojčata ve věku 4 týdnů, obě dvě děti kojí současně. Dítě 1 i dítě 2 leží čelem k matčině prsu na kojícím polštáři. Dvojčata jsou jištěna předloktími své matky. Matce bych pro pohodlnější pozici doporučila si ještě opřít záda.

Nošení dítěte



Obrázek 135 – Nošení D 1.1.

Obrázek 136 – Nošení D 1.2.

Obrázek 137 – Nošení D 1.3.

Na všech třech obrázcích můžeme vidět nejčastější způsob nošení dvojčat. Na první a druhé fotce jsou dvojčata položená vodorovně na předloktí. Hlavička dvojčat je v záklonu. Na druhé fotce dítě 1 má dokonce hlavičku stočenou k jedné straně. Dvojčata jsou prohnutá i v bedrech, tomu se vždy snažíme vyhnout. Ani na třetí fotce není způsob nošení dítěte adekvátní. Takto malé dítě by nemělo být nošeno ve svislé poloze.

2. návštěva – 3 měsíce

Pomůcky

Pomůcky zůstávají stále stejné, ale přidalo se nosítko, které matka začala využívat.

Vyšetření spontánní hybnosti

Dítě 1 – V poloze na zádech je kojeneček stabilní, dokáže otáčet hlavičkou na obě dvě strany. Hračku umí uchopit nezralým ulnárním úchopem. V poloze na břiše není první vzpřímení úplně optimální.

Dítě 2 – V poloze na zádech je kojeneček stabilní. Dokáže rotovat hlavičkou na obě dvě strany, pravou stranu však více preferuje. I dítě 2 umí uchopit hračku nezralým ulnárním úchopem. Kojeneček nemá první vzpřímení úplně optimální.

Handling v rámci „ADL“

Svlékání



Obrázek 138 – Svlékání D 2.1.

Obrázek 139 – Svlékání D 2.2.



Obrázek 140 – Svlékání D 2.3.

Obrázek 141 – Svlékání D 2.4.

Dítě 1 – Matka nejprve dítěti svlékla tepláčky, následně rozepnula body. Dítěti nadzvedla nožičky, které fixovala nad kotníčky, aby mohla vyhrnout body do oblasti hrudníčku. Svou jednou rukou fixovala ručičku dítěte, druhou rukou mu svlékala rukáv body. To samé zopakovala i s druhým rukávem. Srolované body následně dítěti opatrně přetáhla přes hlavu dítěte.

Dítě 2 – Svlékání i u druhého dítěte probíhalo stejně.

Přebalování



Obrázek 142 – Přebalování D 2.1.



Obrázek 143 – Přebalování D 2.2.



Obrázek 144 – Přebalování D 2.3.

Ani při druhé návštěvě se přebalování moc nelišilo.

Dítě 2 – Nejprve matka dítěti rozepnula plenku, nadzvedla nohy, které uchopila nad kotníčky. Provedla potřebnou hygienu. Starou plenku odstranila. Opět dítěti nadzvedla obě dvě nožičky a pod dítě položila čistou plenku. Plenu upevnila pomocí suchých zipů.

Dítě 1 – Přebalování matka u dítěte 1 provádí až na danou hygienu stejně.

Aktivní čas dítěte na zemi



Obrázek 145 – Aktivní čas D 2.1.



Obrázek 146 – Aktivní čas D 2.2.



Obrázek 147 – Aktivní čas D 2.3.



Obrázek 148 – Aktivní čas D 2.4.

Kojence ve 3 měsících můžeme stimulovat ke správnému prvnímu vzpřímení. Jeden z rodičů zahákne své prsty za loket kojence a opře mu lokty do podložky, obličej rodiče by ideálně měl být ve stejné úrovni, jako je obličej dítěte. Rodič na dítě komunikuje, hraje si s ním. V této poloze by se dítě mělo cítit dobře. Vleže na zádech můžeme obě DKK dítěte navést do postavení trojflexe. Jedna ruka rodiče fixuje toto postavení. Opět s dítětem chceme navázat oční kontakt, hovořit s ním. Jelikož dvojčata nemají úplně ideální 1 vzpřímení, je tato stimulace více než na místě.

Uvedení dítěte do vody



Obrázek 149 – Uvedení do vody D 2.1. Obrázek 150 – Uvedení do vody D 2.2.

Dítě 1 – Matka při uvedení dítěte do vody fixuje svými rukama hlavičku a zadeček dítěte. Nejprve položí zadeček dítěte do vody, poté hlavičku. Takovéto uvedení dítěte do vody je správné.

Dítě 2 – I druhé dítěte matka pokládá do vody stále stejně.

Samostatný pobyt dítěte ve vodě



Obrázek 151 – Pobyt ve vodě D 2.1. Obrázek 152 – Pobyt ve vodě D 2.2.

Matka i při druhé návštěvě využívá kyblík. Dvojčatům jsou 3 měsíce, stále neumí sami sedět. Proto bych opět raději doporučoval využívat vaničku.

Dítě 2 – Matka kojenci jistí jednou rukou hlavičku a zádička, druhou rukou kojence omývá. Způsob mytí dítěti je zcela v pořádku. Přeci jenom si myslím, že pobyt dítěte v kyblíku je velmi omezený, čemuž se snažíme všem vývoje a také v rámci handlingu co nejvíce vyhýbat.

Dítě 1 – Pobyt ve vodě a mytí dítěte pobíhá stejně.

Kojení



Obrázek 153 – Kojení D 2.1.

Při druhé návštěvě matka již kojí každé dítě zvlášť.

Dítě 2 – Matka při kojení jednou svou rukou fixuje hlavičku a zádička dítěte, druhou rukou zadeček. Hlavička dítěte je výš než zadeček, dítě má tedy stabilní polohu pro kojení. Ještě bych však matce doporučila si dítě podložit polštářem a opřít obě dvě nohy o zem, získá tak stabilnější polohu.

Dítě 1 – Zacházení s dítětem 1 při kojení se jinak neliší od zacházení s dítětem 2.

Předávání dítěte u členů rodiny



Obrázek 154 – Předávání D 2.1.

Obrázek 155 – Předávání D 2.2.

Dítě 1 – Při předávání je fixována hlavička, páteř i zadeček dítěte. Páteř není kolmo k zemi. Předávání však častěji probíhá na pravé straně, a to z důvodu zlomeniny kosti pažní u matky. I přesto bych doporučila předávat dítě i zleva.

Dítě 2 – Předávání dítěte 2 probíhá stejným způsobem jako u dítěte 1.

Nošení



Obrázek 156 – Nošení D 2.1.

Obrázek 157 – Nošení D 2.2.

Obrázek 158 – Nošení D 2.3.

Na obrázcích vidíme nejčastější způsoby nošení. Na prvním obrázku můžeme vidět dítě 2. Dítě má záda kolmo k zemi, samo ještě sedět ani lézt neumí, proto bych tento způsob nošení nedoporučovala. Druhý obrázek zobrazuje, jak matka nosí dítě 1. Tomuto způsobu nošení se říká „klubíčko“. Je to nejčastější a nejšetrnější způsob nošení dítěte do věku, než si dokáže samo sednout. Na třetím obrázku vidíme dítě 1 v nosítku. Proč nosítka obzvláště pro takto malé děti nedoporučuji, jste se již v mé bakalářské práci mohli dočíst.

3. návštěva – 5 měsíců

Pomůcky

Pomůcky zůstávají stále stejné, nosítka matka využívá minimálně.

Vyšetření spontánní hybnosti

Dítě 1 – V leže na zádech zvládá úchop přes střed. Dokáže se otočit z polohy na zádech do polohy na boku a dokonce i do polohy na břicho. V poloze na břiše zvládá první vzpřímení i oporu o MEH. V 5 měsíci by měl mít kojenec oporu o kořen natažené HK a proximální části stehen, to však kojenec nezvládá.

Dítě 2 – V poloze na zádech zvládne kojenec úchop přes střední čáru. Zvládne se otočit na bok, ale se záklonem hlavy a prohnutím v zádech. Na břichu zvládá první vzpřímení, oporu o MEH nezvládá. Stále více preferuje otáčení hlavičkou na pravou stranu.

Handling v rámci „ADL“

Svlékání



Obrázek 159 – Svlekání D 3.1.



Obrázek 160 – Svlekání D 3.2.



Obrázek 161 – Svlekání D 3.3.



Obrázek 162 – Svlekání D 3.4.

Dítě 1 – Svlekání probíhá stejně jako při první a druhé návštěvě.

Dítě 2 – I u druhého dvojčete je svlekání stále stejné.

Přebalování



Obrázek 163 – Přebalování D 3.1.

Obrázek 164 – Přebalování D 3.2.

Obrázek 165 – Přebalování D 3.3.

Dítě 2 – Přebalování se ani při třetí návštěvě zásadně neliší od té druhé. Matka kojenci rozeplula plenku. Následně kojenci nadzvedla obě DKK a provedla hygienu. Špinavou plenku odstranila a nahradila ji novou. Na druhé fotce můžeme vidět, že kojeneček se sám dokáže otočit na bok, proto matka pouze dítě pootočila zpět na záda a pomocí zipů plenku dítěti upevnila.

Dítě 1 – Opět se přebalování neliší od přebalování dítěte 2. Jediný patrný rozdíl je v hygieně, jako při první návštěvě.

Aktivní čas dítěte na zemi



Obrázek 166 – Aktivní čas D 3.1.



Obrázek 167 – Aktivní čas D 3.2.



Obrázek 168 – Aktivní čas D 3.3.



Obrázek 169 – Aktivní čas D 3.4.

V průběhu pátého měsíce dítě můžeme stimulovat k jednomu z pohybových vzorců a to k přetáčení na bok. Prvním stimulem může být hračka, kterou položíme na pravou či levou stranu do úrovně očí dítěte. Důležité je střídat obě dvě strany. Dítěti můžeme dopomoci, ale nikdy pohyb neděláme za něj. Dalším stimulem může být hlas a obličej matky. K přetáčení na bok můžeme také využít overball. Dítě si chytí HKK míč, matka chytí dítěti DKK a pomalu dítě přetáčí na bok, obličej matky je v úrovni očí dítěte.

Uvedení dítěte do vody



Obrázek 170 – Uvedení do vody D 3.1. Obrázek 171 – Uvedení do vody D 3.2.

Matka při mé třetí návštěvě již vyměnila kyblík za vanu.

Dítě 2 – Při pokládání dítěte do vody matka správně jistí kojence za hlavičku a zadeček. Posupně jej pokládá do vany. Nejdříve položí zadeček, poté hlavičku.

Dítě 1 – Handling dítěte 1 při uvedení dítěte do vany je stejný jako u dítěte 2.

Samostatný pobyt dítěte ve vodě



Obrázek 172 – Pobyt ve vodě D 3.1.

Dítě 1 – Matka při pobytu dítěte ve vodě jistí hlavičku a ramínka dítěte, svou druhou rukou jej umývá. Nijak neomezuje pohyb dítěte ve vodě, což je správné.

Dítě 2 – matka i u druhého dítěte postupuje při pobytu ve vodě stejně.

Kojení



Obrázek 173 – Kojení D 3.1.

Dítě 1 – Matky při kojení jistí dítěti záda a zadeček. Dítě sice již dokáže udržet hlavičku samo, přeci jenom bych ji stále jistila. Hlava kojence je výš než zadeček, což je správně.

Dítě 2 – Kojení probíhá i u druhého dítěte stejně.

Matce bych přeci jenom doporučila si pod dítě vložit polštář.

Předávání dítěte u členů rodiny



Obrázek 174 – Předávání D 3.1.

Dítě 2 – Na fotce můžeme vidět způsob předávání dítěte 2 u rodičů. Kojenec má fixovaná jak záda, tak i zadeček. Páteř není úplně kolmo k zemi, ale raději bych volila způsob předávání, kdy dítě je v pozici „klubíčka“. Je to nejvhodnější způsob předávání kojence do té doby, než se naučí sám sedět.

Dítě 1 – Předávání u dvojčete mužského pohlaví probíhá obdobným způsobem.

Nošení dítěte



Obrázek 175 – Nošení D 3.1.



Obrázek 176 – Nošení D 3.2.

Na první fotce má dítě 2 páteř kolmo k zemi, stále ještě není ve věku, kdy by umělo samo sedět či lézt, zádomé svaly proto nejsou dostatečně posíleny, proto bych se tomuto způsobu nošení raději vyhnula. O druhé fotce můžeme říct totéž. Kdyby otec si dítě přesunul do ohbí svého lokte, hned by z toho byl správný způsob nošení dítěte.

Závěr

Zvládat správný handling s dvojčaty po celý den je opravdu náročné. Přesto se zde nevyskytuje v handlingu více chyb než u předchozích kazuistik, které se týkaly vždy jednoho dítěte. Výtku bych měla u samostatného pobytu dítěte ve vodě. Matka při mé první a druhé návštěvě koupala dvojčata v kyblíku. Nejen že je kyblík malý, takže dítě je tam takové vmáčklé, omezujeme tím jeho pohyby, ale také dítě posazujeme. Mluvíme o předčasném posazování, které jak už jsem zmiňovala, není adekvátní. Na druhou stranu při třetí návštěvě matky již začalo používat vanu, což jsou plusové body. Chyby v handlingu se také objevily u způsobu nošení dětí. Děti byly nošeny neadekvátně vůči jejich věku a pohybovým dovednostem. Opět matka využívá nosítko.

I v tomto případě můžeme říci, že tyto faktory ovlivnily vývoj dvojčat. Od narození nebyla moc často na bříšku. Během mé první návštěvy veškerý aktivní čas trávila pouze v poloze na zádech. Ve třech měsících ani jedno z dvojčat nemělo ideální první vzpřímení. Možná za to také mohla nemoc, které prodělalo dvojče mužského pohlaví. U dítěte ženského pohlaví byla přítomna predilekce hlavičky. Faktor, který zde také mohl hrát roli, byl spánek dítěte pouze na jedné straně, či veškerý handling provádění na jedné straně ze strany matky, z důvodu dřívější zlomeniny kosti pažní.

10. DOTAZNÍK

Dotazník se skládá z 10 jednoduchých otázek. Celkový počet respondentů je 35. Dotazníky byly vyplňovány rodiči ze zdravotnického zařízení Centrum celostní péče Fontána.

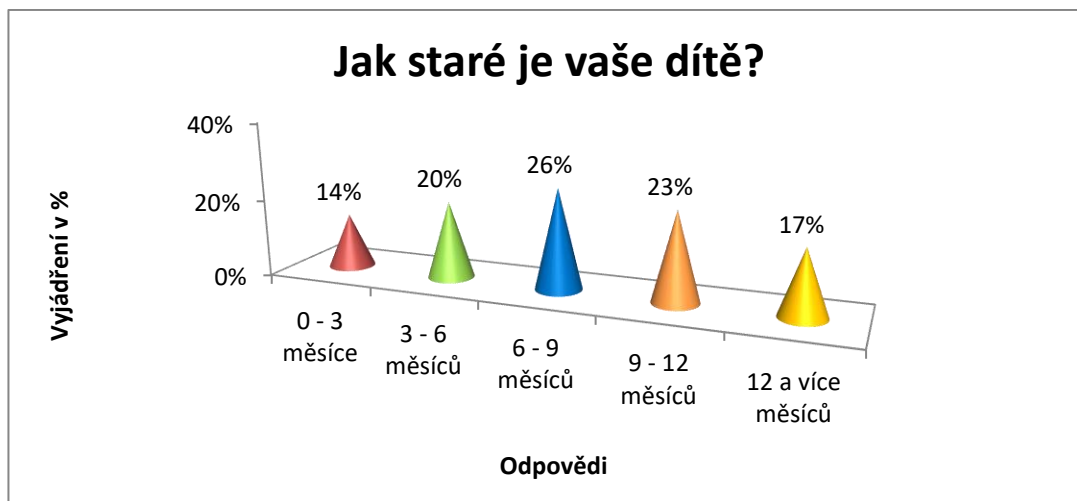
Otázka č. 1: Jak staré je vaše dítě?

Tabulka 1 – Věk dítěte

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
0 – 3 měsíce	5	14%
3 – 6 měsíců	7	20%
6 – 9 měsíců	9	26%
9 – 12 měsíců	8	23%
12 a více měsíců	6	17%

Zdroj: vlastní

Graf 1 – Věk dítěte



Zdroj: vlastní

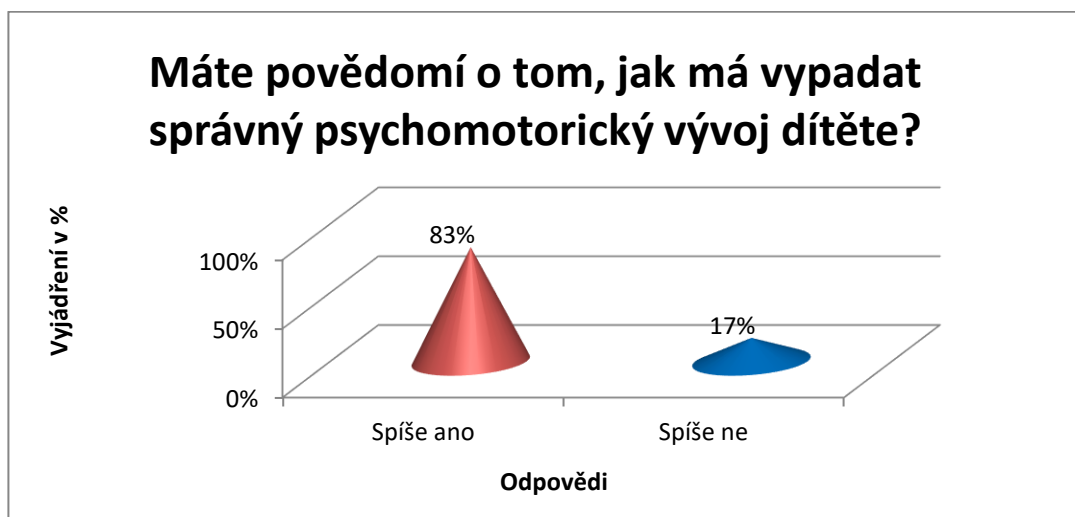
Otázka č. 2: Máte povědomí o tom, jak má vypadat správný psychomotorický vývoj dítěte?

Tabulka 2 – Správný psychomotorický vývoj

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
Spíše ano	29	83%
Spíše ne	6	17%

Zdroj: vlastní

Graf 2 - Správný psychomotorický vývoj



Zdroj: vlastní

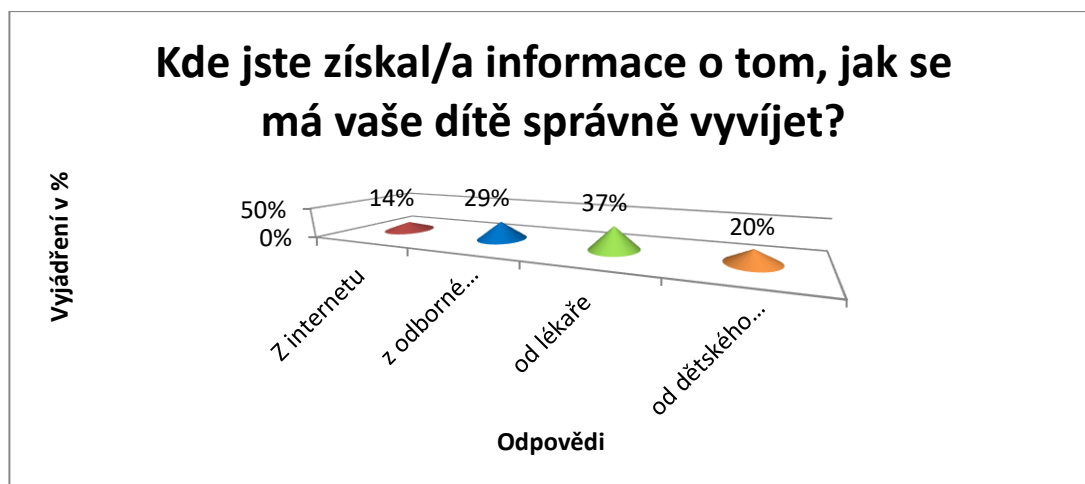
Otázka č. 3: Kde jste získal/a informace o tom, jak se má vaše dítě správně vyvíjet?

Tabulka 3 – Informace o správném vývoji

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
Z internetu	5	14%
Z odborné literatury	10	29%
Od lékaře	13	37%
Od dětského fyzioterapeuta	7	20%

Zdroj: vlastní

Graf 3 - Informace o správném vývoji



Zdroj: vlastní

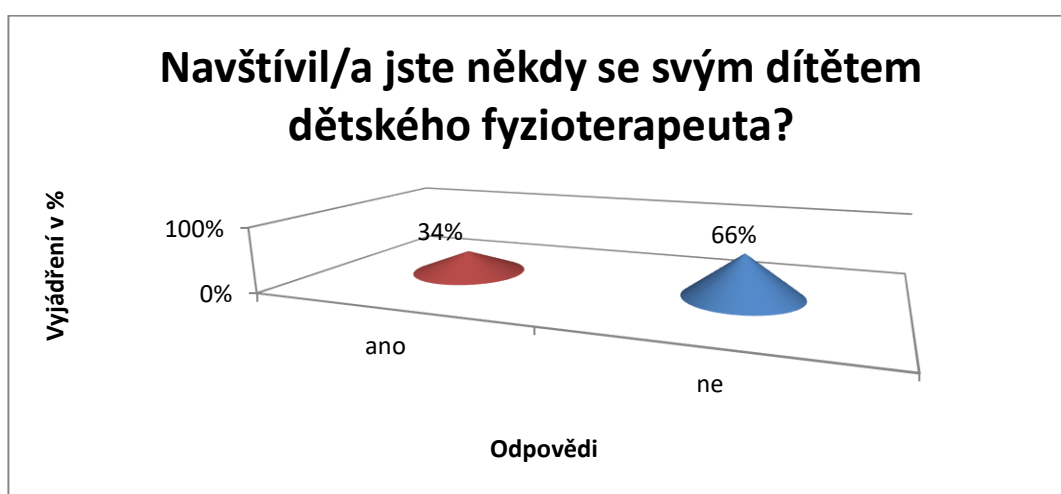
Otázka č. 4: Navštívil/a jste někdy se svým dítětem dětského fyzioterapeuta?

Tabulka 4 – Návštěva dětského fyzioterapeuta

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
Ano	12	34%
Ne	23	66%

Zdroj: vlastní

Graf 4 - Návštěva dětského fyzioterapeuta



Zdroj: vlastní

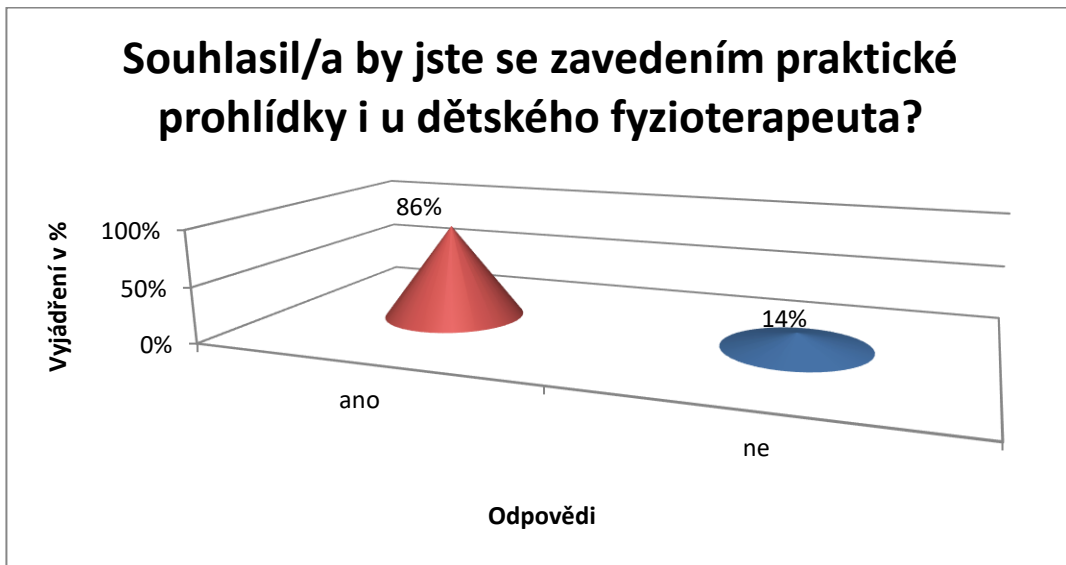
Otázka č. 5: Souhlasil/a by jste se zavedením praktické prohlídky i u dětského fyzioterapeuta?

Tabulka 5 – Praktická prohlídka u dětského fyzioterapeuta

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
Ano	30	86%
Ne	5	14%

Zdroj: vlastní

Graf 5 - Praktická prohlídka u dětského fyzioterapeuta



Zdroj: vlastní

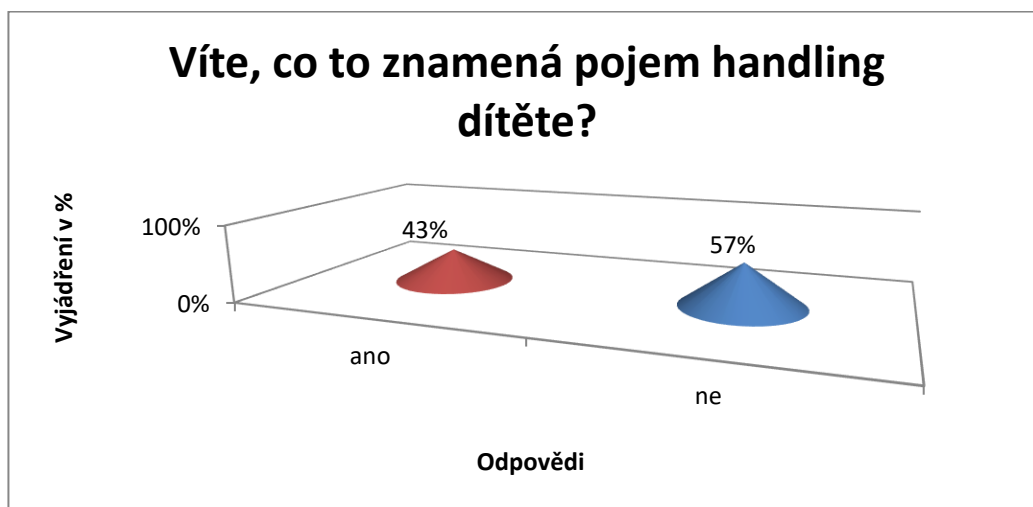
Otázka č. 6: Víte, co to znamená pojem handling dítěte?

Tabulka 6 - Handling

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
Ano	15	43%
Ne	20	57%

Zdroj: vlastní

Graf 6 - Handling



Zdroj: vlastní

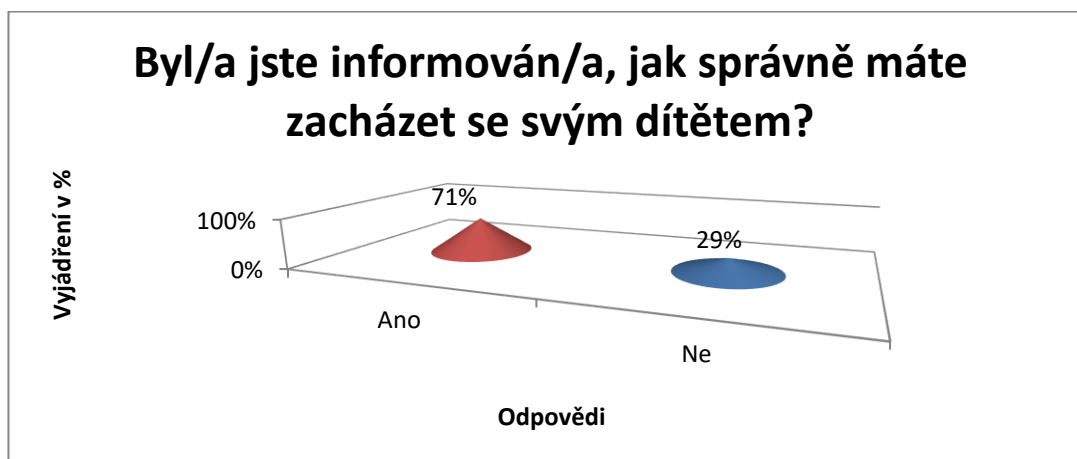
Otázka č. 7: Byl/a jste informován/a, jak správně máte zacházet se svým dítětem?

Tabulka 7 – Informace o správném zacházení s dítětem

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
Ano	25	71%
Ne	10	29%

Zdroj: vlastní

Graf 7 - Informace o správném zacházení s dítětem



Zdroj: vlastní

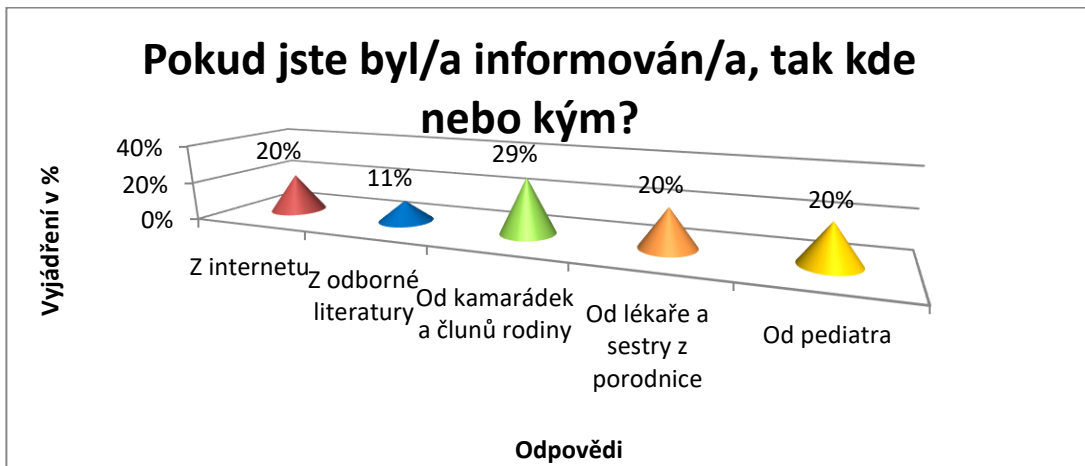
Otázka č. 8: Pokud jste byl/a informován/a, tak kde nebo kým?

Tabulka 8 - Informace

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
Z internetu	7	20%
Z Odborné literatury	4	11%
Od kamarádek a členů rodiny	10	29%
Od lékaře a sestry v porodnici	7	20%
Od pediatra	7	20%

Zdroj: vlastní

Graf 8 - Informace



Zdroj: vlastní

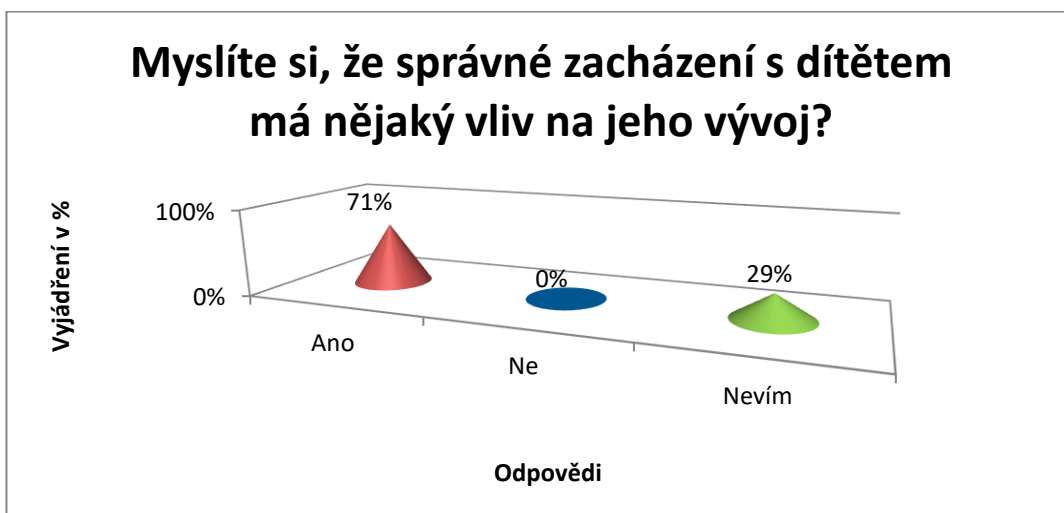
Otázka č. 9: Myslíte si, že správné zacházení s dítětem má nějaký vliv na jeho vývoj?

Tabulka 9 – Vliv na vývoj

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
Ano	25	71%
Ne	0	0%
Nevím	10	29%

Zdroj: vlastní

Graf 9 - Vliv na vývoj



Zdroj: vlastní

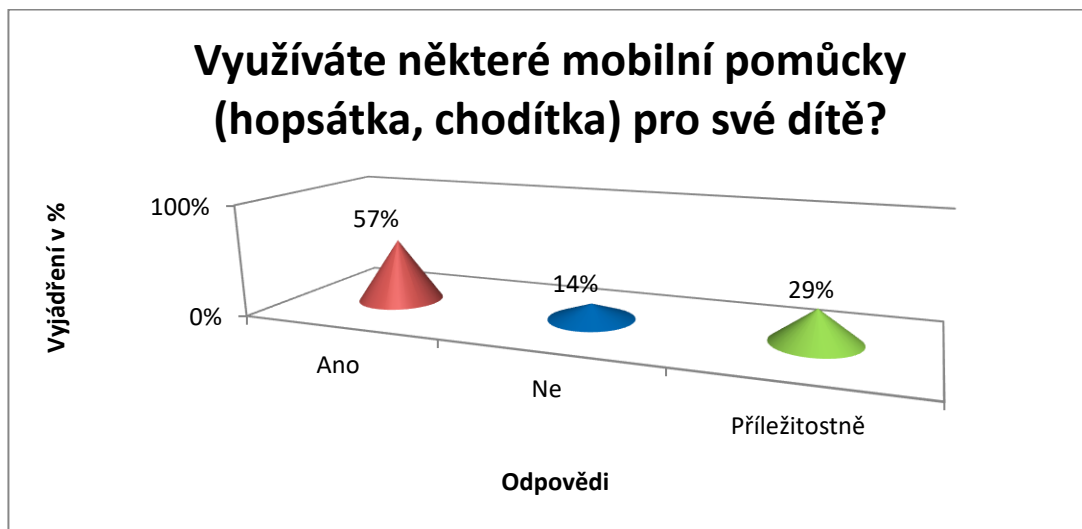
Otázka č. 10: Využíváte některé mobilní pomůcky (hopsátka, chodítka) pro své dítě?

Tabulka 10 – Mobilní pomůcky

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
Ano	20	57%
Ne	5	14%
Příležitostně	10	29%

Zdroj: vlastní

Graf 10 - Mobilní pomůcky



Zdroj: vlastní

DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo naučit se rozpoznat správné a chybné zacházení s dítětem v rámci vybraných aktivit dne, rozpoznat adekvátní a neadekvátní psychomotorický vývoj dítěte, pomocí dotazníkové akce zjistit informovanost rodičů o handlingu.

Pro získání potřebných dat jsem si stanovila jasné cíle – načerpat dostatečné znalosti z odborné literatury o handlingu a psychomotorickém vývoji dítěte, abych následně mohla rozlišit správný či chybný handling u rodičů a adekvátní či neadekvátní psychomotorický vývoj u dítěte.

Z tohoto důvodu jsem si vybrala skupinku 4 dětí a rodičů. Během svých návštěv jsem pozorovala vývoj u dětí, handling u rodičů, pořizovala fotodokumentaci, prováděla rozhovory s rodiči a také je poprosila o vyplnění mého dotazníku. Následně vše zpracovala a zaznamenala, tak abych byla schopná diskutovat o mých, buď potvrzených či vyvrácených hypotézách.

Hypotéza 1 - *Předpokládám, že nesprávné zacházení s dítětem (které je dle norem zdravé) negativně ovlivní jeho psychomotorický vývoj.* Tato hypotéza se mi potvrdila u všech mnou sledovaných dětí. Každé dítěte je sice originál, ale v rámci norem by mělo v určitém věku zvládat různé pohybové vzory. (Skalová, 2012) Během každé návštěvy jsem pozorovala, jak jeden z rodičů zachází se svým dítětem během různých aktivit dne. Díky psaní teoretické části mé práce, jsem měla nastudované, jak má či nemá handling vypadat. Potvrdilo se mi, že neideální handling opravdu ovlivní negativně psychomotorický vývoj dítěte. Příkladem je má druhá kazuistika, dítě ženského pohlaví. Při mé první návštěvě bylo kojenci 3 měsíce. Již v této době se kojeneček dokázal sám přetočit na bok, ale s výrazným záklonem hlavičky a prohnutím v oblasti beder. Tento pohybový vzor ve 3 měsíci je opravdu nevhodný, navíc i dítětem špatně provedený. Jeden z možných faktorů, který mohl negativně ovlivnit vývoj dítěte, byly neadekvátní způsoby nošení dítěte. Pomůcku, kterou matka nejčastěji k nošení dítěte využívala, bylo nosítko, a to již od narození dítěte. Proč nevyužívat nosítko jako jeden ze způsobů nošení dítěte jsem již zmiňovala ve své práci. Hlava dítěte byla neustále v záklonu, HKK v dlouhodobém zapažení, DKK byly ve velkém roznožení, záda byla kolmo k zemi.

Velmi důležitou roli hrají dostatečné znalosti rodičů o správném zacházení s dítětem. (Kiedroňová, 2005) Bohužel česká literatura neobsahuje dostatečné množství opravdu kvalitních knih o správném zacházení. Má osmá otázka v dotazníkové akci byla, kým byly matky nejčastěji informovány o správném zacházení se svým dítětem. Nejméně dotazovaných odpovědělo – z odborné literatury, naopak nejvíce dotazovaných odpovědělo – od svých kamarádek a členů rodiny. Bohužel musím podotknout, že starší generace se nezajímaly o správné zacházení s dítětem. Bylo naprosto normální děti předčasně posazovat, či je vodit za ruce. Rodiče určitě nechtěli svým potomkům ublížit, ale tak se to dřív prostě dělalo. Díky tomu měly děti přetížené trupové svalstvo. Následky se neprojevovaly hned, ale třeba až v dospívání nebo v dospělosti, ve formě vadného držení těla, skoliozy, vadného stereotypu chůze a později bolesti pohybového aparátu apod. (Skalová, 2012)

Podle mě by bylo velmi praktické zavést pravidelné prohlídky dítěte u dětského fyzioterapeuta, hlavně během prvního roku života, který je pro dítě nejdůležitější. Což se mi potvrdilo i v mé dotazníkové akci viz 5 otázka. Až 30 respondentů z 35 bylo pro. Nejen, že by dětský fyzioterapeut rodičům pověděl o správném vývoji dítěte, ale také by jim vysvětlil a ukázal, jak správně by měli zacházet se svým dítětem. Možná bychom také předešli negativnímu ovlivnění vývoje dítěte.

Hypotéza 2 - se bohužel nepotvrdila. *Předpokládala jsem, že alespoň jedna z mnou sledovaných matek by mohla provádět správný handling u všech vybraných aktivit všedního dne dítěte.* Na závěr jsem u každé kazuistiky shrnula, během kterých aktivit se matka v handlingu dítěte dopustila chyb. U všech svých kazuistik jsem bohužel našla chyby v handlingu. U všech mnou sledované mých matek byl prováděn neideální způsob handlingu v rámci nošení dítěte, což mi opravdu překvapilo. Nejčastěji se dopouštěli toho, že způsob nošení neodpovídal vývojovému věku dítěte. Dokud dítě samo nesedí a neleze, páteř dítěte by neměla být kolmo k zemi. Dochází k přetížení nepřipraveného pohybového aparátu dítěte, což může způsobit v budoucnu další problémy. (Skalová, 2012) Bohužel tento způsob nošení byl u matek nejčastější. Další nejčastější chyby se vyskytovaly při krmení dítěte. Od začátku 5. měsíce se dítěti mohou začít dávat příkrmy. Kojenec v tomto věku ještě neumí sám sedět, sezení na klíně (páteří kolmo k zemi) či v židličce není úplně ideální způsob, jaký matky používaly ke krmení dítěte.

Žádný rodič nechce svému dítěti ublížit. I ti nejlaskavější rodiče se však často dopouštějí neadekvátních přehmatů při manipulaci s dítětem. Chyby v handlingu nejčastěji pramení z neznalosti správného zacházení s dítětem v souladu s jeho vývojem. (Kiedroňová, 2005)

Hypotéza 3 - *Předpokládám, že větší počet respondentů z mé dotazníkové akce bude znát pojem handling dítěte.* Opravdu jsem doufala, že má třetí hypotéza se mi potvrdí, ale bohužel se tak nestalo. Má 6. otázka v dotazníku byla, zda respondenti vědí, co znamená pojem handling dítěte. Z 35 dotazovaných, jich pouze 15 odpovědělo, že tento pojem znají. Větší počet a to 20 respondentů uvedlo, že pojem handling neznají. Je pravda, že z počátku i já jsem si slovo handling musela vyhledat. Pod slovem handling se skrývá celá řada úkonů, které jsou během celého dne rodiči vykonávány, a jejichž důležitost si mnohdy ani zdaleka neuvědomujeme. (Bergen, 2009) Slovo handling u nás není moc známé. Například paní Kiedroňová používá místo slova handling, slovo manipulace. Mě se spíše osobně líbí doslovný překlad z angličtiny a to zacházení. Správné zacházení s dítětem by mělo vždy odpovídat psychomotorickému vývoji dítěte. (Kiedroňová, 2005) Je velmi důležité, aby rodiče s pojmem handling dítěte, byli seznámeni. Když jsem se osobně ptala rodičů z mé skupinky sledovaných dětí a rodičů, také nevěděli, o čem je řeč. Jakmile jsem ale použila slovo manipulace či zacházení s dítětem, rodiče „se chytali“. Jedna z maminek dokonce doma měla i knížku od paní Kiedroňové, což je jedna z mála dostupných knížek u nás, kde se můžete dočíst o správné manipulaci s dítětem.

Handling ale není až tak neznámé slovo, rodiče, kteří mají dítě s neurovývojovým onemocněním, tento pojem mohou znát. Handling totiž tvoří jeden ze základních prvků Bobath konceptu. Je aplikován především rodiči po celý den v běžných denních činnostech. Je vhodný pro všechna vývojová období od novorozeneckého věku až po dospělé jedince. Mluvíme tedy o aktivním senzomotorickém učení, jehož cílem je, aby dítě provedlo daný pohyb co nejsnadněji a nejsprávněji a aby si daný pohyb zapamatovalo. Správná manipulace s dítětem podporuje správný psychomotorický vývoj. (Zouňková, 2013)

Správný handling je u dítěte s neurovývojovým onemocněním velmi důležitý, ale i u jinak zdravého dítěte hraje zásadní roli. Určitě se způsoby handlingu budou lišit. Ale handling rodičů ovlivňuje každé dítě. Rodiče chtějí svému dítěti vždy pomoci, ale neadekvátní handling může negativně ovlivnit psychomotorický vývoj i u jinak zdravého dítěte.

Podle mne je důležité, aby se zásadami správného handlingu byli rodiče seznamováni již před narozením dítěte, dále v porodnici tamním personálem a poté u svého dětského lékaře v rámci preventivních prohlídek.

Za velmi prospěšnou bych považovala návštěvu u dětského fyzioterapeuta, který by maminku mohl důkladně poučit a také prakticky předvést základy správného handlingu-manipulace s dítětem.

ZÁVĚR

Handling je ve fyzioterapii pojem, který všichni znají. Existují různé druhy handlingu, které, nejen fyzioterapeutům, pomáhají v každodenní péči o pacienta dětského či dospělého věku. Bohužel široká veřejnost moc neví, co si pod tímto pojmem má představit. Proto jsem se v mé práci snažila vysvětlit, co se pod pojmem handling ukrývá. Nejen že je velmi důležitý ve zdravotnictví, ale správným handlingem můžeme ještě více podpořit psychomotorický vývoj i u jinak zdravého dítěte.

V rámci teoretické části mé práce jsem si nastudovala a zpracovala psychomotorický vývoj dítěte během prvního roku života. Dále jsem se zaměřila na faktory, které mohou negativně ovlivnit vývoj dítěte. Dle literatury popsala odchylky, které mohou nastat během vývoje. Dále jsem si nastudovala základní vyšetření dítěte do jednoho roku věku. Také jsem popsala, co pojem handling znamená a jaké jsou zásady správného handlingu. V závěru teoretické části jsem si vybrala v rámci celodenního handlingu několik aktivit ze všedního dne rodičů s dětmi.

Cílem mé bakalářské práce bylo sledovat, jak rodiče, především matky, manipulují se svými dětmi v rámci vybraných každodenních aktivit dne dítěte. Díky nastudování odborné literatury jsem byla schopna posoudit, zda handling dítěte je prováděn správně či chybně a v neposlední řadě zda psychomotorický vývoj dítěte je adekvátní či nikoli.

Proto praktická část obsahuje 3 kazuistiky, které jsou rozděleny do 3 návštěv, během kterých sleduji především handling dítěte prováděný rodiči v rámci „ADL“. Do praktické části jsem také zařadila dotazník, jelikož mne zajímala informovanost rodičů na dané téma. Má třetí hypotéza mi potvrdila, že většina mých respondentů neví, co přesně pojem znamená. Možná kdybychom místo slova handling používali zacházení či manipulaci s dítětem, má třetí hypotéza by se mi vyvrátila.

Sledovat rodiče, jak zacházejí se svými dětmi, bylo velmi zajímavé.

Je celkem jednoduché si zásady správného handlingu teoreticky osvojit, ale obtížnější je jejich praktické provádění po celý den. Svoji roli může hrát i péče o dalšího staršího sourozence. Během mých návštěv jsem se ujistila o tom, že zvládat více dětí, a ještě myslet na správné zacházení s kojencem je pro některé matky obtížné. Přesto by se zásady správného handlingu dodržovat měly.

Z tohoto důvodu bych doporučovala zakomponovat do preventivní péče o kojence alespoň dvě návštěvy u dětského fyzioterapeuta. Rodiče by tak mohli být více o handlingu informováni, a zároveň si ho mohli prakticky osvojit, díky tomu by si více věřili a více by se řídili svou intuicí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BERGEN, Doris, Rebecca REID a Louis TORELLI. *Educating and caring for very young children: the infant/toddler curriculum*. 2nd ed. New York: Teachers College Press, c2009. Early childhood education series (Teachers College Press). ISBN
2. BORGENICHT, Louis a Joe BORGENICHT. *The baby owner's manual: operating instructions, trouble-shooting tips, and advice on first-year maintenance*. San Francisco, CA: Distributed in North America by Chronicle Books, c2003. ISBN 1931686238.
3. BORKOWSKA, Maria a Zofia SZWILING. *Metoda NDT - Bobath: Poradnik dla rodziców*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010. ISBN 9788320045628.
4. CÍBOCHOVÁ, Renata. Psychomotorický vývoj dítěte v prvním roce života. *Pediatric pro praxi* [online]. 2004, (6), 291-296 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/06/07.pdf>
5. DORTOVÁ, Eva, Jana KNĚZOVÁ, Jiří DORT a Jitka ROKYTOVÁ. Přístup k dětem se svalovou hypertonií v novorozeneckém a kojeneckém věku. *Pediatric pro praxi* [online]. 2009, 10(5), 322-324 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2009/05/08.pdf>
6. DULAC, Olivier, Maryse LASSONDE a Harvey B. SARNAT. *Pediatric neurology*. New York: Elsevier, 2013. Handbook of clinical neurology, v.111-113. ISBN 9780444528919.
7. DYRHONOVÁ, Olga, Miloš MÁČEK, Libuše SMOLÍKOVÁ a Blanka VLČKOVÁ. *Léčebná rehabilitace v pediatrii*. 1. Praha: Raabe, [2017]. Rehabilitační a fyzikální terapie. ISBN 978-80-7496-313-1.
8. FALTA, Jan. Spolupráce pediatra a rehabilitačního lékaře. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, 15(3), 152-156 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/03/09.pdf>

9. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Bezpečnost ošetrovatelských postupů – koupel novorozence a kojence. *Pediatric pro praxi* [online]. 2010, **11**(2), 126-128 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2010/02/12.pdf>
10. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-547-1.
11. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, Alena ZOUHAROVÁ a Miluše VACUŠKOVÁ. *Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii*. 2. rozš. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brne, 2005. ISBN 80-7013-432-1.
12. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3081-3.
13. HOUŠTĚK, Josef. *Dětské lékařství: Učebnice pro lékařské fakulty*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0032-6.
14. KIEDROŇOVÁ, Eva. *Jak se rodí vodničky: moderní poznatky o významu a způsobu koupání a "plavání" s kojencem doma v dětské vaničce, velké vaně, kyblíku, sprše i při společné koupeli s rodiči*. Praha: Grada, 2012-. Šťastné dítě (Grada). ISBN 978-80-247-4667-8.
15. KIEDROŇOVÁ, Eva. *Rozvíjej se, děťátko--: moderní poznatky o významu správné stimulace kojence v souladu s jeho psychomotorickou vyspělostí*. Praha: Grada, 2010. Šťastné dítě (Grada). ISBN 978-80-247-3744-7.
16. KIEDROŇOVÁ, Eva. *Něžná náruč rodičů: moderní poznatky o významu správné manipulace s novorozencem a malým dítětem*. Praha: Grada, 2005. Šťastné dítě (Grada). ISBN 80-247-1210-5.
17. KOLÁŘOVÁ, Jaroslava a Petra HÁNOVÁ. Včasná diagnostika hybných poruch kojenců v prvním trimenonu prvního roku života. *Pediatric pro praxi* [online]. 2007, **8**(5), 264-267 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2007/05/03.pdf>

18. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
19. KOLÁŘ, Pavel a Miloš MÁČEK. *Základy klinické rehabilitace*. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-219-0.
20. KOMÁREK, Vladimír a Alena ZUMROVÁ. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. 2. vyd. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-492-8.
21. KUČEROVSKÁ, Marie, Petra HANÁKOVÁ a Hana OŠLEJŠÁKOVÁ. Vývojové vyšetření novorozence. *Pediatric pro praxi* [online]. 2013, **14**(4), 231-234 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/04/05.pdf>
22. KUŠÍKOVÁ, Katarina, Miriam KOLNÍKOVÁ a Denisa WEIS. Diferenciální diagnostika hypotónie u dětí. *Pediatrica pre prax* [online]. 2019, **20**(4), 156-160 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/ffdbfa13e1d8e860f4d70a7f88ec7844.pdf>
23. LESNÝ, Ivan. *Dětská neurologie*. Praha: Avicenum, 1980.
24. LOMMEL - KLEINERT, Elke. *Handling und Behandlung aut dem Schoss: in Alenhnung an das Bobath - koncept*. 3. München: Pflaum, 2003. ISBN 9783790508918.
25. MYDLILOVÁ, Anna. Přirozená výživa novorozence - kojení - hlavní zísady. *Pediatric pro praxi* [online]. 2003, **4**(3), 128-132 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2003/03/04.pdf>
26. NOVÁKOVÁ, Tereza. *Předpoklady primární plavecké gramotnosti v raném věku*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN isbn978-80-246-2859-2.
27. ORTH, Heidi. *Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi*. České Budějovice: Kopp, 2009. ISBN 978-80-7232-378-4.
28. PULKKINEN, Anne. *Pohybové hry a cvičení s miminkem: v 1. roce života*. Přeložil Jitka KOUBKOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3483-5.

29. SKALIČKOVÁ-KOVÁČIKOVÁ, Věra. *Diagnostika a fyzioterapie hybných poruch dle Vojty*. Olomouc: RL-CORPUS, s.r.o, 2017. ISBN 978-80-270-2292-2.
30. SKALOVÁ, Jana. *S láskou ke zdravému pohybu našich dětí: naslouchání jejich dokonalosti*. Ilustroval Dana RAUNEROVÁ. Praha: Krigl, 2012. ISBN 978-80-86912-64-6.
31. SKALOVÁ, Jana. *Jak teď, tak potom: nejen příběhy z praxe dětské fyzioterapeutky*. Praha: Krigl, 2019. ISBN 978-80-88104-59-9.
32. ŠVEJCAR, Josef a Pavel FRÜHAUF. *Péče o dítě*. Dopln., rozš., a aktualiz. vyd. Praha: Nuga, 2003. ISBN 80-85903-15-6.
33. TROJAN, Stanislav. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-2470-031-x.
34. VACUŠKOVÁ, Miluše, Milan VACUŠKA a Marie RYŠAVÁ. *Psychomotorický vývoj dítěte a jeho sledování sestrou*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2003, 4(1), 43-45 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2003/01/13.pdf>
35. VÉLE, František. *Kineziologie: přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. Vyd. 2., (V Tritonu 1.). Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-837-9.
36. VOJTA, Václav. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku: Včasná diagnóza a terapie*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-85424-98-3.
37. VOLEMANOVÁ, Marja. *Přetrvávající primární reflexy: opomíjený faktor problémů učení a chování*. 2. rozšířené vydání. Statenice: INVTS, 2019. ISBN 978-80-907369-0-0.
38. WÉBEROVÁ, Magdaléna. *Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice - I. část*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2004, 7(3), 118-120 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/03/02.pdf>

39. WÉBEROVÁ, Magdaléna. Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice - II. část. *Pediatric pro praxi* [online]. 2004, **7**(4), 178 - 180 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/04/02.pdf>
40. ZOUNKOVÁ, Irena a Libuše SMOLÍKOVÁ. Následná ambulantní fyzioterapie nezralých dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. 2012, **13**(5), 299-303 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/05/04.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazníková akce	134
Příloha 2: Informovaný souhlas	136

PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazníková akce

Dobrý den,

Jmenuji se Marie Koželuhová a jsem studentka 3. ročníku ZČU obor Fyziotrapie. V rámci zpracování své bakalářské práce na téma „Sledování handlingu dítěte u vybraných aktivit všedního dne“ jsem vytvořila tento dotazník, abych se dozvěděla více o tom, jak jsou rodiče informováni o správném psychomotorickém vývoji a handlingu svého dítěte. Tento dotazník je zcela anonymní. Poprosím Vás o pár minut Vašeho času pro pravdivé vyplnění následujícího dotazníku.

Děkuji.

1. Jak staré je vaše dítě?
 - a) 0-3 měsíce
 - b) 3-6 měsíců
 - c) 6-9 měsíců
 - d) 9-12 měsíců
 - e) Rok a více

2. Máte povědomí o tom, jak má vypadat správný psychomotorický vývoj dítěte?
 - a) Spíše ano
 - b) Spíše ne

3. Kde jste získal/a informace o tom, jak se má vaše dítě správně vyvíjet?
 - a) Z internetu
 - b) Z odborné literatury
 - c) Od lékaře nebo zdravotní sestry
 - d) Od dětského fyzioterapeuta

4. Navštívil/a jste někdy se svým dítětem dětského fyzioterapeuta?
 - a) Ano
 - b) Ne

5. Souhlasil/a by jste se zavedením praktické prohlídky i u dětského fyzioterapeuta?
 - a) Ano
 - b) ne

6. Víte, co to znamená pojem handling dítěte? (Popřípadě zkuste pro pojem handling použít synonymum.)
 - a) Ano
 - b) Ne

7. Byl/a jste informován/a, jak správně máte zacházet se svým dítětem?
 - a) Ano
 - b) Ne

8. Pokud jste byl/a informován/a, tak kde a kým?
 - a) Z internetu
 - b) Z odborné literatury
 - c) Kamarádky a příbuzní
 - d) Lékaři a sestry z porodnice
 - e) PLDD nebo jeho zdravotní sestra

9. Myslíte si, že správné zacházení s dítětem má nějaký vliv na jeho vývoj?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

10. Využíváte některé mobilní pomůcky (sedátka, hopsátka, chodítka) pro své dítě?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Příležitostně

Příloha 2: **Informovaný souhlas**

Já níže uvedený/á a podepsaný/á souhlasím s pozorováním, vyšetřováním a fotografováním mého dítěte, za účelem vypracování praktické části bakalářské práce. Dále souhlasím s anonymním použitím údajů a fotografií, které studentka 3. ročníku oboru Fyzioterapie Fakulty zdravotnických studií Marie Koželuhová zpracovala a využila pouze pro potřeby bakalářské práce na téma „Sledování handlingu dítěte u vybraných aktivit všedního dne.“

V.....dne.....

Podpis.....