

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Anna Bílková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ergoterapie B0915P360009

Anna Bílková

**ROLE ERGOTERAPEUTA U PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH
DĚTÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MSc. Veronika Vrbská

PLZEŇ 2022

Zadání BC

Prohlášení

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

V Plzni dne 31.3.2022

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Bílková Anna

Katedra: Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Role ergoterapeuta u předčasně narozených dětí v České republice

Vedoucí práce: MSc. Veronika Vrbská

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované: 21

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: předčasně narozené dítě, neonatologické oddělení, ergoterapie, Bobath koncept, bazální stimulace, senzorická integrace

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá rolí ergoterapeuta u předčasně narozených dětí. Autor této práce považuje za důležité přiblížit roli ergoterapeuta rodičům předčasně narozených dětí. Problematika předčasně narozených dětí je shrnuta v teoretické části. V teoretické části jsou také poznatky z oboru ergoterapie, která přibližuje práci ergoterapeuta u nedonošených dětí. Jsou zde zahrnuty ergoterapeutické intervence, které se využívají v problematice předčasně narozených dětí. Praktická část se skládá ze dvou dotazníků, které byly rozeslány rodičům předčasně narozených dětí a ergoterapeutům, kteří pracují s předčasně narozenými dětmi.

Abstract

Surname and name: Bílková Anna

Department: Department of Rehabilitation Sciences

Title of thesis: The role of the occupational therapist for premature born babies in the Czech Republic

Consultant: MSc. Veronika Vrbská

Number of pages – numbered: 59

Number of pages – unnumbered: 21

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 34

Keywords: premature born baby, neonatal intensive care unit, occupational therapy, Bobath concept, basal stimulation, sensory integration

Summary:

This bachelor thesis looks at the role of an occupational therapist for premature born babies. The author of this thesis considers it important to bring the role of the occupational therapist closer to the parents of premature babies. The problem of preterm infants is summarized in the theoretical part. In the theoretical part, there are also knowledge from the field of occupational therapy, which approximates the work of occupational therapists for premature babies. Occupational therapy interventions are included and are used in the issue of preterm births. The practical part consists of two questionnaires sent out to parents of premature babies and occupational therapists who work with premature babies.

Předmluva

Jedním z důvodů zaměřit se v této bakalářské práci na téma „Role ergoterapeuta u předčasně narozených dětí v České republice“ byl ten, že se autor od začátku studia ergoterapie zajímal o ergoterapii u dětských pacientů. Po absolvování praxe na neonatologii ve Fakultní nemocnici v Plzni, se autor rozhodl, že by se rád zabýval se možnostmi ergoterapie u předčasně narozených dětí. Autor práce by rád představil ergoterapii jako hodnotný obor, který si zaslouží v péči o předčasně narozené dítě svou roli. Už jen z pohledu toho, že ergoterapeut se zaměřuje nejen na dítě, ale také na vztah mezi rodiči a dítětem. Proto autorův cíl této práce je přiblížení a popsání role ergoterapeuta u předčasně narozených dětí, a zároveň zjištění, zda rodiče předčasně narozených dětí využili možnost navštívit ergoterapeuta, nebo zda se s ním setkali v průběhu hospitalizace na neonatologickém oddělení.

Poděkování

Děkuji MSc. Veronice Vrbské za odborné vedení mé práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále bych ráda poděkovala paní Janě Knězové z Fakultní nemocnice v Plzni za poskytování odborných rad, poznatků a za možnost absolvování praxí pod jejím dohledem.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	10
SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 PRENATÁLNÍ OBDOBÍ.....	16
1.1 Rozdělení prenatálního období	16
1.1.1 Faktory ovlivňující růst plodu	17
1.2 Rozdělení těhotenství.....	17
2 PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DÍTĚ	19
2.1 Předčasný porod.....	19
2.1.1 Rozdělení předčasného porodu.....	19
2.1.2 Rizika předčasného porodu	20
2.1.3 Rizikové faktory spontánního předčasného porodu	21
2.1.4 Nejčastější poporodní komplikace	21
2.2 Dělení novorozenců	24
2.2.1 Klasifikace novorozence dle gestačního stáří.....	24
2.2.2 Klasifikace novorozence dle porodní hmotnosti	25
2.2.3 Klasifikace podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku	25
3 PÉČE O PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DÍTĚ.....	26
3.1 Předporodní péče	27
3.2 Poporodní péče	27
3.3 Perinatologická centra.....	28
4 VYUŽITÍ ERGOTERAPIE	30
4.1 Pojem ergoterapie	30
4.2 Role ergoterapeuta na neonatologických jednotkách	30
4.3 Early intervention	32
4.4 Intervence využívající se u předčasně narozených dětí	33
4.4.1 Bobath koncept.....	33
4.4.2 Koncept bazální stimulace.....	37
4.4.3 Senzorická integrace (terapie SI).....	40
PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	42
5.1 Hlavní cíl.....	42

5.2	Dílčí cíle.....	42
6	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	43
7	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	44
8	METODIKA PRÁCE	45
9	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	46
9.1	Dotazník pro rodiče předčasně narozených dětí	46
9.2	Dotazník pro ergoterapeuty pracující s předčasně narozenými dětmi	58
10	DISKUZE	66
11	ZÁVĚR.....	72
	SEZNAM LITERATURY.....	73
	SEZNAM PŘÍLOH	77
	PŘÍLOHY	78

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Týden narození.....	46
Graf 2: Místo hospitalizace	47
Graf 3: Hospitalizace s dítětem	48
Graf 4: Setkání s ergoterapeutem	49
Graf 5: Docházení ergoterapeuta	50
Graf 6: Edukace ergoterapeuta	51
Graf 7: Spolupráce s ergoterapeutem	52
Graf 8: Návštěva ergoterapeuta po hospitalizaci.....	53
Graf 9: Znalost pojmů	56
Graf 10: Je role ergoterapeuta nedílnou součástí ucelené péče o matku a dítě?	57
Graf 11: Místo práce ergoterapeuta	58
Graf 12: Kurzy.....	61
Graf 13: Názvy kurzů	62
Graf 14: Nejvyžívanější přístupy.....	63
Graf 15: Názor ergoterapeutů	65

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Vyhřívané lůžko na oddělení JIP (zdroj: vlastní).....	26
Obrázek 2: Metoda skin-to-skin ihned po porodu (zdroj: vlastní)	36
Obrázek 3: Novorozenec na oddělení JIP (zdroj: vlastní).....	38

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Seznam perinatologických center v České republice	29
Tabulka 2: Spokojenost rodičů	54
Tabulka 3: Pohled na roli ergoterapeuta.....	59
Tabulka 4: Nejpodstatnější v roli ergoterapeuta.....	60

SEZNAM ZKRATEK

IVH – intraventricular hemorrhage (nitrokomorové krvácení)

JIP – jednotka intenzivní péče

JIRP – jednotka intenzivní resuscitační péče

NEC – necrotizing enterocolitis (nekrotizující enterokolitida)

NENPH – novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností

NNPH – novorozenec s nízkou porodní hmotností

NNS – neonatal sepsis (nenutrivní sání)

NVNPH – novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností

PDA – ductus arteriosus patens (otevřená tepenná dučej)

RDS – respiratory distress syndrome (syndrom dechové tísně novorozence)

ROP – rethinopathy of prematurity (retinopatie nedonošených)

SI – senzorická integrace

SpO₂ – úroveň saturace krve kyslíkem udávaná v procentech

ÚVOD

Možnosti ergoterapie u předčasně narozených dětí je v České republice jsou stále velmi neznámé, i když v zahraničí má ergoterapie u předčasně narozených dětí své nenahraditelné místo. Cílem této bakalářské práce je zmapování a popsání role ergoterapeuta u předčasně narozených dětí v České republice. Autorovo motivací pro sepsání této práce je přiblížení ergoterapie u předčasně narozených dětí nejen rodičům předčasně narozených dětí, ale i zdravotnickému personálu, který pracuje u nedonošených dětí. Je důležité přiblížit našemu okolí tento krásný obor, který toho může hodně nabídnout jak dospělým, tak i dětem.

První kapitola je věnována prenatalnímu období, kde je popsáno období nitroděložního vývoje, které trvá od početí do porodu. Toto období je nedílnou součástí každého z nás. V této kapitole popisují faktory, které mohou ovlivnit růst plodu, a také rozdělení trimestrů v těhotenství. U každého trimestru je stručný popis toho, co se v tomto období odehrává.

V druhé kapitole této bakalářské práci se řeší problematika předčasně narozeného dítěte. Začátek kapitoly začíná předčasným porodem, jeho rozdělením, riziky, rizikovými faktory předčasně spontánního porodu a nejčastějšími poporodními komplikacemi. Mezi poporodní komplikace jsou zařazeny i nejčastější poporodní komplikace, které mohou nastat.

Péče o předčasně narozené dítě je obsažena ve třetí kapitole této práce. Zde se autor zmiňuje o předporodní péči, ve které je důležité, aby se gynekolog staral o nastávající maminku tak, aby zmírnil příznaky předčasně narozeného dítěte. Další podkapitola je samotná poporodní péče o předčasně narozené dítě, která popisuje prvotní péči o dítě, která je rozdílná než u dítěte narozeného v termínu. Podstatné je i popsání perinatologických center, které jsou specializovány na předčasně narozené děti, kde se jim dostává ta nejlepší poporodní péče. V České republice je celkem 12 perinatologických center, které jsou zmíněny i v tabulce.

Poslední kapitola teoretické části bakalářské práce je věnována samotné ergoterapii, která začíná obecným popisem náplně práce ergoterapeuta. Další významnou podkapitolou je využití ergoterapie na neonatologických jednotkách, která u nás není tolik známá i přesto, že v zahraničí je ergoterapeut běžnou součástí multidisciplinárního týmu. Další

možností využití ergoterapeuta je včasná péče neboli early intervention, která se dá indikovat hned od narození do tří let věku dítěte. Ke konci kapitoly o ergoterapii jsou nejčastější intervence, které se u předčasně narozených dětí využívají. První zmíněnou intervencí je Bobath koncept, který vychází z nejnovějších poznatků teorie řízení motoriky u dětí v neurorehabilitaci. V tomto konceptu je zmíněna metoda klokánkování, také nazývanou metodou skin-to-skin. Následuje koncept bazální stimulace, který se zaměřuje na všechny oblasti lidských potřeb a podporuje správný psychomotorický vývoj v rámci vhodných stimulů. V konceptu bazální stimulace je zmíněné polohování, které využíváme již na neonatologických odděleních, kde můžeme vidět hnízdečko, které funguje jako pomůcka při polohování předčasně narozených dětí. Další zmíněnou stimulací v rámci konceptu bazální stimulace je orální stimulace, kterou lze podpořit správné sání dítěte. Jedním z posledních intervencí, která je zmíněná v bakalářské práci je senzoričná integrace neboli terapie SI. Senzoričná integrace se zaměřuje na taktilní, vestibulární a proprioceptivní systém.

Praktická část se skládá ze dvou dotazníkových šetření, kdy jeden z dotazníků byl rozeslán mezi rodiče předčasně narozených dětí a druhý byl rozeslán ergoterapeutům pracujícím s předčasně narozenými dětmi. Praktická část začíná dotazníkem pro rodiče předčasně narozených dětí, který obsahuje 11 otázek, které se zaměřují na to, jestli se rodiče setkali s ergoterapeutem, jestli využili jeho odborné pomoci, a zda se s ergoterapeutem vůbec setkali v rámci ucelené péče o jejich předčasně narozené dítě. Velice zajímavá otázka obsažená v tomto dotazníku byla, jestli si rodiče myslí, zda by měla být ergoterapie nedílnou součástí ucelené péče o jejich dítě. Dotazník pro ergoterapeuty pracující s předčasně narozenými dětmi obsahoval otázky, které se pojily hlavně na jejich poznatky z praxe a na nejvíce využívané intervence/přístupy, které využívají v rámci své praxe. Tato praktická část má za hlavní cíl zjistit, jaké je role ergoterapeuta u předčasně narozených dětí v České republice. Mezi dílčí cíle patří zmapování nejčastějších intervencí, které se využívají u předčasně narozených dětí, pospání role ergoterapeuta a zjištění, jak rodiče vnímají roli ergoterapeuta v rámci komplexní péče o jejich dítě.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PRENATÁLNÍ OBDOBÍ

Prenatální období můžeme definovat období nitroděložního vývoje. Doba trvání nitroděložního vývoje je od početí do ukončení porodu přerušením pupečníku a je nedílnou součástí dětského věku. Obvykle za fyziologických podmínek trvá 40 (+/- 2) týdnů. (Klíma, 2016)

1.1 Rozdělení prenatálního období

Prenatální období rozdělujeme do tří fází, které na sebe navazují. První fáze je fáze oplození, kde dochází k uhníždění blastocystů a vzniku třech zárodečných listů. Tato fáze trvá přibližně tři týdny, kdy koncem třetího týdne vzniká nervová trubice. Druhou fází je embryonální období, kde vznikají všechny hlavní orgánové základy. Tato fáze neboli období trvá od 4. do 12. týdne. Třetí fází nazýváme fetálním období, kdy se dochází k dokončování vývoje orgánových systému. Fetální období je charakterizováno od 12. týdne do narození (Kelnarová & Matějková, 2010)

Prvním zásadním momentem v prenatálním období je splynutí gamet neboli početí, které je charakterizováno splynutím gamet (vajíčka a spermie), kdy vzniká jedinec s plnou genetickou výbavou. Během prvních třech týdnů vývoje plodu dochází k dělení nediferencovaných buněk, a také jejich růstu. Tyto buňky se dále rozdělují v zárodečné listy, kde vznikají jednotlivé systémy a orgány. V průběhu 4. týdne se uzavírá neurální trubice a začíná rychlý růst mozku. Díky zvětšování mozku se vytváří typické ohnutí plodu. Do té doby bylo embryo napřímené. V 5. týdnu těhotenství má embryo tvar C a začínají se vytvářet přední končetiny. Na konci embryonálního období dochází k rozvoji oblasti obličeje – oči směrem dopředu, vyvinuta víčka, vyvinuta dutina ústní, obličej má definitivní podobu (Roztočil, 2017).

Po období embryonálním přichází období fetální, které končí porodem plodu. Z přechodu z embryonálního období do období fetálního by měla být ukončena organogeneze a zevní poloha plodu. Tento přechod můžeme definovat i tak, že z embrya se stává plod, který bude v průběhu 7 měsíců kontinuálně růst a bude ukončen vývoj stávajících struktur. Zároveň v tomto období dochází k přechodu plodu do mimoděložního prostředí. Přibližně od 13. do 16. týdne pokračuje rychlý růst plodu, který se zároveň

napřimuje. Pokračuje nejen rychlý růst plodu, ale také rychlý růst kostí a svalů. Dolní končetiny jsou delší než horní končetiny a kostra plodu je již viditelná rentgenovým zářením. Začínají také pohyby plodu, které ale matka vnímá až od 17. týdne, ukládání tuku a plod v tomto období polyká plodovou vodu. Do 24. týdne probíhá rychlý nárůst hmotnosti a plod je proporcionálně vytvořen. Jeho hmotnost je v rozmezí od 300 g do 800 g a jeho délka je přibližně 200–228 mm. V rozmezí od 25. týdne do 28. týdne obličej dostává definitivní podobu, kůže je méně vrásčitá, tvoří se nehty a rozpojují se oční víčka. Velmi nezralé jsou v tomto období plíce a plicní cévy. Vyvíjí se mozek a nervový systém je schopen vyvolat rytmické dýchací pohyby, i když jen na chvíli. V tomto období má plod hmotnost okolo 1000 g – 1200 g, jeho délka je 260–300 mm a plod je již schopen částečně regulovat teplotu. Ve 32. týdnu těhotenství se hmotnost plodu výrazně zvětšuje a vyvíjí se svalová a tuková tkáň. Do 36. týdne má již plod hmotnost okolo 2500 g a jeho délka je přibližně 410 mm, kdy plod je schopen extrauterinního života. Zralý plod je ve 38. týdnu, kdy je již kůže růžová a hladká, je stabilizován cyklus spánku a bdění, většinou je plod v poloze hlavou dolů (Roztočil, 2017).

1.1.1 Faktory ovlivňující růst plodu

Docent Jiří Dort (2018), který je plzeňský dětský lékař a neonatolog, ve své knize Neonatologie uvedl, že mezi faktory, které ovlivňují růst plodu můžeme zařadit faktory genetické a fetální abnormality, konstituční, choroby matky, podvýživa nebo poruchy životosprávy matky, ale také komplikace v těhotenství a poruchy placenty.

1.2 Rozdělení těhotenství

Celé těhotenství považujeme za naplnění smyslu biologické podstaty ženy, kde dochází k zázraku početí a daru života. Těhotenství se obvykle člení na tři třetiny, které nazýváme jako trimestry. (Gregora & Velemínský, 2017)

První trimestr je období od početí do 13. týdne těhotenství. Toto období je bouřlivé, protože dochází k rychlému vývoji zárodku. Zhruba v 6. týdnu můžeme ultrazvukem poznat, zda je zárodek živý a můžeme vidět pulzující srdce. (Gregora & Velemínský, 2017)

Druhý trimestr definujeme od 13. týdne do 26. týdne. O tomto období mluví ženy jako o nejkrásnějším období v průběhu těhotenství. Již nejsou tolik unavené, nevolnosti se již obvykle neobjevují a ženy se cítí dobře. Okolo 20. týdne dochází k tomu, že ženy

začínají cítit pohyby plodu. V tomto období ženy absolvují vyšetření na včasné odhalení vývojových vad, což je vyšetření krve v 16. týdnu těhotenství a mezi 18. – 22. týdnem ultrazvukové vyšetření. (Gregora & Velemínský, 2017)

Poslední třetí trimestr začíná od 27. týdne a končí porodem. Třetí trimestr můžeme definovat přípravou matky a plodu na porod, kdy matka začíná být nervózní a netrpělivá z příchodu miminka na svět. (Gregora & Velemínský, 2017)

2 PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DÍTĚ

Dle různých definic víme, že předčasně narozené dítě neboli nedonošený jedinec je ten, který se narodil před dosažením hranice donošenosti, tzv. před 37. týdnem těhotenství. Dále předčasně narozené dítě můžeme rozdělit do čtyř podskupin: extrémně předčasný, velmi předčasný, středně, pozdně předčasný. Hranice viability (životaschopnosti) v České republice je 24. týden těhotenství nebo porodní hmotností nad 500 gramů.

2.1 Předčasný porod

Předčasný porod podle WHO (Světové zdravotnické organizace) je definován jako těhotenství ukončené v období kratším než ukončený 37. týden gestačního stáří. Incidence předčasných porodů v České republice je přibližně okolo 8 %. Bohužel příčina předčasných porodů dosud není objasněna, ale víme, že se na této patologii podílí například choroby děložního hrdla, fetomaternální jednotky, distenze a odlučování placenty (Pařízek, 2017).

Hájek (2004) ve své knize uvedl, že problematika předčasného porodu je ve zdravotnictví v České republice stále velmi závažným problémem. Tento problém má dopad nejen zdravotní, ale také ekonomický, sociální i rodinný.

2.1.1 Rozdělení předčasného porodu

Předčasný porod můžeme rozdělit na dvě podskupiny:

a) Spontánní předčasný porod

Spontánní předčasný porod dělíme ještě na: spontánní předčasný porod se zachovaným vakem blan a na předčasný porod po předčasném odtoku plodové vody. Vznik předčasného porodu můžeme definovat samovolným nástupem kontrakcí děložního svalstva.

b) Iatrogenní předčasný porod

Tento druh porodu se nejčastěji ukončuje z důvodu ohrožení zdraví, nebo dokonce života matky či plodu. V tomto případě těhotenství musí být ukončeno předčasně. Nejčastěji se objevují komplikace ze strany matky jako například preeklampsie, předčasné odtržení placenty či placenta praevia. Ze strany plodu může jít o retardaci plodu/novorozence,

intrauterinní růstovou restrikci plodu/novorozence nebo vícečetné těhotenství (Marková, 2020).

2.1.2 Rizika předčasného porodu

Riziko u předčasného porodu pro matku může být:

- Operační porod
- Puerperální sekce
- Psychické trauma

Naopak riziko u předčasného porodu u dítěte je například:

- Porodní traumatismus
- Perinatální morbidita
 - IVH – intraventricular hemorrhage
 - NNS – neonatal sepsis
 - RDS – respiratory distress syndrome
 - NEC – necrotizing enterocolitis
 - ROP – rethinopathy of prematurity
 - Hypoglykemie
 - Hypotermie
 - Hyperbilirubinemie
 - Iatrogenní morbidita
- Perinatální, neonatální a dětská mortalita
- Dlouhodobé následky pozdní
 - Neurologické
 - Plicní
 - Oční

- Sluchové
- Mentální

(Marková, 2020)

2.1.3 Rizikové faktory spontánního předčasného porodu

Do této doby je vytyčeno několik rizikových faktorů, které můžeme rozdělit podle toho, zda je lze ovlivnit nebo ne. Rizikové faktory zvětšují riziko spontánního předčasného porodu. Dle dělení si uvedeme neovlivnitelné a ovlivnitelné rizikové faktory. Neovlivnitelné jsou například:

- špatná výživa
- věk méně než 18 let nebo více než 40 let
- nízká tělesná hmotnost před těhotenstvím
- operační zákroky na děložním hrdle
- předčasné zkrácení a dilatace hrdla dělohy

Do ovlivnitelných rizikových faktorů zařazujeme:

- stres
- kouření
- abúzus drogy
- krátký interval mezi porody
- infekce močových cest

(Pařízek, 2017)

2.1.4 Nejčastější poporodní komplikace

Mezi nejčastější poporodní komplikace můžeme zařadit:

- 1) Syndrom dechové tísně neboli respiratory distress syndrome (RDS)

Příčina vzniku syndromu dechové tísně je nedostatek surfaktantu nedonošených dětí. Klinický průběh se projevuje ihned po porodu nebo

během prvních pár hodin po porodu a nastupuje tachypnoe, kdy je dechová frekvence pod 60 dechů za minutu, dyspnoe, sténavý výdech neboli grunting a alární souhyb. Je nejčastější příčinou mortality u předčasně narozených dětí a vzniká až u 60 % nedonošených dětí narozených pod 30. gestačním týdnem. Mezi komplikace u syndromu dechové tísně můžeme uvést například: pneumotorax, pneumoperikard, pulmonální intersticiální emfyzém, pneumoperitoneum, perzistující ductus arteriosus, perzistující fetální cirkulace (syndrom PFC), nekrotizující enterokolitida a bronchopulmonální dysplazie. U syndromu dechové tísně můžeme využít dva druhy léčby – symptomatickou a kauzální. Symptomatická léčba obsahuje podání kyslíku a umělé plicní ventilace. Zde je velmi důležitá správná manipulace s miminkem. Kauzální léčba spočívá v podání surfaktantu, kdy dojde po podání ke zlepšení výměny krevních plynů a oxygenace, a zároveň se snižuje incidence pneumotoraxu, což sniží i mortalitu (Muntau, 2014).

2) Bronchopulmonální dysplazie (BDP)

Bronchopulmonální dysplazii řadíme mezi chronické onemocnění plic, která je doprovázena chronickými plicními změnami viditelnými na rentgenu. Výskyt BDP je hlavně díky nezralosti u předčasně narozených dětí narozených pod 32. gestační týden., kdy tyto děti potřebují plicní ventilaci v 36. postmenstruačním týdnu nepřetržitě po dobu třech a více dní k udržení cílové SpO₂ 90–95 %. Mezi významné rizikové faktory vzniku bronchopulmonální dysplazie řadíme extrémní nezralost, intrauterinní zánět, a také potřeba dlouhodobé umělé plicní ventilace (Marková, 2020).

3) Perinatální asfyxie

Během poporodní adaptace může vzniknout závažná porucha, kterou je perinatální asfyxie, kdy dochází k nedostatku kyslíku. Perinatální asfyxie vzniká z 90 % prenatálně a perinatálně. V postnatálním období je 10 % případů díky poruše adaptace. Rizika vzniku perinatální asfyxie jsou například: infekce, vícečetná těhotenství, onemocnění matky, abnormální složení plodové vody, placentární insuficience, odchylky v pupečníku a placentě a abnormální polohy plodu. Perinatální asfyxii rozdělujeme na

modrou asfyxií (objevuje se cyanóza) a bledou asfyxií (doprovázena šokovým stavem a bledostí). Edém mozku je klasickým následkem perinatální asfyxie, kdy se dělá sonografie mozku (Muntau, 2014).

4) Apnoe z nezralosti

Apnoe z nezralosti neboli apnoické pauzy trvají více než 20 sekund a doprovází je pokles saturace a/nebo brachykardie. Apnoe rozdělujeme na centrální, obstrukční a smíšené. Kdy centrální apnoe je forma, která se vyskytuje nejvíce. Zde vidíme chybějící proud vzduchu a nedostatečné dechové pohyby. U obstrukční apnoe je chybějící proud vzduchu, ale pohyby dechové jsou přítomné. U předčasně narozených jedinců se nejvíce vyskytuje idiopatická apnoe, která vzniká při nezralosti dechového centra. U léčby využíváme stimulaci (dechová aktivita se obnoví), farmakologická léčba, prodýchnutí maskou bez navyšování potřeby kyslíku a umělá plicní ventilace (Muntau, 2014).

5) Ductus arteriosus patens (PDA)

Ductus arteriosus patens neboli otevřená tepenná dučej je stav, při kterém nedochází k uzavření tepenné dučeje, cévní spojky mezi plicnicí a aortou. Což jsou důležité složky v krevním oběhu plodu. U nezralých jedinců je PDA velmi častým stavem, kdy většinou u těchto jedinců přetrvává delší dobu. K léčbě otevřené tepenné dučeje používáme farmakologickou léčbu. Když novorozenec nezačne reagovat na farmakologickou léčbu přistupuje se k léčbě chirurgické ligace. U PDA je velkým rizikem plicní krvácení, což je hypoxemie, metabolická acidóza a hemoragický plicní edém se symptomy srdečního selhání (Marková, 2020)

6) Retinopatie nedonošených (ROP)

Retinopatie nedonošených je onemocnění sítnice, kdy příčinou je cévní proliferace a nezralost. Retinopatie je způsobená toxicitou kyslíku, kdy celé toto onemocnění může dojít až ke slepotě předčasně narozeného dítěte. Mluvíme zde pouze o předčasně narozeném dítěti, protože se retinopatie objevuje pouze u nedonošených. Rizikové faktory u retinopatie jsou: akutní a chronický toxický účinek kyslíku na retinální cévy, výměnná transfuze,

vliv světla, časté transfuze krve a hyperkapnie. K léčbě retinopatie využíváme kryoterapii, která snižuje riziko slepoty až o polovinu, a laserovou terapii, kdy je tato terapie účinná jako kryoterapie, ale kryoterapie je více bolestivá (Muntau, 2014).

7) Nekrotizující enterokolitida (NEC)

Definovat nekrotizující enterokolitidu nelze jinak než jako závažnou život ohrožující poruchu adaptace trávicího traktu. Jde o akutně hemoragicko- nekrotizující zánětlivé onemocnění střeva, hlavně v terminálním ileu, céku a colon ascendens. K rizikovým faktorům nekrotizující enterokolitidy patří nízká porodní hmotnost, nezralost, perinatální asfyxie, katetrizace pupečních cév, hypotrofie, otevřená tepenná dučej, cyanotická srdeční vada a umělá výživa. Léčba u méně závažných případů začíná konzervativně. Jakmile se objeví perforace střev, přechází se k léčbě chirurgické (Marková, 2020).

2.2 Dělení novorozenců

Novorozence dělíme podle gestačního stáří do tří hlavních skupin. Novorozence donošené (neonatus maturus, od týdne 37+1 do 41+6), nedonošené (prematunitas, do týdne 37+0) a přenášené (posmaturitas, od týdne 42+0).

(Roztočil, 2017)

2.2.1 Klasifikace novorozence dle gestačního stáří

Nedonošené (nezralé) novorozence dále dělíme podle dosaženého gestačního týdne na:

- Extrémně nezralé (méně než 28. týden těhotenství)
- Těžce nezralé (28. – 31. týden těhotenství)
- Středně nezralé (32. – 33. týden těhotenství)
- Lehce nezralé (34. – 36- týden těhotenství)

Zralé (donošené) novorozence dělíme na:

- Hraničně zralé (37. týden těhotenství)

- Zralé (38. – 41. týden těhotenství)
- Přenášené (více než 42. týden těhotenství)

(Marková, 2020)

2.2.2 Klasifikace novorozence dle porodní hmotnosti

Podle Roztočila (2017) rozdělujeme novorozence dle dosažené porodní hmotnosti do následujících skupin:

- Novorozenci s normální porodní hmotností (2500 – 4 500 g)
- Novorozenci s velkou porodní hmotností (nad 4000 g)
- Novorozenci s nízkou porodní hmotností (NNPH <2500 g)
- Novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností (NVNPH <1500 g)
- Novorozenci s extrémně nízkou porodní hmotností (NENPH <1000 g)

Podle Markové (2020) zařazujeme do této skupiny ještě novorozence s neuvěřitelně nízkou porodní hmotností (méně než 750 g), ale toto označení se bohužel v praxi neosvědčilo.

2.2.3 Klasifikace podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku

Tato klasifikace se hodnotí v rámci vztahu mezi porodní váhou a gestačním týdnem při narození, která se vyjadřuje v percentilových růstových grafech. Jedná se o to, že se vychází z hmotnosti novorozence při narození v daném gestačním týdnu a odhadů hmotností dítěte dané gestace. Zde rozdělujeme novorozence takto:

- Hypotrofický – hmotnost u tohoto jedince je pod 10. percentilem hmotnosti pro daný týden gestačního věku
- Eutrofický – hmotnost novorozence je patřičná danému gestačnímu stáří
- Hypertrofický – hmotnost novorozence je nad 95. percentilem hmotnosti pro daný týden gestačního věku

(Hájek, 2014)

3 PÉČE O PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DÍTĚ

Neonatologie je obor, který se zabývá péčí o novorozence, jak o zdravé fyziologické novorozence, tak o novorozence mírně nedonošené nebo s lehkými poruchami poporodní adaptace, ale také o novorozence těžce nedonošené nebo s významnými patologiemi (Bláhová et al., 2019).

Pracoviště neonatologie se v České republice rozdělují do tří stupňů a jsou obvykle součástí porodnic. Jako první je pracoviště I. stupně, což je pracoviště regionální, kde se zajišťuje poporodní péče o zdravé a donošené či lehce nezralé novorozence. Když se zde narodí novorozenec, který je předčasně narozený, ihned se převáží na pracoviště II. a III. stupně. Tento proces převozu je docela náročný, protože pro nedonošeného novorozence musí přijet speciální sanitka vybavená transportním inkubátorem. Společně v sanitce také jede neonatolog a dětská sestra, která musí být vyškolená v oblasti intenzivní péče o novorozence. Mezi pracoviště stupně II. řadíme intermediární centra, která jsou nejčastěji spádová pracoviště pro pracoviště I. stupně. Intermediární centra zajišťují péči o novorozence, kteří na se narodili od 32. týdne, což znamená, že jsou středně nezralí. V těchto pracovištích zajišťují pediatři a neonatologové a ti jsou schopni zajistit krátkodobou podporu dýchání, ale nemají pro novorozence vybavení pro dlouhodobou intenzivní péči. Posledním stupněm klasifikace je pracoviště III. stupně, která pojmenováváme jako perinatologická centra, která poskytují péči pro těžce a extrémně nezralé novorozence a kriticky nemocné novorozence (Lamberská, 2020).



*Obrázek 1: Vyhřívané lůžko na oddělení JIP
(zdroj: vlastní)*

3.1 Předporodní péče

U předporodní péče se zaměřujeme na to, aby se ženský lékař (gynekolog) staral o každé těhotenství tak, aby hrozící riziko předčasného porodu bylo za včas rozpoznáno. V tom lepším případě, aby hrozící riziko předčasného porodu bylo včas odvráceno. Ovšem v tom horším případě, kdy ženě hrozí předčasný porod, je lepší, když porodí dítě přímo ve specializovaném perinatologickém centru, než když žena porodí v porodnici, kde není perinatologické centrum, a proto musí být převezena společně s miminkem. Tato cesta je velmi náročná pro dítě, ale také i z transportního hlediska (Klíma, 2016).

3.2 Poporodní péče

Dle Klímy (2016) se poporodní péče u předčasně narozeného dítěte liší oproti poporodní péči доношенého dítěte jen v tom, že při ošetření se v prvních hodinách vyhýbá rušivým a doložitelným činnostem (například vážení, měření, kredeizaci a popisu). Zde se poporodní péče zaměřuje hlavně na podporu efektivního dýchání a prevenci tepelných ztrát. Důležité je podpořit ne zcela funkční tělesné systémy:

- Termoregulace – Novorozenec má sníženou schopnost regulace tělesné teploty. Proto se využívají inkubátory nebo vyhřívaná lůžka, kde je později i novorozenec ošetřován. Tím pádem se udržuje u novorozence tzv. termoneutrální teplota a přiměřená vlhkost.
- Nedostatečná funkčnost reflexů, které jsou potřebné pro příjem stravy a snížená funkčnost trávicího ústrojí potřebují šetrné a pravidelné podávání malých dávek mléka, které za pomoci upravené savičky podáváme miminku. Jednou z variant je i sonda, která je zavedena do žaludku či duodena. Využívá se i nitrožilní výživa, pokud dítě není možná plně krmit. Nitrožilní výživa je infuze cukrů, tuků a aminokyselin, u které se využívají tzv. infuzní pumpy či perfuzory, které zajistí přesné dávkování.
- Tlaková podpora CPAP (navozený trvalý přetlak v horních cestách dýchacích) nebo umělá plicní ventilace se využívá při známkách respirační insuficience, nezralosti mozkových center, navozené plicní nezralosti nebo při omezené výkonnosti dýchacích svalů.
- Zvýšená hygiena – Na jednotkách pro novorozence s nízkou porodní hmotností je velice důrazný a přísný hygienický režim, protože takový

novorozenec má sníženou obranyschopnost, která souvisí i s menší odolností vůči infekci.

(Klíma, 2016)

3.3 Perinatologická centra

Perinatologická centra v České republice řeší nejzávažnější stavy a komplikace u novorozenců. Poskytují akutní lůžkovou intenzivní péči těžce a extrémně nezralým jedincům a kriticky nemocným novorozencům. V České republice máme takových pracovišť 12 (Lamberská, 2020).

Seznam perinatologických center v České republice

1.	Fakultní nemocnice v Motole IČ 00064203, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
2.	Všeobecná fakultní nemocnice IČ 00064165, U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2
3.	Ústav pro péči o matku a dítě IČ 00023698, Podolské nábřeží 157, 147 00 Praha 4 - Podolí
4.	Fakultní nemocnice Plzeň IČ 00669806, Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň
5.	Fakultní nemocnice Hradec Králové IČ 00179906, Sokolovská 581, 500 06 Hradec Králové
6.	Fakultní nemocnice Olomouc IČ 00098892, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
7.	Fakultní nemocnice Ostrava IČ 00843989, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava – Poruba
8.	Fakultní nemocnice Brno IČ 65269705, Jihlavská 20, 625 00 Brno
9.	Krajská zdravotní, a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z. IČ 25488627, Sociální péče 3316/12a, 401 13 Ústí nad Labem

10.	Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Most, o.z. IČ 25488627, J. E. Purkyně 270, 434 64 Most
11.	Nemocnice České Budějovice, a.s. IČ 26068877, B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice
12.	Krajská nemocnice T. Bati, a.s. IČ 27661989, Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín

Tabulka 1: Seznam perinatologických center v České republice

Zdroj: (Köhlerová, 2014, str. 5–6)

4 VYUŽITÍ ERGOTERAPIE

4.1 Pojem ergoterapie

Ergoterapie je zdravotnická profese, která je zaměřená na klienta a podporu jeho zdraví a pohody prostřednictvím smysluplného zaměstnávání. Primární cíl ergoterapie je umožnit se lidem zapojit do běžných denních činností. Proto aby ergoterapeuté dosáhli tohoto výsledku, pracují s lidmi i komunitami, aby zlepšili jejich schopnost vykonávat zaměstnávání, které je pro jejich život nepostradatelné a smysluplné. (WFOT, 2017)

Ergoterapie v České republice je poměrně mladý obor, který se neustále rozvíjí a dostává do povědomí lidí. Samotná role ergoterapeuta je zaměřena na podporu zdraví a pohody prostřednictvím možnosti provedení veškerých všedních denních aktivit (ADL = Activities of Daily Living). U předčasně narozených dětí se ergoterapeut zaměřuje na podporu optimálního vývoje dítěte, a zároveň spolupracuje s rodiči předčasně narozeného dítěte, aby zvládli zapojení do své nové role. Dětský ergoterapeut má za cíl podpořit vztah mezi rodiči a dítětem a zajistit jim tak úspěšný přechod z nemocnice zpět domů.

4.2 Role ergoterapeuta na neonatologických jednotkách

Samotná role ergoterapeuta není u nás na neonatologických jednotkách tolik známá, i přesto, že jinde ve světě již ergoterapeut zastoupení na neonatologii má. Ergoterapeut se zaměřuje na podporu vývoje předčasně narozeného dítěte a jeho rodiny. Ergoterapeuté zde velmi úzce spolupracují s rodiči dítěte s cílem podpořit jejich vzájemný vztah rodič-dítě, a zároveň zajistit rodině úspěšný přechod z nemocnice domů (Marková, 2020).

Podle Izraelské ergoterapeutické asociace (2009) ergoterapeut pracující na neonatologických jednotkách musí mít jedinečné, profesionální znalosti potřebné pro léčbu předčasně narozených dětí. Důležité jsou znalosti v dětské a neonatologické ergoterapii, znalosti a terapeutické nástroje, které jsou nezbytné pro identifikaci vývojových problémů a včasný zásah, znalosti a schopnost se vyrovnat s citlivou a složitou situací, které rodiče čelí. Dále jsou podstatné znalosti organizaci prostředí na neonatologické jednotce a podpoře rodičů, a také schopnost fungovat za nepřetržitých stresujících podmínek.

Ergoterapeutická intervence na těchto neonatologických jednotkách zahrnuje přímou intervenci v ošetření nedonošených dětí nebo novorozenců a poskytování

poradenství rodičům a personálu neonatologického oddělení. Mezi ergoterapeutické léčebné metody zahrnujeme:

- přizpůsobení a úpravu podnětů, kterými nedonošené nebo novorozené dítě je vystavené
- poskytování vhodných podnětů a vedení, které jsou zapotřebí podporovat rozvoj smyslové modulace
- vyrovnávat cykly spánku a bdění dítěte
- podporovat dovednosti sání, polykání a jedení
- edukovat o polohování dítěte, které podporuje a povzbuzuje jeho vývoj, včetně způsobů manipulace s dítětem
- vedení rodičů, aby se aktivně zapojili do každodenního zacházení s jejich předčasně narozeným dítětem, což může být například: použití hmatových, proprioceptivních a vestibulárních podnětů, posílení orálního svalstva dítěte a funkce potřebné pro krmení
- pomáhat rodičům a edukovat je o metodách, které usnadní jejich fungování na jednotce intenzivní péče, ale i v domácím prostředí.

(IOCT, 2009)

Celkový přístup ergoterapeuta slouží k podpoře správného psychomotorického vývoje dítěte a podpoře jeho růstu s cílem podpořit rané zapojení rodičů do péče. Společné aktivity rodičů a dítěte jsou velice podstatnými a mezi které můžeme zařadit například krmení, doteky, koupání a celkovou manipulaci s dítětem (RCOT, 2017).

Ergoterapeut má samozřejmě svou roli i po propuštění do domácí péče, kdy ergoterapeut může poskytovat rodině další příležitosti k podpoře a rozvoji dětského zaměstnávání jako je například sebeobsluha, učení a hry. Ergoterapeut může rodině poskytovat rady v oblasti podpory smyslových a motorických dovedností (RCOT, 2017).

Role ergoterapeuta na neonatologických odděleních vyžaduje, aby ergoterapeut měl znalosti nejen ze svého oboru, ale také pokročilé znalosti z oblasti novorozenecké péče za

účelem poskytování komplexních intervencí kriticky nemocným novorozencům a jejich rodinám (RCOT, 2017).

K práci ergoterapeuta u předčasně narozených dětí podle zahraniční studie řadíme služby, které podporují vývoj jedince, vztah rodičů a vztah mezi rodiči a dítětem. Tyto služby jsou:

- Péče podporující vývoj
- Klokánkování (skin-to-skin)
- Výživy kojence
- Zapojení rodičů
- Podpora rodičů
- Identifikaci vývojových problémů a včasný zásah.

(RCOT, 2017)

Na neonatologických odděleních je velice důležitá spolupráce multidisciplinárního týmu a rodičů. Tato spolupráce slouží k identifikaci silných a zranitelných stránek dítěte, které zažívá péči na novorozeneckém oddělení. Všichni společně dokáží identifikovat a použít vhodné strategie k podpoře vývoje dítěte a vztahu rodič-dítě. Ergoterapeuti u vysoce rizikových kojenců přinášejí přístup k posouzení potencionálního dopadu fyzického a sociálního prostředí na kojence, schopnost řídit svou neurobehaviorální seberegulaci a následně identifikovat přístupy, které vhodně podporují silné a zranitelné stránky dítěte. Dokončení vyhodnocení umožňuje hloubkovou analýzu činnosti a základní schopnosti, které by dítě mělo zvládnout. Tato analýza může sloužit k identifikaci a doporučení konkrétních intervencí (přístupů), které jsou pro dítě správné (RCOT, 2017).

4.3 Early intervention

Early intervention neboli včasná péče (včasný zásah, raná péče) zahrnují celou řadu služeb určených k poskytování terapeutických intervencí a podpory rodiny, které podporují optimální vývoj pro dítě a jeho rodinu. Ergoterapii lze v tomto případě indikovat hned od narození do tří let věku dítěte, kdy je jeho vývoj nejvíce ohrožen (RCOT, 2017).

Podle Markové (2020) by měla včasná péče poskytovat rodinám podporu správného fyzického, kognitivního, emocionálního a sociálního vývoje dítěte. V této péči má svou hlavní roli lékař, který celou tuto péči koordinuje. Ergoterapeut se věnuje nejen dítěti, ale také rodině.

Ergoterapeut poskytuje dítěti možnost objevit jeho schopnosti a dovednosti v jeho přirozeném prostředí. Pracuje s každým dítětem a jeho rodinou individuálně, ale je také možnost využít skupinové terapie. Důležité v roli ergoterapeuta je to, aby byl schopný rodinu a její výchovné metody pochopit a respektovat jejich zvyklosti a jedinečnost (Marková, 2020).

4.4 Intervence využívající se u předčasně narozených dětí

4.4.1 Bobath koncept

Koncept fyzioterapeutky Berty Bobathové a doktora Karla Bobatha byl vytvořen ve 40. letech 20. století. Manželé Bobathovi ho neustále zdokonalovali v průběhu téměř padesáti let. Využití Bobath konceptu u kojenců poprvé využila švýcarská doktorka Elizabeth Köhlerová a anglická fyzioterapeutka Mary Quintonová (Kolář, 2009).

Bobath koncept je terapeutický přístup, ve kterém se využívá mechanismus centrální posturální kontroly. Má za cíl udržet rovnováhu a přizpůsobit posturu před, během pohybu a po jeho dokončení. Ke koordinaci pohybů a kontrole postury ve vztahu k okolí slouží automatické reakce, které se postupně zdokonalují. Jedná se zde o různorodé aktivní koordinační pohybové vzory, anebo jen o změny tonu (Kolář, 2009).

U dětí nazýváme Bobath koncept jako Baby-Bobath/NDT koncept (neurodevelopmental treatment koncept), který vychází z nejnovějších poznatků teorie řízení motoriky v neurorehabilitaci dětí. Terapeut musí poznatky z vývoje zdravého dítěte aplikovat na dítě a musí zde na vývoj dítěte pohlížet komplexně. Velký důraz se klade na percepční a kognitivní složku. Baby-Bobath koncept je aplikován 24 hodin denně a je zde důležitá edukace rodičů, kteří terapii vykonávají v domácím prostředí celý den (Marková, 2020).

Marková (2020) uvedla, že pozorování a analýza pohybových schopností a dovedností dítěte je podstatou Baby-Bobath/NDT konceptu. Dalším podstatným prvkem je pojmenování jeho obtíží, úrovně kognitivních schopností a vyjádření jeho osobnostních charakteristik. U Baby-Bobath/NDT konceptu je podstatné pochopení základních vztahů

mezi posturou a pohybem, percepčními, senzoryckými, behaviorálními a kognitivními faktory. Podle těchto základních vtaů lze posuzovat motoriku dítěte. V rámci tohoto konceptu jsou cíle dané podle pravidla SMART, což znamená, že jsou specifické, měřitelné, vhodné, realistické a časově omezené.

V rámci Baby-Bobath/NDT konceptu pracuje terapeut nejvíce s technikou placingu a holdingu, kdy tyto techniky jsou schopnosti jedince zastavit pohyb a přebrat kontrolu nad danou částí těla, kterou se snažíme ovlivnit. Z počátku dítě koná pohyb s přítomností terapeuta (asistenta), později dítě samo přebírá kontrolu polohy a pohybů. Další z technik využívajících se v Baby-Bobath/NDT konceptu je tapping, což je propioceptivní taktilní stimulace, kterou dělá terapeut jemnými poklepy na končetiny, trup, a dokonce i na orofaciální oblast. Tyto pravidelné rychlé dotyky zvyšují tonus (Marková, 2020).

Důležité pojmy pro Bobathovu metodu:

- Handling – v rámci handlingu se rodiče učí, jak s dítětem zacházet, jak ho držet v určitých polohách, kde a jak se dítěte dotýkat a kde nechat volnost pohybu.
- Klíčové body – mezi klíčové body kontroly řadíme proximální klouby, krk, pletenec ramenná, pletenec pánevní, ale také postavení jednotlivých částí trupu vzájemně k sobě.
- Reflexní útlum, který manželé Bobathovi z počátku velice zdůrazňovali, se již v dnešní metodice tolik nevyskytuje. Reflexní útlum je o tom, že dítě zaujímá určité vnucené reflexní postavení končetin, které nemůže samo překonat, a zároveň pokusem o pohyb patologickou situaci ještě zvýrazní. Reflexního útlum znamená to, když dítěti dáme trup nebo končetinu do nové situace, kterou však musíme vědět a znát, se patologický tonus zmírní nebo dokonce zmizí. Ovšem zmizí jen na určitou chvíli. Ale v takové situaci můžeme pohyb provádět normálně, nebo alespoň lépe.
- U pojmu tapping využíváme různé formy dotýkání a tlakového dráždění povrchových i hlubokých receptorů. Tapping slouží dítěti k uvědomění si jednotlivých částí trupu a končetin.

(Trojan, 2005)

Vzdělávání v oblasti NDT/Baby Bobath konceptu v České republice je možné po dvou letech praxe s dětmi s neurologickými potížemi. Kurz je určený ergoterapeutům, fyzioterapeutům a logopedům a je organizován Českou asociací dětských Bobath terapeutů. Kurz je tvořen teoretickou i praktickou částí, které jsou rozděleny do čtyř částí kurzu, které dohromady trvají 8 týdnů. Jak je již zmíněno na stránkách České asociace dětských Bobath terapeutů (ČADBT), je kurz velice náročný jak časově, tak psychicky i fyzicky. Jako autor této bakalářské práce bych jednou chtěla absolvovat tento kurz. Z pohledu budoucího ergoterapeuta, který se chce zaměřit na dětské pacienty, si myslím, že kurz NDT/Baby Bobath konceptu je jedním z nejvýznamnějších v oblasti vzdělávání dětských ergoterapeutů.

Metoda klokánkování (skin-to-skin)

Poskytování péče „skin-to-skin“ je jedna z nejužívanějších strategií pro podporu zapojení rodičů a dětí pozitivním dotykem. Péče klokánkování byla v kontextu novorozeneckého oddělení definována jako umístění dítěte kůží na kůži s rodičem, převážně s matkou. Metoda klokánkování může být používána i ihned po porodu, kdy se dítě přikládá buď k matce nebo k otci. Klokánkování (skin-to-skin) je považována za klíčový prvek rozvojově podpůrné péče. Kromě fyziologických výhod podporovaných během klokánkování, ergoterapeuti propagují metodu klokánkování (skin-to-skin) jako klíčovou příležitost pro umožnění sdíleného vztahu mezi dítětem a jeho rodiči. Blízký, pečující kontakt, který je zajištěn během klokánkování, podporuje rozvoj rané reciproční interakce mezi dítětem a rodičem (RCOT, 2017).

Klokánkování je metoda péče o předčasně narozené děti. Tato metoda spočívá k přiložení novorozence na tělo matky – kontakt kůže na kůži. Je to výkonná, snadno použitelná metoda na podporu zdraví a pohody předčasně narozených dětí. Přímý kontakt dítěti navozuje pocit bezpečí, které mu navozuje prostředí jako v děloze, protože slyší tep matčina srdce a cítí její teplo (Nedoklubko, 2017).

Pozitivní účinky metody klokánkování jsou:

- Uklidňuje i uvolňuje matku i dítě
- Reguluje srdeční frekvenci a dýchání dítěte
- Pomáhá mu se lépe přizpůsobit životu mimo dělohu

- Stimuluje trávení a zájem o krmení
- Reguluje teplotu

Zároveň kontakt kůže na kůži poskytuje dětem na novorozeneckém oddělení také výhody a to proto, že:

- Zlepšuje saturaci kyslíku
- Snižuje hladiny kortizolu (stresu) zejména po bolestivých zákrocích
- Podporuje kojení
- Pomáhá s růstem, takže může zkrátit pobyt v nemocnic
- Zlepšuje objem mléka, pokud matka odsává po dobu klockánkování

(UNICEF, 2018)



Obrázek 2: Metoda skin-to-skin ihned po porodu (zdroj: vlastní)

4.4.2 Koncept bazální stimulace

Autor konceptu bazální stimulace je profesor Andreas Fröhlich, který tento koncept vysvětluje jako vědecký pedagogicko-ošetrovatelský. Tento koncept se zaměřuje na všechny oblasti lidských potřeb, a zároveň dává vhodné stimuly, které jsou potřebné pro správný psychomotorický vývoj. Dále také stimuluje komunikaci, hybnost a vnímání (Friedlová, 2018).

Podle Friedlové (2018) je v konceptu bazální stimulace předmětem péče člověk, který je v těžké životní situaci. Těžkou životní situaci definujeme v tomto případě jako situaci, kdy si člověk není schopen postarat sám o sebe kvůli nemoci, úrazu, postižení nebo stáří. I proto potřebuje tento člověk pomoc jiné osoby a to proto, aby mu umožnil vidět, vnímat a přiblížit okolní svět, aby i přesto, že sám nemůže verbálně komunikovat, mu bylo porozuměno, aby se byl schopen přemístit z místa na místo, aby mu v této těžké životní situaci byl někdo oporou, doprovázel ho, a dokonce ho kompetentně zaopatřil.

Také podle Friedlové (2018) je důležité, aby v tomto konceptu spolupracoval multidisciplinární tým, protože jednotlivé činnosti, které jsou u pacienta vykonávány, mají být součástí celodenního „handlingu“. Bylo by dobré, aby u daného pacienta byla společná dokumentace, kde každý může napsat své postřehy a záznamy.

Mezi první základní prvek bazální stimulace řadíme lidské vnímání, protože vnímání sebe sama je předpokladem ke komunikaci s okolním světem a k pohybu. Vnímání, komunikace a pohyb se navzájem ovlivňují (Friedlová, 2018).

Schopnost vnímání svého těla se vyvíjí už v embryonálním stádiu, kdy dítě vnímá veškeré vibrace formou zvuků jako je například tlukot srdce. V embryonálním stádiu pozorujeme i somatické vnímání, které umožňuje tlak plodové vody či dělohy. Pozorujeme zde také vestibulární vjemy, kdy dítě vnímá změnu polohu matky, ale také sebe. Bohužel předčasně narozené děti jsou o toto prostředí ochuzeni (Marková, 2020).

Marková (2020) tvrdí, že dotyk je v konceptu bazální stimulace jedním z nejdůležitějších prvků. Dotykem se vyvíjí primární tělesná zkušenost. Receptory v kůži a proprioreceptory v kloubech a svalech umožňují kinestetické a somatické vnímání. Dotyky, které poskytují ruce rodičů, pomáhají dítěti získat pozitivní informace o jeho vlastním těle. Dítě by mělo tyto dotyk vnímat jako velice příjemné a milé, a zároveň by je měl vnímat jako laskavé uspokojení. Ruce rodičů jsou jedinečné a nenahradí je ani ruce

zdravotníků. V tomto konceptu bazální stimulace učíme rodiče, jak lze využít doteky vlastní ruky dítěte, které jsou ze začátku pasivní, ale později se dítě stává aktivním účastníkem vlastních dotyků. Rodiče ze začátku učíme také polohování dítěte, které je v jeho vývoji nesmírně důležité. Později rodiče učíme, jak s dítětem manipulovat, jak ho chovat a jak ho přenášet v prostoru.

Polohování v konceptu bazální stimulace

V rámci bazální stimulace využíváme polohování, které dodá člověku možnost získat informace o svém vlastním těle, a zároveň dokáže bazální stimulace stabilizovat vnímání tělesného schématu. Koncept bazální stimulace využívá dva druhy polohování – hnízdo a mumie (Friedlová, 2018).



Obrázek 3: Novorozenec na oddělení JIP (zdroj: vlastní)

U polohy „hnízdo“ je cílem stimulace vnímání tělesného schématu. Polohování v hnízdečku využíváme i u předčasně narozených dětí. V této poloze dochází ke zklidnění, protože zde člověk vnímá hranice svého těla, a zároveň se může orientovat na svém těle (Friedlová, 2018). U předčasně narozených dětí využíváme na polohování hnízdečko, které poskytuje dítěti stabilní polohu na zádech, na boku i v pronační poloze na bříšku. Je zde důležitá opora hlavy, trupu a končetin, a také je potřebné zajistit polohu na středě, kdy preventivně předcházíme predilekčnímu a asymetrickému držení hlavy, ale také celého těla. Polohy musíme samozřejmě střídat, hlavně s ohledem na aktuální stav dítěte. Možnosti polohování dítěte můžeme využít i v náruči rodičů, kdy mírným pohupováním můžeme podpořit polohocit a pohybcit (Marková, 2020).

Orální stimulace v rámci konceptu bazální stimulace

V dutině ústní nalezneme mnoho senzoričkových a motorických receptorů, proto jsou ústa nejcitlivější a nejaktivnější tělesnou zónou. V dutině ústní také ústí slinné žlázy, kdy jsou sliny významné pro správnou funkci dutiny ústní, jícnu i žaludku. Již u embryonálního vývoje pozorujeme, že v 9. týdnu má dítě zárodek svého palce v ústech. Také víme, že ústa jsou v celém prenatálním období aktivní. Můžeme říci, že dítě skrze své ústa poznává svět (Friedlová, 2018).

U kojenců se mění nepodmíněný sací reflex na reflex podmíněný. Ovšem hrubá patologie centrální nervové soustavy nastává tehdy, když se sací reflex objeví později. Velmi úzce je propojené sání s multisenzoričkovým integračním systémem. Samotný multisenzoričkový systém má velký význam pro získávání zkušeností v procesu učení a pro vývoj fyziologických potřeb. (Friedlová, 2018)

Pražský (2012) udává, že cíle orální stimulace u předčasně narozených dětí je podpora zachování sacího a polykacího reflexu. Tohoto cíle dosáhneme cílenými postupy, které jsou somatická stimulace obličeje, která má za cíl stimulovat senzoričku a následně motoriku orofaciálních svalů, a stimulace dutiny ústní prostřednictvím štětiček či saviček namočených v mateřském mléku a umělé výživě pro nezralé novorozence. Těmito postupy připravíme nezralé dítě na sání z prsu či lahve.

Jako autor této bakalářské práce se na tento kurz na začátku dubna chystám. V České republice zřizuje tento kurz Institut Bazální stimulace podle Prof. Dr. FRÖHLICHA. Institut nabízí základní kurz Bazální stimulace, následně nastavbový kurz Bazální stimulace a prohlubující kurz Bazální stimulace I. a II. Tyto kurzy jsou určeny pro

lékaře, nelékařská zdravotnická povolání (sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, ergoterapeut, masér, logoped, psycholog, psycholog ve zdravotnictví, sanitář, ošetrovatel a praktická sestra), pro poskytovatele sociálních služeb, speciální pedagogy, asistenty pedagogů, vychovatele a pro vyučující na univerzitách a odborných školách.

4.4.3 Senzorická integrace (terapie SI)

Dalším z přístupů, který se využívá v dětské ergoterapii je senzorická integrace. Autorkou tohoto přístupu je americká ergoterapeutka Anna Jean Ayresová, která tento přístup definovala jako neurologický proces, který organizuje smyslové vjemy z vlastního těla a z jeho okolí a umožňuje efektivně využívat tělo v prostředí. Senzorická integrace se zaměřuje na vestibulární, propioceptivní a taktilní systém, a proto je předpokladem tohoto přístupu znalost smyslových drah, projevy jejich deficitů a vedení správné intervence (Bundy & Lane, 2020).

Senzorická integrace je nevědomý proces mozku, který probíhá, aniž bychom o tom přemýšleli (stejně jako dýchání). Dále organizuje informace detekované vlastními smysly (chuť, zrak, sluch, hmat, čich, polohocit, pohybovitost a rovnováha) a umožňuje nám jednat nebo reagovat na situaci, kterou prožíváme účelným způsobem (známé jako adaptivní odpověď). Senzorická integrace také tvoří základ pro akademické učení a sociální chování (Ayres & Robbins, 2005).

U poruch senzorického zpracování u předčasně narozených dětí uvedla Marková (2020), že se může zdát, že jsou výsledkem nezralosti biologického a neurologického systému. Dalším významným prvkem v této problematice je prostředí neonatologického oddělení, kdy nemusí být vytvořeno vhodné prostředí pro předčasně narozené dítě. Podle tohoto se zdá, že souvisí schopnost dítěte modulovat a integrovat přichozí smyslové informace spolu se schopností ovlivnit behaviorální stav dítěte.

Za zmínku stojí taktilní systém neboli hmat, který je již velmi podstatný od narození dítěte kvůli vyvolání vrozených reflexů. Ovšem také z důvodu navázání pouta s rodiči a vytvoření pocitu bezpečí. Taktilní systém také podporuje funkci ruky a vývoj v orofaciální oblasti (Hyttichová, 2011). Taktilní systém má vliv na sociální interakci, ADL (activities of daily living), manipulaci s předměty, a také ovlivňuje kvalitu jemné i hrubé motoriky. Mezi důsledky dysfunkce taktilního systému řadíme dyspraxii, obtíže v průběhu motorického plánování, a také mezi důsledky řadíme dysfunkci v oblasti orofaciální a v oblasti jemné a hrubé motoriky. V oblasti orofaciální oblasti mluvíme o

obtížích s příjmem potravy – například snížená nebo zvýšená citlivost v dutině ústní (Marková, 2020).

Úkolem rovnovážného ústrojí neboli vestibulárního systému jsou rovnovážné reakce, prostorová orientace, bilaterální dovednosti, sekvence a pohyb vůči gravitaci (Hyttichová, 2011). Vestibulární receptory se tvoří již v raném stádiu vývoje plodu a fungují při narození. Vestibulární systém poskytuje mozku kritické informace týkající se rychlosti a směru pohybu hlavy a statické polohy hlavy vzhledem ke gravitaci. Tento systém funguje nevědomě a nepřetržitě na pozadí každodenního života. Ayresová předpokládala, že vestibulární systém má významný vliv na mozek a funkce chování (Lane, 2019).

V České republice je možnost vzdělávání v oblasti senzorycké integrace v podobě certifikovaného programu. Evidence-based program CLASI-CASI navazuje na odkaz Dr. Ayres. Tento program se skládá ze 6 modulů, přičemž každý modul trvá přibližně 30 hodin. Moduly 1, 2, 4 a 5 probíhají online. Moduly 3 a 6 se konají v Praze prezenčně. Celý program je složen jak teoretické části, tak části praktické. Absolvovat tento kurz mohou ergoterapeuti, fyzioterapeuti a kliničtí logopedi (ASI, 2022).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem této studie bylo prozkoumat či zjistit, jaká je role ergoterapeuta u předčasně narozených dětí v rámci ergoterapie v České republice.

5.2 Dílčí cíle

1. Prvním dílčím cílem je zmapování nejčastěji využívaných intervencí (přístupů) u předčasně narozených dětí v rámci ergoterapie v České republice
2. Druhý dílčí cíl je zjistit, jak rodiče vnímali roli ergoterapeuta v rámci komplexní péče.

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jak často se setkávají rodiče předčasně narozených dětí s ergoterapeutem na neonatologickém oddělení?
2. Jaká je nejčastější využívaná metoda ergoterapeutů, kteří pracují s předčasně narozenými dětmi?
3. Jsou rodiče předčasně narozených dětí aktivně zapojeny do terapie?

7 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

V rámci kvantitativního výzkumu bylo ke zjištění cílů a k získání odpovědí pro výzkumné otázky v této bakalářské práci vybráno dotazníkové šetření. Dotazníkové šetření se skládalo ze dvou rozdílných dotazníků. První dotazník (viz. Příloha č. 1) byl rozeslán rodičům předčasně narozených dětí. Rodiče, kteří byli určeni k vyplnění dotazníku, museli splňovat podmínku, že se jejich dítě narodilo předčasně (tzn. před 37. týdnem těhotenství). Tím, že byl dotazník rozeslán mezi rodiče předčasně narozených dětí, autor získal pohled rodičů na péči o jejich předčasně narozené dítě. Druhý dotazník (viz. Příloha č. 2) byl rozeslán mezi ergoterapeuty, kteří splňovali podmínku, že vystudovali vysokou školu (tzn. mají bakalářský titul) a pracují s předčasně narozenými dětmi. Dotazník pro ergoterapeuty byl zaměřen hlavně na jejich poznatky z jejich praxe a jejich další vzdělávání v podobě kurzů v oblasti ergoterapie.

Rodiče předčasně narozených dětí a ergoterapeuty, kteří pracují s předčasně narozenými dětmi, si autor vybral pro tuto bakalářskou práci proto, aby ukázal jak pohled rodičů a jejich zkušenost s komplexní péčí o jejich dítě, tak pohled ergoterapeutů a jejich poznatky z praxe. Autor měl za cíl zjistit, na jaké úrovni je ergoterapeutická intervence na neonatologických odděleních v České republice a poukázat na možnost využití ergoterapeutů na neonatologických odděleních v České republice. V zahraničí je totiž ergoterapeut brán jako nedílnou součástí multidisciplinárního týmu, který se stará o předčasně narozené děti.

8 METODIKA PRÁCE

V této bakalářské práci byl využit kvantitativní výzkum. U kvantitativního výzkumu Gavora (2000) uvádí, že hlavním cílem výzkumníka, který využívá kvantitativní výzkum, je třídění údajů a vysvětlení příčin existence nebo změn jevů. Ke zjištění cílů a odpovědí na výzkumné otázky bylo využito dotazníkové šetření. Gavora (2000) zmiňuje, že dotazník je nejpoužívanější metodou ke zjišťování údajů, a to i proto, že lze získat velké množství informací při malé investici času. Jeho další výhodou je možnost využít ke sběru dat online vyplnění dotazníku. K dotazníkovému šetření byl vybrán soubor skládající se z rodičů předčasně narozených dětí a ergoterapeutů, kteří pracují s předčasně narozenými dětmi. Korespondenti před vyplněním dotazníku byli seznámeni se zachováním anonymity dle etického kodexu ergoterapeuta. Sběr dat do dotazníkového šetření probíhal od listopadu 2021 do konce února 2022.

První dotazník (viz. Příloha č.1) byli korespondenti rodiče předčasně narozených dětí. Pro oslovení rodičů předčasně narozených dětí autor oslovil Nadační fond pro předčasně narozené děti a sdružení Nedoklubko. Tyto organizace autora odkázaly na své skupiny na sociálních sítích, kam mohl autor vložit dotazník určený pro rodiče předčasně narozených dětí. Dotazník obsahoval celkem 11 otázek, které byly uzavřené i otevřené. Podařilo se získat v časovém období od listopadu 2021 do konce února 2022 dohromady 177 odpovědí od rodičů nedonošených dětí. Tyto odpovědi byly zpracovány v praktické části do grafů, které byly doplněné o slovní popis.

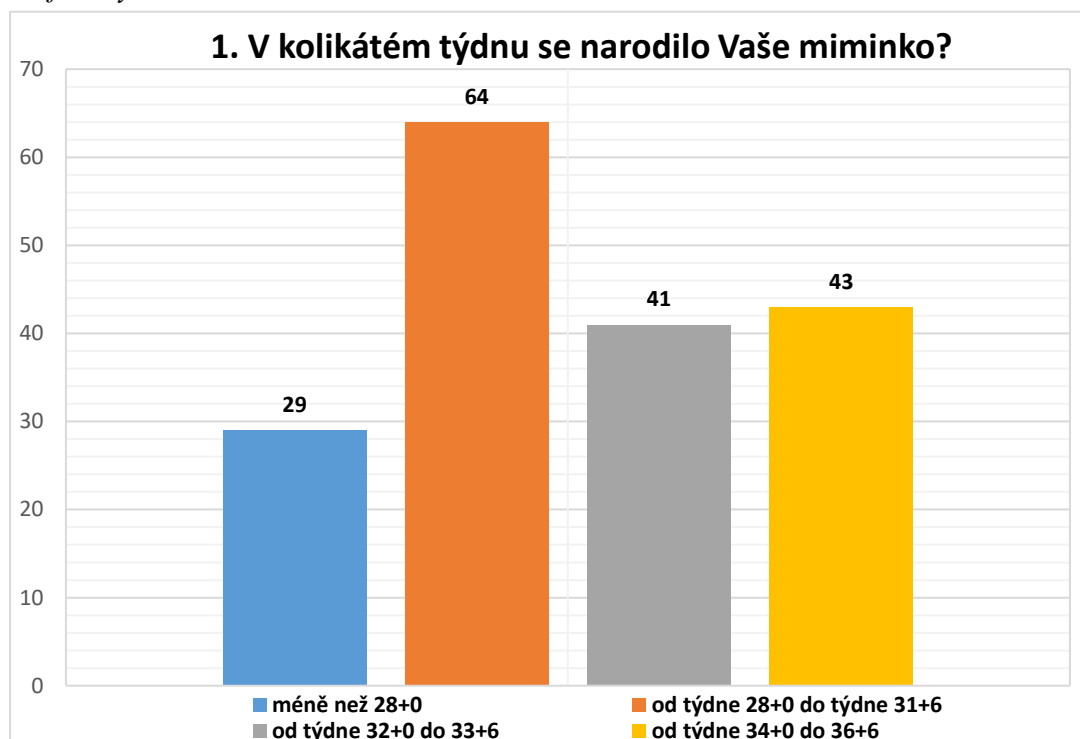
Druhý dotazník (viz Příloha č. 2) byl vytvořen pro ergoterapeuty. Pro vyplnění dotazníku museli ergoterapeuté splňovat podmínku, že pracují s předčasně narozenými dětmi. Kontaktování ergoterapeutů probíhalo pomocí emailové pošty, kdy autor práce čerpal se seznamu ergoterapeutických pracovišť ze seznamu, který je na webových stránkách České asociace ergoterapeutů (ČAE, 2022). Dotazník pro ergoterapeuty byl rozeslán v únoru 2022. Z oslovených 31 pracovišť se podařilo získat odpověď od 11 ergoterapeutů. Dotazník pro ergoterapeuty tvořily otázky otevřené, kdy odpovědi byly zpracovány do tabulek se slovním popisem, a otázky uzavřené. U uzavřených otázek byly odpovědi zpracovány do grafů se slovním popisem.

9 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

9.1 Dotazník pro rodiče předčasně narozených dětí

Otázka č. 1: V kolikátém týdnu se narodilo Vaše miminko?

Graf 1: Týden narození

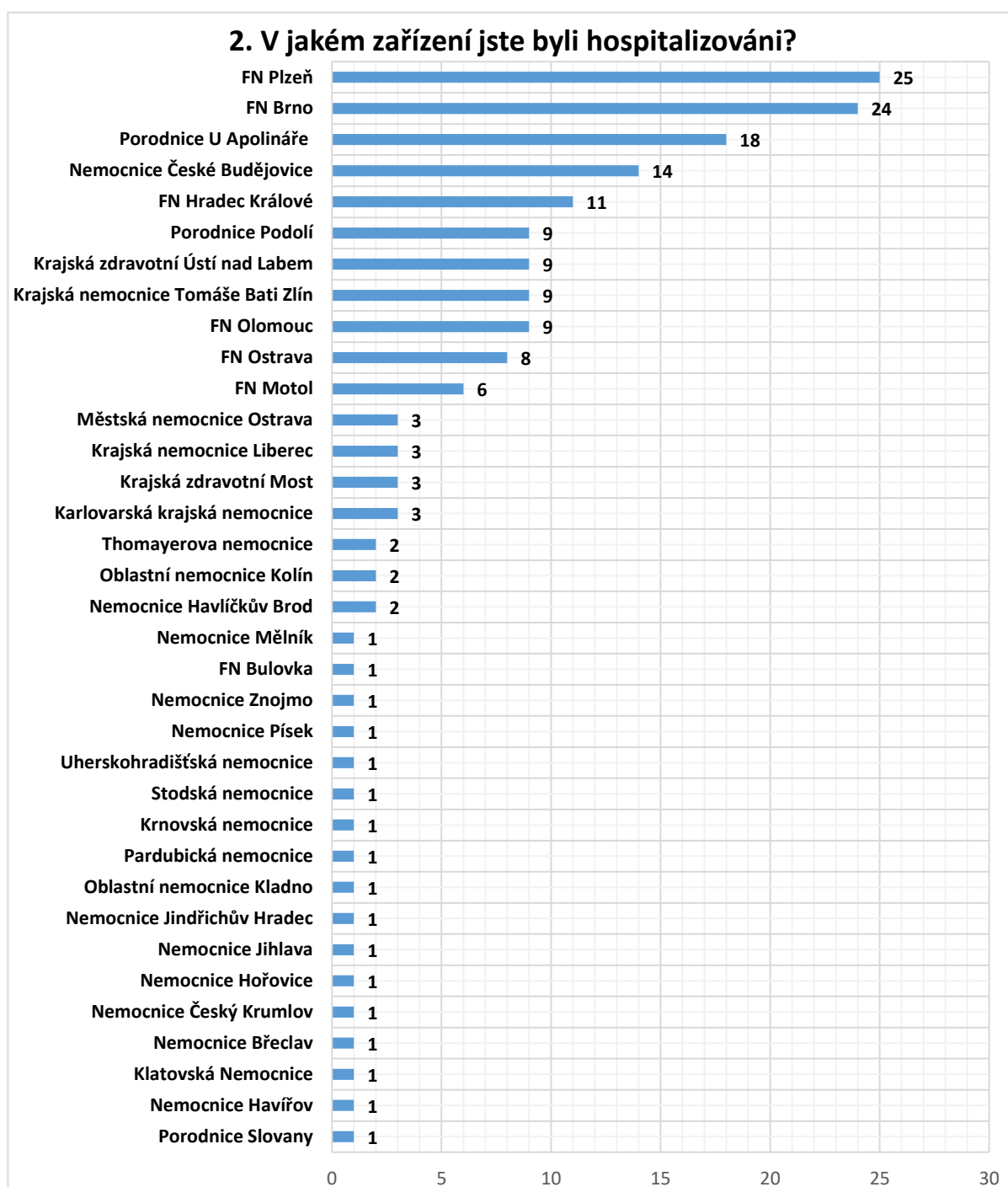


Zdroj: vlastní

V otázce č. 1 bylo za cíl zjistit, v jakém týdnu se narodilo jejich dítě. Ze 177 odpovědí se narodilo 29 dětí před 28+0 týdnem, od týdne 28+0 do týdne 31+6 se narodilo 64 dětí, což je nejvíce z celkových odpovědí. Od týdne 32+0 do týdne 33+6 se narodilo 41 dětí a 43 dětí se narodilo mezi týdnem 34+0 a týdnem 36+6.

Otázka č. 2: V jakém zařízení jste byli hospitalizováni?

Graf 2: Místo hospitalizace

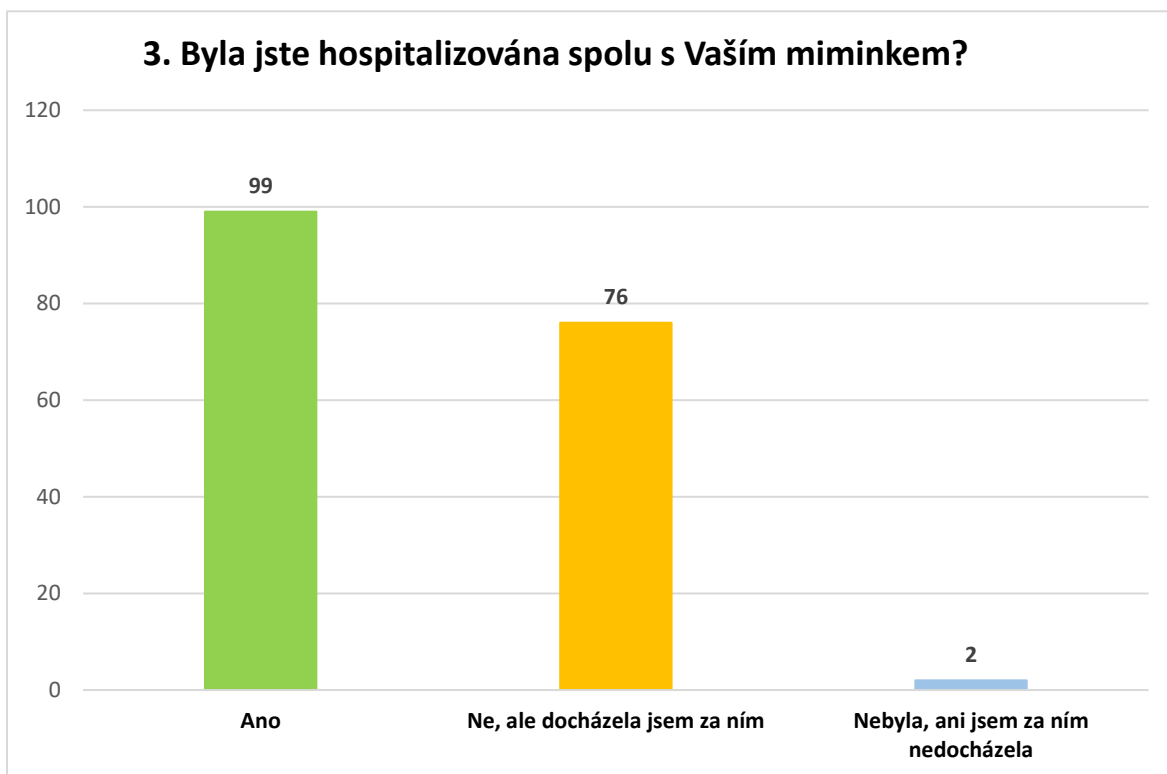


Zdroj: vlastní

U odpovědí, kde se narodilo jejich miminko je vidět, že odpovědi jsou velice různé. Je to díky tomu, že dotazník byl rozeslán po celé České republice. Ovšem nejvíce odpovědí je z Fakultní nemocnice v Plzni, kde bylo odpovědí 25, a v Brně, kde bylo dohromady 24 odpovědí.

Otázka č. 3: Byla jste hospitalizována spolu s Vaším miminkem?

Graf 3: Hospitalizace s dítětem

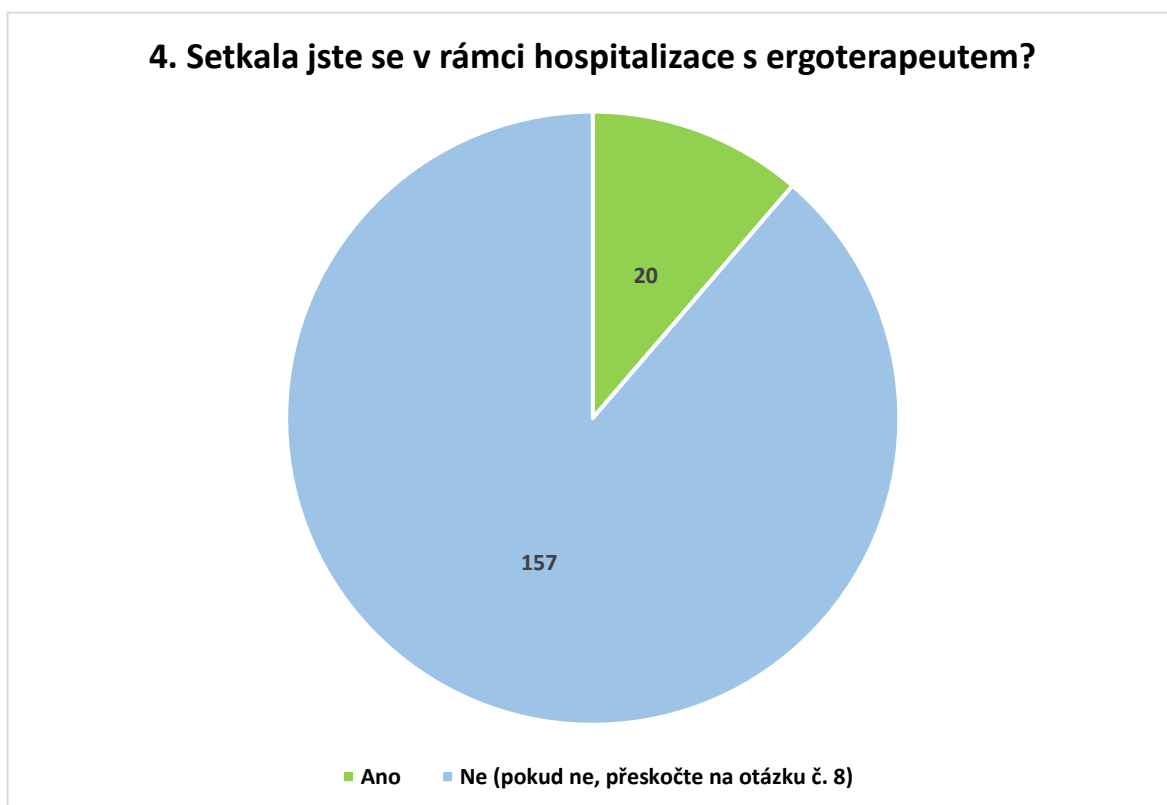


Zdroj: vlastní

Třetí otázka se zabývala tím, jestli byla matka hospitalizována společně s jejím dítětem, protože je velice podstatné v rámci toho, aby mohla být matka dostatečně edukována ohledně přístupu k dítěti. Z celkových 177 odpovědí bylo hospitalizováno 99 matek společně s dítětem. Celkem 76 matek hospitalizováno s dítětem nebylo, ale docházely za ním. U dvou odpovědí matky nebyly hospitalizovány s dítětem, a dokonce za ním ani nedocházely.

Otázka č. 4: **Setkala jste se v rámci hospitalizace s ergoterapeutem?**

Graf 4: *Setkání s ergoterapeutem*



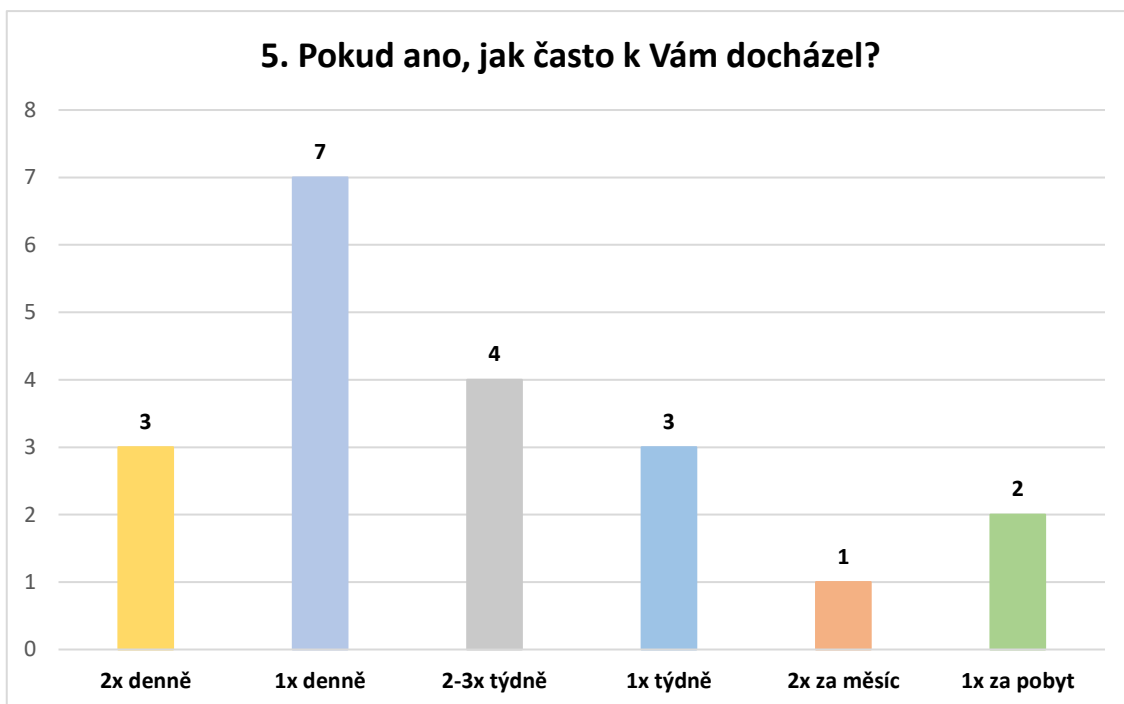
Zdroj: vlastní

Další čtvrtá otázka byla významná z toho důvodu, že zjišťovala, zda se matky v rámci hospitalizace vůbec s ergoterapeutem setkaly. Z celkového počtu 177 odpovědí odpovědělo 157 matek, že se s ergoterapeutem vůbec nesetkaly. Pouze 20 matek se setkala v rámci hospitalizace s ergoterapeutem. Na tuto otázku navazovaly otázky pouze pro těchto 20 matek až do otázky č. 7 včetně.

Jako autor práce zmiňuji jeden důležitý poznatek proto, aby mohl ergoterapeut pracovat u předčasně narozených dětí. Potřebuje mít znalosti nejen z oboru ergoterapie, ale také potřebuje mít znalosti o lékařských postupech, zranitelnosti novorozence, a také o podmínkách prostředí na neonatologickém oddělení.

Otázka č. 5: Pokud ano, jak často k Vám docházel?

Graf 5: Docházení ergoterapeuta

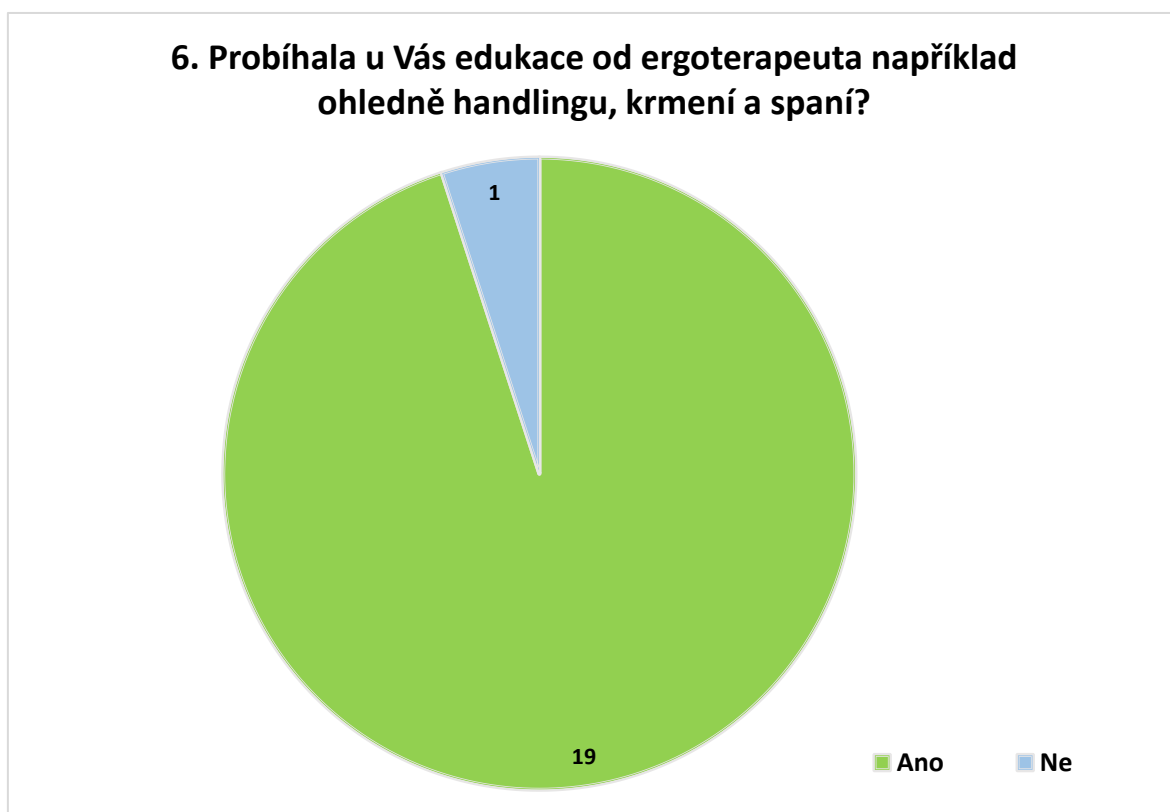


Zdroj: vlastní

Tato navazující pátá otázka na otázku č. 4 zjišťovala, kolikrát za nimi docházel ergoterapeut po dobu hospitalizace. Z 20 odpovědí odpověděly pouze 3 matky, že za nimi ergoterapeut chodil 2x denně. Nejvíce odpovědí bylo u docházení ergoterapeuta jednou denně za matkou a dítětem. U docházení ergoterapeuta 2-3 x týdně byly 4 odpovědi. Jednou týdně docházel ergoterapeut u tří odpovědí. U jedné odpovědi jsme se setkali s návštěvou ergoterapeuta 2x za měsíc a u dvou odpovědí navštívil ergoterapeut matku s dítětem jednou za dobu hospitalizace.

Otázka č. 6: **Probíhala u Vás edukace od ergoterapeuta například ohledně handlingu, krmení a spaní?**

Graf 6: *Edukace ergoterapeuta*



Zdroj: vlastní

Ve výsledku u šesté otázky můžeme vidět, že z 20 odpovědí je jen jedna, kde nebyla edukace od ergoterapeuta v rámci handlingu, krmení a spaní. Edukace a konzultace ohledně handlingu, krmení a spaní od ergoterapeuta může výrazně pomoci matce, aby si byla jistější a usnadnilo jí to návrat domů společně s dítětem.

Otázka č. 7: **Jak jste vnímala spolupráci s ergoterapeutem? Pomohl Vám s tím, jak se o miminko starat, a díky tomu Vám usnadnil návrat domů?**

Graf 7: *Spolupráce s ergoterapeutem*

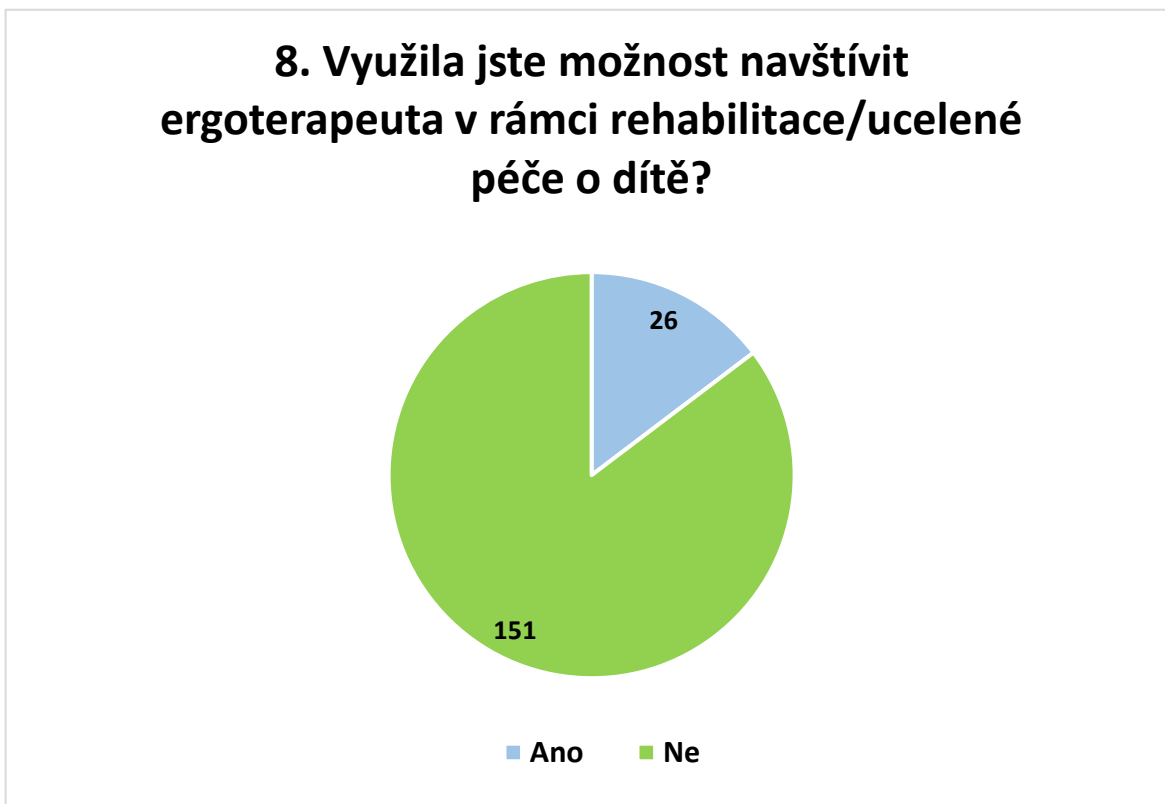


Zdroj: vlastní

Poslední otázka, která se týkala pouze 20 dotazovaných, zjišťuje, jak matky vnímaly spolupráci s ergoterapeutem. Jestli jim ergoterapeut usnadnil péči o jejich dítě, a také jestli jim tím pádem usnadnil návrat domů. Z výsledku odpovědí můžeme vidět, že práce ergoterapeuta pomohla 18 dotazovaným, což je velice pozitivní výsledek.

Otázka č. 8: **Využila jste možnost navštívit ergoterapeuta v rámci rehabilitace/ucelené péče?**

Graf 8: *Návštěva ergoterapeuta po hospitalizaci*



Zdroj: vlastní

Uzavřená otázka č. 8 zjišťovala využití ergoterapeuta po ukončení hospitalizace v porodnici. Návštěvu ergoterapeuta v rámci ucelené péče o dítě využilo ze 177 korespondentů pouze 26 z nich.

Otázka č. 9: Pokud ano, jaký byl Váš pocit z průběhu terapie?

Tabulka 2: Spokojenost rodičů

Korespondent č. 1	Je to přínosné.
Korespondent č. 2	Až po hospitalizaci s dvojčaty a vše v pořádku.
Korespondent č. 3	Super.
Korespondent č. 4	Pocit dobrý.
Korespondent č. 5	Je to jediné, co může synovi pomoci. Při operaci došlo k těžkému poškození mozku.
Korespondent č. 6	Velmi pozitivní, ale šli jsme později ve 3,5 letech.
Korespondent č. 7	Bezvýsledný.
Korespondent č. 8	Hodně mi to dávalo, jak s miminkem cvičit a zapojovat ho při běžném braní do rukou apod.
Korespondent č. 9	Super.
Korespondent č. 10	Výborný, byly vidět pokroky při používání.
Korespondent č. 11	Zlepšení v používání postižené ruky.
Korespondent č. 12	Pocit jistoty pro mě a pocit a bezpečí pro miminko.
Korespondent č. 13	Pozitivní. Věděla jsem, že svému dítěti pomáhám.
Korespondent č. 14	Pozitivní.
Korespondent č. 15	Přínosem pro matku i dítě.
Korespondent č. 16	V pořádku.
Korespondent č. 17	Výborný.
Korespondent č. 18	Kladný, obrovská pomoc.
Korespondent č. 19	Moc pěkný.
Korespondent č. 20	Maximálně se dceři při ergoterapii věnovali. Zaměřili se právě na nedostatky, které dcera vykazovala ve svém vývoji. Je to terapie, která by měla být součástí každého rehabilitačního procesu. Určitě již u předčasně narozených dětí v inkubátoru.
Korespondent č. 21	Žádný, nemám pocit, že to malému pomáhá nebo mu to něco přináší. Se synem si hrajeme i doma.
Korespondent č. 22	Máme skvělé ergoterapeuty. Moc nám pomohli.
Korespondent č. 23	Těžká závist, jak dokážou malou „vypnout“. Posledně tam tak vytuhla, že jsem jí nechtěla ani budít.
Korespondent č. 24	Dobrý.
Korespondent č. 25	Z počátku špatné, později moc dobré.
Korespondent č. 26	Z ergoterapie máme dobrý pocit.

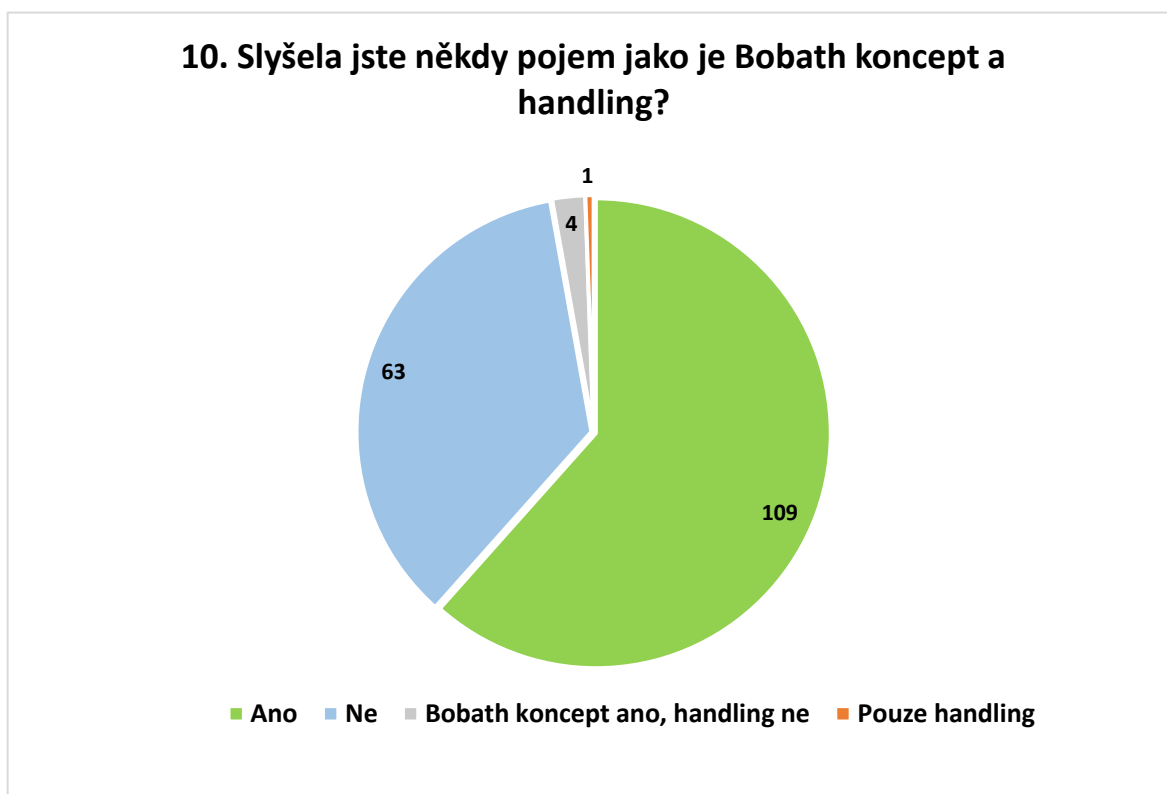
Zdroj: vlastní

Otevřená otázka č. 9 navazovala na odpověď „ANO“ u otázky č. 8, která se zabírala tím, jaký pocit měli dotazující z průběhu terapie. Tato otázka je zpracována do tabulky z důvodu různorodosti odpovědí.

Celkem 24 dotazujících odpovědělo, že pro ně byla terapie velice přínosná a měli z ní dobrý pocit. Hodnotí terapii tak, že jim přinesla pocit jistoty a bezpečí pro miminko. Jedna z dotazovaných odpověděla, že se ergoterapeuti dceři při terapii věnovali maximálně a zaměřili se na nedostatky, které dcera vykazovala ve svém vývoji. Dotazovaná odpověděla, že z jejího pohledu je to terapie, která by měla být součástí každého rehabilitačního procesu již od inkubátoru. Ovšem se zde vyskytly dvě odpovědi, které nejsou kladné. Jedna z odpovědí byla, že terapie byla bezvýsledná. Ovšem tato odpověď nebyla dále rozvedena. Další z dotazovaných odpověděla, že nemá pocit, že by ergoterapie jejímu dítěti pomáhala nebo něco přinášela z důvodu toho, že si se synem hraje i doma.

Otázka č. 10: **Slyšela jste někdy pojem jako je Bobath koncept a handling?**

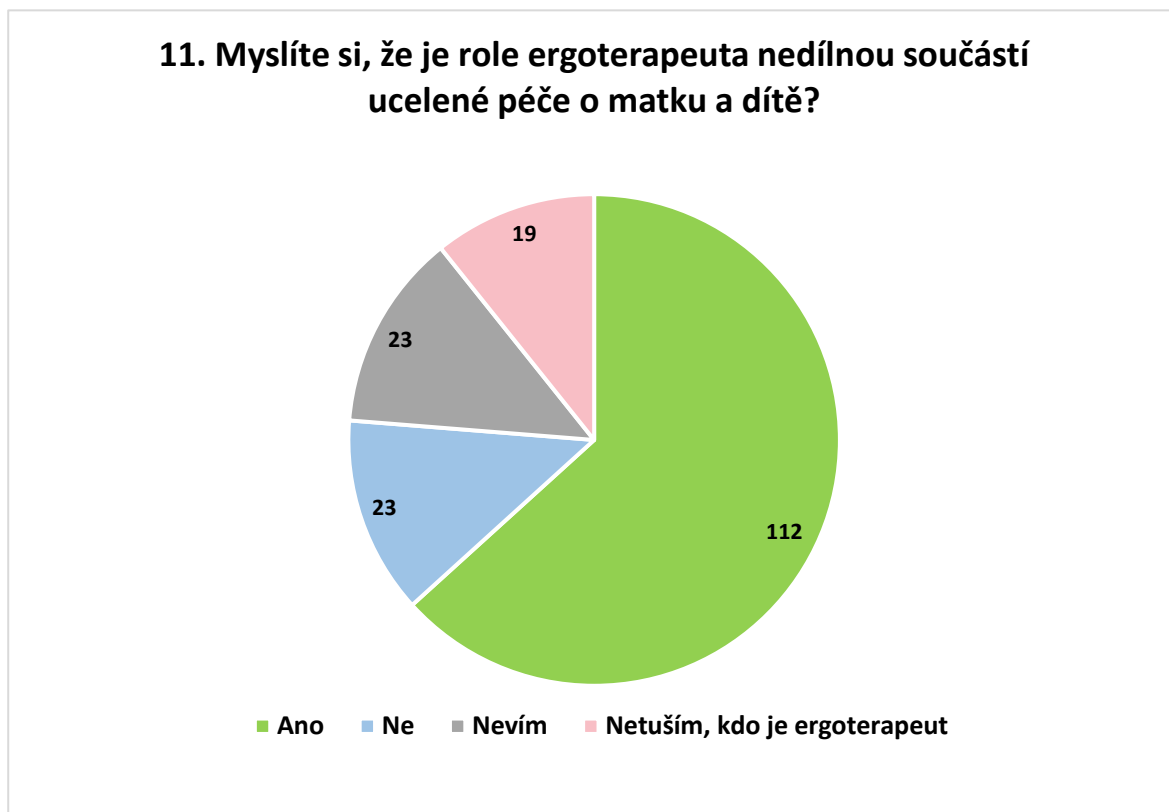
Graf 9: Znalost pojmů



V pořadí desátá otázka, která byla uzavřená, se zabírala znalostí pojmů Bobath koncept a handling. Ze 177 korespondentů se setkala s těmito pojmy celkově 109 dotazujících. Dohromady 63 korespondentů se nikdy nesetkali s pojmy Bobath koncept a handling. S Bobath konceptem se setkali čtyři korespondenti. Naopak jen s pojmem handlingu se setkal jeden z dotazovaných.

Otázka č. 11: **Myslíte si, že je role ergoterapeuta nedílnou součástí ucelené péče o matku a dítě?**

Graf 10: *Je role ergoterapeuta nedílnou součástí ucelené péče o matku a dítě?*



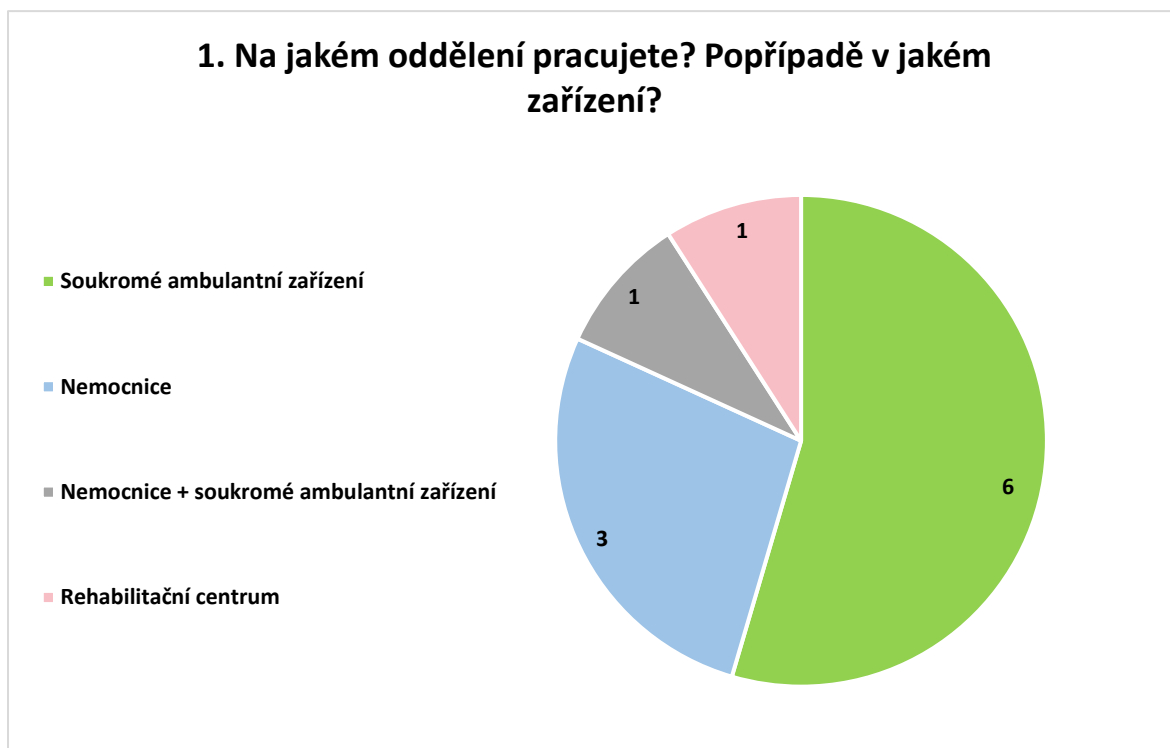
Zdroj: vlastní

Poslední otázkou dotazníku pro rodiče předčasně narozených dětí byla zaměřená na názor rodičů, zda si myslí, že je ergoterapeut nedílnou součástí ucelené péče o matku a dítě. Více než polovina dotazovaných odpověděla, že si myslí, že by ergoterapeut měl být nedílnou součástí ucelené péče o matku a dítě. Tato odpověď značí z pohledu rodičů předčasně narozených dětí, že je ergoterapie podstatným prvkem v péči o jejich dítě. Z celkového počtu 177 odpovědí bylo 23 odpovědí „NE“, a také 23 odpovědí „NEVÍM“. Problematika této otázky spočívala v tom, že 19 dotazovaných odpovědělo, že netuší, kdo ergoterapeut je. Pro nás to je známka toho, že by se ergoterapie měla více propagovat i na neonatologických oddělení, aby rodiče věděli, že mají možnost oslovit i ergoterapeuta, který jim toho může hodně nabídnout.

9.2 Dotazník pro ergoterapeuty pracující s předčasně narozenými dětmi

Otázka č. 1: Na jakém oddělení pracujete? Popřípadě v jakém zařízení?

Graf 11: Místo práce ergoterapeuta



Zdroj: vlastní

V rámci dotazníku pro ergoterapeuty bylo nasbíráno celkem 11 odpovědí. Z čehož 6 ergoterapeutů pracuje v soukromých ambulantních zařízeních, které jsou určeny pro děti. Tři ergoterapeuti pracují v nemocnici a jeden ergoterapeut pracuje v rehabilitačním centru. V soukromém ambulantním zařízení, a zároveň v nemocnici pracuje pouze jeden ergoterapeut.

Otázka č. 2: **Jak vnímáte svou roli ergoterapeuta u předčasně narozených dětí?**

Tabulka 3: *Pohled na roli ergoterapeuta*

Korespondent č. 1	Ve FN Motol vcelku důrazně, v soukromých zařízeních se nenacházím u akutních fází, tam spíše po pár letech.
Korespondent č. 2	Nepostradatelná role.
Korespondent č. 3	Podpora, provázení, facilitace vedoucí k soběstačnosti a zařazení do běžného života.
Korespondent č. 4	Podpora rodiny, důležitá role.
Korespondent č. 5	Důležitou v rámci rehabilitace opožděného PMV.
Korespondent č. 6	Jako přínos, prevence OPMV.
Korespondent č. 7	Nutná intervence.
Korespondent č. 8	Nepostradatelná role.
Korespondent č. 9	Velmi důležitá.
Korespondent č. 10	Důležitá z pohledu správného PM vývoje.
Korespondent č. 11	Přínosná.

Zdroj: vlastní

Z důvodu otevřené otázky byly zaznamenané odpovědi všech jedenácti korespondentů zpracovány do tabulky. Jeden z dotazovaných ergoterapeutů odpověděl, že: „*Svou roli ergoterapeuta vnímám jako podporu, provázení a facilitaci vedoucí k soběstačnosti a zařazení do běžného života.*“ Další z ergoterapeutů uvedl, že svou roli ergoterapeuta vnímá ve FN Motol vcelku důrazně, ale v soukromých zařízeních se nenachází u akutních fází, tam pracuje spíše u dětí starších.

Otázka č. 3: **Můžete více specifikovat, co je přesně ve Vaší roli nejdůležitější (nejdůležitější)?**

Tabulka 4: Nejdůležitější v roli ergoterapeuta

Korespondent č. 1	Celkový komplexní rozvoj – hrubé motoriky, jemné motoriky, kognitivních funkcí a soběstačnosti.
Korespondent č. 2	Podpora rodiny, odborná péče dítěte.
Korespondent č. 3	Rozvoj senzorickeho procestování.
Korespondent č. 4	Přínosná pro správný psychomotorický vývoj a pro podporu rodiny
Korespondent č. 5	Aktivní terapie (nikoliv pouze reflexní VRL) rozvíjející psychomotorický potenciál dítěte.
Korespondent č. 6	Ergonomie, správný psychomotorický vývoj.
Korespondent č. 7	Rozvoj smyslového vnímání.
Korespondent č. 8	Podpora správného psychomotorického vývoje, podpora rodiny.
Korespondent č. 9	Podpora rodiny, celkový rozvoj dítěte.
Korespondent č. 10	Správný psychomotorický vývoj.
Korespondent č. 11	Přínosná pro správný psychomotorický vývoj a pro podporu rodiny.

Zdroj: vlastní

Třetí otázka, která navazuje na otázku č. 2, byla také zpracována do tabulky, kde jsou rozepsány jednotlivé odpovědi jedenácti korespondentů. Otázka se zabírala tím, co přesně považují ergoterapeuté pracující s předčasně narozenými dětmi za nejdůležitější při práci s nedonošenými dětmi. Korespondenti se shodli, že nejdůležitější v roli ergoterapeuta je podpora správného psychomotorického vývoje, podpora rodiny a rozvoj smyslového vnímání. Jeden z dotazovaných ergoterapeutů odpověděl, že nejdůležitější v roli ergoterapeuta vnímá aktivní terapie (nikoliv pouze Vojtova reflexní terapie) rozvíjející psychomotorický potenciál dítěte.

Otázka č. 4: Absolvoval/a jste nějaké kurzy?

Graf 12: Kurzy

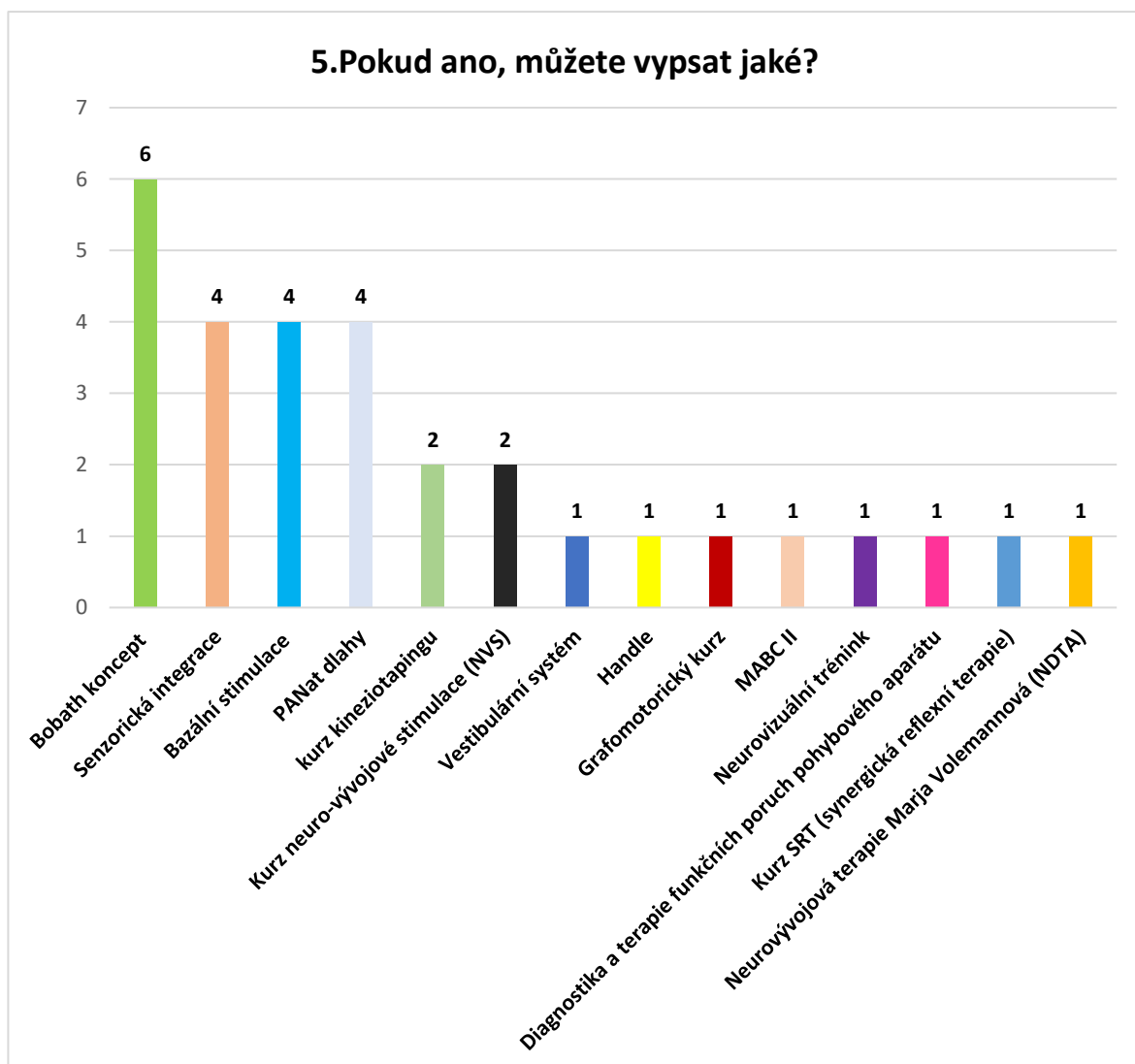


Zdroj: vlastní

Všichni z dotazovaných odpověděli, že absolvovali v průběhu své praxe nějaký kurz. Je velice důležité, aby se ergoterapeuté po studiu dál vzdělávali, protože tak zvětšují své pole působnosti a možností, jak terapii vést. Jak bylo zmíněno v teoretické části, je podstatné, aby měl ergoterapeut znalosti nejen ze svého oboru, ale také znalosti z neonatologie a celkové péče o předčasně narozené dítě. Z i toho důvodu, že by měl ergoterapeut přistupovat ke každému pacientovi individuálně.

Otázka č. 5: Pokud ano, můžete vypsát jaké?

Graf 13: Názvy kurzů

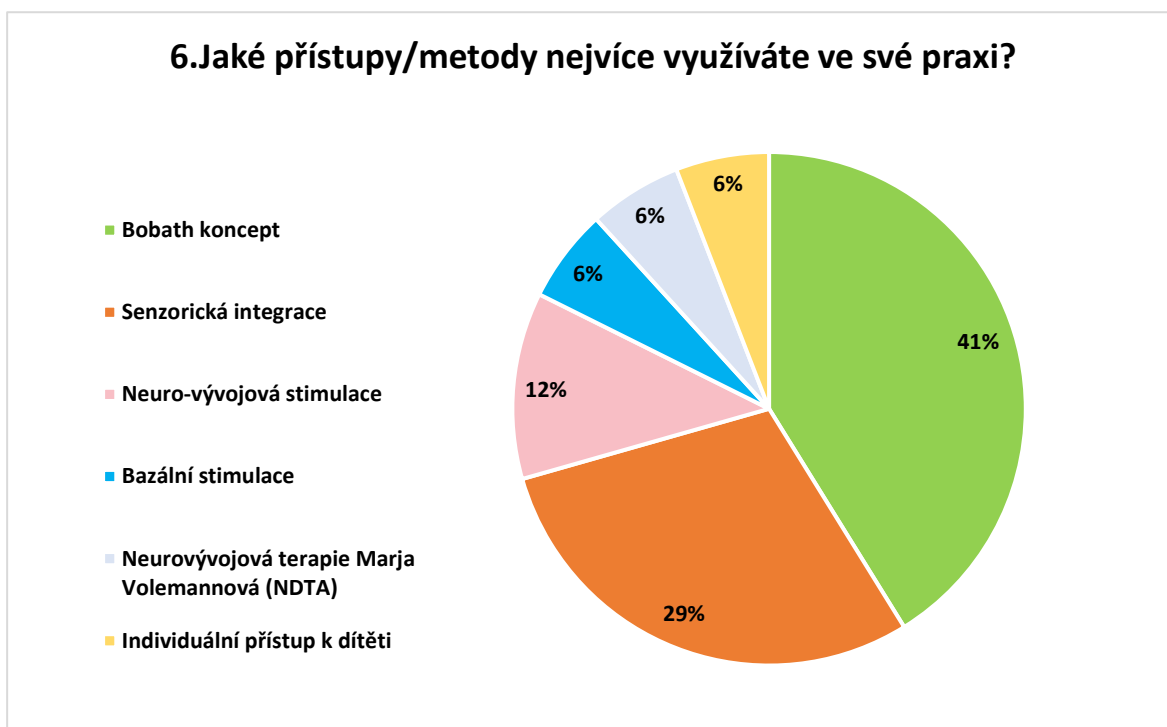


Zdroj: vlastní

Nejčastější kurz, který dotazovaní ergoterapeuté pracující s předčasně narozenými dětmi absolvovali, je kurz Bobath konceptu. Dalšími z důležitých kurzů, kterými ergoterapeuté prošli je kurz Senzorické integrace, Bazální stimulace a kurz PANat dlah. Kurz kineziotapingu a kurz neuro-vývojové stimulace (NVS) využívají z 11 dotazovaných dva ergoterapeuté. Mezi následující zmíněné kurzy, které ergoterapeuté využívají v praxi, patří: Handle, grafomotorický kurz, MABC II, neurovizuální trénink, diagnostika a terapie funkčních poruch pohybového aparátu, synergická reflexní terapie (SRT) a neurovývojová terapie Marja Volemannová (NDTA).

Otázka č. 6: Jaké přístupy/metody nejvíce využíváte ve své praxi?

Graf 14: Nejvyužívanější přístupy



Zdroj: vlastní

Šestá otázka se zabírala metodami či přístupy, které ergoterapeuté nejvíce využívají při terapiích s předčasně narozenými dětmi. Ve výsledku ergoterapeuté odpovídali, že nejvíce využívanou metodou je Bobath koncept, který výrazně převyšuje nad ostatními přístupy. Následující velmi využívaná metoda či přístup je sensorická integrace. Jako třetí nejvyužívanější přístup je neuro-vývojová stimulace. Stejnou váhu mají zde přístupy jako je bazální stimulace, neurovývojová terapie Marja Volemannová a celkový individuální přístup k dítěti.

Otázka č. 7: **Jak vnímáte z Vašeho pohledu váhu a význam spolupráce mezi Vámi a rodiči?**

Korespondent č. 1	Nesmírnou, rodiče zajišťují péči o dítě 24/7, pokud nebudou doma provádět doporučené, ergoterapeut nestačí na pokrok – nutno podporovat co nejčastěji.
Korespondent č. 2	Spolupráce s rodinou je nezákladnější, bez ní nemá naše podpora smysl.
Korespondent č. 3	Rodič je náš hlavní partner, který přenáší terapeutické postupy do běžného života.
Korespondent č. 4	Když pracuji s dětmi, tak to je v rámci ambulance (dětí 3+) a i tak je zde spolupráce rodičů velmi důležitá.
Korespondent č. 5	Spolupráce nutná – rodič navazuje každodenním handlingem a aktivizací dítěte na započatou terapii.
Korespondent č. 6	Jako velmi důležitý prvek, rodiče jsou s dětmi nejvíce času během dne, proto je důležitá edukace do domácího prostředí a přítomnost v terapii.
Korespondent č. 7	Zásadní – terapeut provází.
Korespondent č. 8	Velice významná.
Korespondent č. 9	Bez spolupráce rodičů by neměla terapie takový význam, protože rodiče zajišťují dítěti neustálou péči.
Korespondent č. 10	Nepostradatelná.
Korespondent č. 11	Nejdůležitější. Bez rodičů by to nešlo.

Zdroj: vlastní

Otevřená sedmá otázka zjišťovala, jak vnímají ergoterapeuté váhu a význam spolupráce mezi nimi a rodiči. Díky tomu, že jsou rodiče aktivně zapojeni do terapie, může být terapie efektivní a přínosná. Všichni dotazovaní se u této odpovědi shodli na to, že spolupráce s rodiči dětí je nepostradatelná součástí terapie, protože rodiče svému dítěti věnují nejvíce času.

Otázka č. 8: **Myslíte si, že ergoterapie u předčasně narozených dětí v České republice je neznámá, a také nedoceněná?**

Graf 15: Názor ergoterapeutů



Zdroj: vlastní

Poslední otázka pro ergoterapeuty pracující s předčasně narozenými dětmi je velmi jednoznačná. Všichni dotazovaní ergoterapeuté se shodli, že je ergoterapie u předčasně narozených dětí v České republice neznámá, což je i částečně potvrzeno z poslední otázky pro rodiče předčasně narozených dětí, ale že je také nedoceněná. Jako autor této bakalářské práce jsem se sama v průběhu své praxe setkávala s tím, že lidé ze zdravotnického prostředí neví, že ergoterapeut může pracovat s předčasně narozenými dětmi již od jejich narození, a už vůbec ne s tím, že ergoterapeut může mít své uplatnění i na neonatologickém oddělení.

10 DISKUZE

V této bakalářské práci se autor zaměřuje na zmapování role ergoterapeuta u předčasně narozených dětí v České republice. Incidence předčasných porodů je u nás přibližně 8 %, což je přibližně 8 500 novorozenců za rok (Pařízek, 2017). Hlavním cílem bylo prozkoumat či zjistit, jaká je role ergoterapeuta u předčasně narozených dětí v České republice. Následující dva dílčí cíle se zabývají zmapování nejčastějších intervencí, které využívají ergoterapeuté pracující s předčasně narozenými dětmi, a zjištění, jak rodiče vnímali roli ergoterapeuta v rámci komplexní péče o jejich nedonošené dítě.

Dle zahraničních zdrojů je běžně ergoterapeut součástí multidisciplinárního týmu na neonatologickém oddělení. Ergoterapie je brána jako jedinečný přínos pro novorozenecký tým a služby, které poskytuje rodičům a jejich dětem. Ergoterapeut využívá holistický přístup, který zahrnuje modely fyzické i duševní péče, což je velice důležité, protože předčasně narozené děti jsou vystaveni riziku rozvoje emocionálních a behaviorálních problémů, které se mohou projevit později v životě. Na rozdíl od jiných profesí je jedna z charakteristických vlastností také ta, že ergoterapeut zaměřuje nejen na dítě, ale také na rodiče dítěte. Je totiž důležité, aby rodiče byli v psychické pohodě, protože právě ta je významná pro jejich budování vztahu rodič – dítě (RCOT, 2017; IOCT, 2009)

Odpovědi na výzkumné otázky byly zpracovány na základě dotazníkového šetření a jeho vyhodnocení.

Výzkumná otázka č. 1: Jak často se setkávají rodiče předčasně narozených dětí vs ergoterapeutem na neonatologickém oddělení?

Z dotazníkového šetření, kde měli rodiče odpovědět na otázku č. 4, která zjišťovala, zda se setkali s ergoterapeutem v průběhu hospitalizace na neonatologickém oddělení, vyplynulo, že ze 177 korespondentů se setkalo s ergoterapeutem pouze 20 z nich. Ve výsledku je to velmi malý počet korespondentů, kteří se setkali s ergoterapeutem. Dotazování byli rodiče z celé České republiky. To lze vidět v dotazníkovém šetření pro rodiče, kde byla položena otázka, která se zaměřovala na místo hospitalizace (viz. *Graf 2: Místo hospitalizace*).

Již v roce 2003 proběhla ve Spojených státech amerických studie, která zahrnovala 92 kojenců, kteří byli ze tří novorozeneckých oddělení. Cíle studie bylo otestování efektivnosti individualizované péče na více místech, které byly vybrány. Vybraní kojenci

byly zahrnuty do systému individuální péče o dítě NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), který prosazuje maximální zapojení rodičů a dítěte. Pro vyhodnocení výsledků se využívaly strukturovaná pozorování, která poskytla podrobné a citlivé hodnocení o silných a zranitelných stránkách dítěte. U kojenců, kteří byli zahrnuty do programu NIDCAP, se významně zlepšily lékařské výsledky, a to již po dvou týdnech korigovaného věku ve vztahu k výsledkům krmení a délky hospitalizace. U kojenců se také snížil výskyt nekrotizující enterokolitidy, a zároveň se zlepšil růst hmotnosti, výšky i obvodu hlavy. Jako shrnutí této studie je to, že u těchto kojenců došlo k výrazně lepším výsledkům vývoje než u kojenců, kteří nebyli zahrnuty do individuální péče NIDCAP (Als et al., 2003).

Royal College of Occupational Therapists (2017) uvedli, že ergoterapeuti mohou výrazně přispět vývojově podpurné péči na novorozeneckém oddělení. Klíčovou součástí poskytování vývojové péče je vhodné posouzení stavu dítěte během přijetí na novorozeneckém oddělení a vytvořením individuálního plánu péče o předčasně narozené dítě, kdy se plán mění podle toho, jak dítě prospívá.

V kvalitativní studii, které se věnovali Price a Miner (2009), se zkoumalo využití práce ergoterapeutů na novorozeneckém oddělení. Tato studie zahrnovala pouze jednu matku, jedno dítě a jednoho ergoterapeuta. Pozorováním interakcí mezi terapeutem, rodičem a dítětem a rozhovory s terapeutem vyhodnotily dva klíčové prvky pro zařazení ergoterapie do novorozeneckého oddělení. Prvním prvkem je důležitost spolupráce ergoterapeuta s rodiči dítěte. Druhým klíčovým prvkem je zajistit, aby byly rodičům poskytnuty příležitosti k zapojení se do péče o dítě po celou dobu pobytu na novorozeneckém oddělení. Podpora tohoto zapojení a příležitost pro smysluplné zapojení rodičů a jejich dítětem také vede k nastavení optimálních podmínek pro podporu vývoje dítěte.

Ovšem z vlastního výzkumu, který byl proveden pomocí dotazníkového šetření se prokázalo z odpovědí rodičů předčasně narozených dětí, že v České republice není ergoterapeut na neonatologických odděleních tak známý a využívaný jako například ve Spojených státech amerických či Spojeném Království Velké Británie a Irska. Ergoterapeuté v České republice pracují s předčasně narozenými dětmi, ale nejsou tolik využíváni na neonatologických odděleních. Například ve Fakultní nemocnici v Motole, ergoterapeuté sice docházejí na neonatologické oddělení, ale jejich práce je hlavně

zaměřená na ambulanci, kam mohou docházet rodiče s předčasně narozenými dětmi po ukončení hospitalizace. Z celkových 177 korespondentů se setkala s ergoterapeutem méně než 1/3 dotazovaných, přesněji 20 rodičů nedonošených dětí. Pouze u tří korespondentů ergoterapeut docházel 2x denně. Nejvíce odpovědí (7) se vyskytlo u docházení ergoterapeuta jednou denně. Čtyři z 20 korespondentů odpověděli, že za nimi docházel ergoterapeut 2-3x týdně. Z pohledu autora této práce po zkušenostech z praxe na neonatologickém oddělení si myslí, že by sám ergoterapeut měl zhodnotit situaci a stav dítěte, a zároveň posoudit, kolikrát denně by měl docházet za rodiči a dítětem. Jelikož nemusí být matky hospitalizovány na oddělení, je v tomto případě dobré, aby měl ergoterapeut možnost si s rodiči nastavit individuální plán, kdy rodiče budou přítomni na neonatologickém oddělení. Terapie by měla totiž vždy být za přítomnosti rodičů, protože jedním z hlavních cílů ergoterapeuta je budování vztahu rodič-dítě.

Shrnutí této výzkumné otázky je to, že se rodiče předčasně narozených dětí v České republice nese setkávají s ergoterapeutem na neonatologickém oddělení tak často, jak by bylo vhodné. Jedním z důvodů, proč není tolik ergoterapeutů působících na neonatologických oddělení v České republice, je to, že ergoterapie je u nás poměrně mladý obor, který si teprve buduje cestu ve zdravotnictví. Autor této práce má za cíl, ve své budoucí ergoterapeutické praxi, dokázat, že práce ergoterapeuta na neonatologickém oddělení nemusí být přínosná jen v zahraničí, ale i u nás. Je důležité ukázat ostatním členům multidisciplinárnímu týmu pracujícím na neonatologickém oddělení, jak velké pole působnosti může ergoterapeut u předčasně narozených dětí mít.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je nejčastěji využívaná metoda u ergoterapeutů, kteří pracují s předčasně narozenými dětmi?

Vlastní výzkum obsahoval otázka týkající se nejčastěji využívaných metod u ergoterapeutů, kteří pracují s předčasně narozenými dětmi. V tomto dotazníkovém šetření pro ergoterapeuty je to otázka č. 6, která je zpracovaná v grafu (viz. *Graf 14: Nejvyužívanější přístupy*). Ve výzkumném šetření této bakalářské práce dotazování ergoterapeuté nejvíce v praxi využívají Bobath koncept. Prvky z Bobath konceptu využívá 41 % celkového počtu korespondentů. Mezi prvky Bobath konceptu řadíme například handling neboli manipulaci s dítětem a stimulaci správných pohybových vzorů, které využíváme například u krmení/ kojení, přebalování či nošení. Z výsledku tohoto výzkumu vyplývá, že v České republice je u dětských ergoterapeutů nejvíce využívanou metodou

Bobath koncept. Podmínkou pro možnost pracovat s touto metodou je kurz, kterému musí předcházet minimálně dvouletá praxe s dětmi s neurologickými obtížemi.

Rodger et al. (2005) se v zahraniční studii zabývali popsáním australské pediatrické ergoterapeutické praxe z hlediska teorií, hodnocení a intervencí používaných u nejčastěji sledovaných skupin klientů, tvrdí, že nejčastěji využívanou metodou dětských ergoterapeutů je senzoričká integrace a multisenzoričký přístup pro děti s vývojovým opožděním, poruchami učení a pro kojence a batolata. Průzkum probíhal tak, že byl zaslán emailem 600 ergoterapeutů, kteří pracují v pediatrii. Od 330 ergoterapeutů získali zpětnou vazbu. Ergoterapeuté, kteří odpověděli na tento průzkum, pracovali především s dětmi s opožděným vývojem, poruchami učení, neurologickým postižením a kojenci/batolaty. V závěru zde zmiňují, že dětští ergoterapeuti vycházejí z řady teoretických modelů. Nelze zcela říci, která je jednoznačně nejvyužívanější metoda, kterou ergoterapeuti používají.

Odpověď na otázku, která metoda je nejčastěji využívaná u ergoterapeutů, není snadno zodpověditelná. Není totiž zcela jednoznačné v ergoterapeutické praxi, která metoda je zcela nejvyužívanější. Ergoterapeut využívá různé prvky z různých přístupů, které individuálně přizpůsobuje potřebám dítěte. Můžeme ale říci, že mezi nejvyužívanější metody z ergoterapeutické praxi řadíme Bobath koncept a senzoričkou integraci.

Výzkumná otázka č. 3: Jsou rodiče nedonošených dětí aktivně zapojeny do terapie?

Spolupráce ergoterapeuta a rodičů by měla být nedílnou součástí každé terapie. Rodiče s dítětem tráví nejvíce času, a proto je důležité, aby rodiče byli do terapie zapojováni. Jen z pohledu handlingu, který je nesmírně důležitým prvkem v péči o předčasně narozené dítě. Správným handlingem podporuje správný psychomotorický vývoj (Barber & Hutchon, 2016).

Ve vlastním výzkumu byli v dotazníkovém šetření osloveni nejen rodiče předčasně narozených dětí, ale také ergoterapeuté. V dotazníku pro ergoterapeuty pracující s předčasně narozenými dětmi byla položena otázka č. 7, která zjišťovala, jak vnímají váhu a význam spolupráce mezi nimi a rodiči předčasně narozených dětí. Sami ergoterapeuté odpověděli, že spolupráce s rodinou je nesmírně důležitá. Zmiňují se, že bez spolupráce rodičů by neměla terapie takový význam, protože rodiče zajišťují celodenní péči o dítě. Rodiče jsou v průběhu terapie zapojováni aktivně a je jim vysvětlováno, co budou provádět i v domácím prostředí. Je také nutné rodičům vysvětlit důležitost aplikování

prvků z terapie i v domácím prostředí. Pro rodiče předčasně narozených dětí byla v dotazníku položena otázka č. 7, která zjišťovala, jak vnímali rodiče spolupráci s ergoterapeutem, a zároveň jestli jim pomohl s tím, jak se o miminko starat, a díky tomu jim usnadnil návrat domů. Z 20 odpovědí byly dvě odpovědi takové, že jim ergoterapeut nepomohl. Ovšem odpovědi nebyly dále rozvedeny.

Rolí ergoterapeuta a jeho podporou rodiny se zabývají i zahraniční studie. Studie z roku 2009 se zaměřovala na péči zaměřenou na rodinu, kde svou hlavní roli měl právě ergoterapeut. Ve studii je zmíněno, že v zahraničí má ergoterapie zaměřující se na předčasně narozené děti více než 10letou praxi. Ve Spojených státech amerických a v některých částech Spojeném království je již jasně definovaná role ergoterapeuta a jeho kompetence společně s tvořící se odbornou literaturou. Důležitost ergoterapeuta v rámci péče o předčasně narozené dítě je zásadní, a to hlavně z toho důvodu, že buduje a podporuje vztah rodič-dítě. Zapojení rodičů do péče má totiž zásadní význam. Ergoterapeut uznává a respektuje klíčovou roli rodiny v souvislosti s péčí o dítě, podporuje rodinu tím, že staví na jejich silných stránkách a povzbuzuje je, aby se co nejlépe rozhodovali (Gibbs, 2010).

Royal College of Occupational Therapists (2017) uvedli, že mezi hlavními oblastmi práce ergoterapeuta u předčasně narozených dětí je také zapojení rodičů do péče o dítě a jejich podpora. Evans et al. (2014) provedli systematický přehled, který měl za cíl prozkoumat účinnost rodičů při zlepšování kvality vztahů mezi matky a předčasně narozenými dětmi. Vergara et al. (2006) zmiňují, že rodiče a další členové rodiny jsou považováni za nejdůležitější a nejdůslednější na vliv v životě dítěte. Rodiče typicky zprostředkovávají dítěti motorické a smyslové vjemy. Když je dítě bezprostředně po porodu hospitalizováno na oddělení JIP, rodiče nejsou vždy tuto roli zprostředkovatele schopni vykovávat. Tímto může být narušen vztah mezi rodičem a dítětem. Vzhledem k tomu, že tento vztah poskytuje základ pro budoucí vývoj a nezávislou funkci dítěte, je její podpora pro ergoterapeuta důležitým hlediskem. Proto ergoterapeut spolupracuje s rodiči či rodinnými příslušníky, aby usnadnil optimální vývoj dítěte, podpořil roli rodičů, podpořil vztah mezi rodičem a dítětem a zajistil úspěšný přechod z nemocnice domů.

V zahraničí, ale i u nás v České republice je spolupráce ergoterapeutů a rodičů nedílnou součástí terapie. Je důležité, aby se rodič aktivně zapojoval během terapie, protože metody, které se v průběhu terapie využijí, by měl rodič dále provádět i v domácím prostředí.

11 ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce byla role ergoterapeuta u předčasně narozených dětí v České republice.

Problematika předčasného porodu je stále velkým tématem. Předčasně narozené děti potřebují individuální péči, která se v České republice stále rozvíjí a zdokonaluje. V České republice máme dvanáct perinatologických center, které poskytují péči těžce a extrémně nezralým novorozencům, a také kriticky nemocným novorozencům. Péči předčasně narozeným dětem zajišťuje multidisciplinární tým, který má za cíl poskytovat tu nejlepší péči každému z nich.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká je role ergoterapeuta u předčasně narozených dětí v České republice. Dalším cílem bylo zmapování nejčastěji využívaných intervencí u předčasně narozených dětí v rámci ergoterapie v České republice. Nedílnou součástí bylo také zjištění, jak rodiče vnímali role ergoterapeuta v rámci komplexní péče i jejich dítě.

Práce ergoterapeuta u předčasně narozených dětí je jedna z významných rolí v komplexní péči o tyto děti. Role ergoterapeuta u předčasně narozených dětí v České republice je zásadní v podpoře rodičů, podpoře vztahu rodič-dítě a podpoře správného psychomotorického vývoje jejich předčasně narozeného dítěte. V zahraničí je dle odborné literatury role ergoterapeuta popsána do deseti kategorií, kde je zmíněna role ergoterapeuta například u vývojově podpůrné péče, skin-to-skin péče, polohování a výživy kojenců, podpory rodičů a identifikaci vývojových problémů. Aby se dostala ergoterapie do povědomí rodičů je důležité propagovat možnosti ergoterapie u nedonošených dětí.

Tato bakalářská práce je jedna z mála prací vypracovaná na téma ergoterapie u předčasně narozených dětí v České republice. Proto by mohla sloužit ergoterapeutům jako motivační prvek pro neustálý profesní rozvoj a studentům ergoterapie jako inspirace do budoucí praxe. Pro širokou odbornou veřejnost by mohla posloužit jako náhled do práce ergoterapeuta u předčasně narozených dětí.

SEZNAM LITERATURY

ALS, H., L. GILKERSON, F.H. DUFFY, et al. *A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: medical, neurodevelopmental, parenting, and caregiving effects* [online]. 2003 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14671473>.

ASOCIACE SENZORICKÉ INTEGRACE. *Informace: Certifikovaný program senzoričké integrace* [online]. [cit. 2022-02-28]. Dostupné z: <https://senzorickaintegrace.com/info/>

AYRES, A.J. a J. ROBBINS. *Sensory integration and the child: understanding hidden sensory challenges.* 25th anniversary editon. Los Angeles: Western Psychological Services, 2005. ISBN 978-087424-437-3.

BARBER, Ch. a B. HUTCHON. *Introduction to Early Assessment and Intervention with Babies and Young Children* [online]. Bobath Centre, 2016 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://bobath.org.uk/training/introduction-early-assessment-and-intervention-babies-and-young-children>

BLÁHOVÁ, K., F. FENCL a J. LEBL. *Pediatrická propedeutika.* Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-442-2.

BUNDY, Anita C. a Shelly J. LANE. *Sensory integration: Theory and Practice.* Third edition. Philadeplhia: F.A.DAVIS, 2020. ISBN 978-0803646063.

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Seznam zařízení* [online]. 2022 [cit. 2022-03-01]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/seznam-zarizeni/>

DORT, J., E. DORTOVÁ a P. JEHLIČKA. *Neonatologie.* 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3936-9.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách.* 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018. ISBN 978-80-907053-1-9.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

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

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. *Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2014. ISBN isbn978-80-247-4529-9.

HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.

HYTTICHOVÁ, Z. *Ergoterapie v pediatrii aneb O přístupu senzoricke integrace* [online]. 2020 [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/ergoterapie-v-pediatrii-aneb-o-pristupu-senzoricke-integrace-457300>

KELNAROVÁ, J. a E. MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010-. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-3270-1.

KLÍMA, J. *Pediatrie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.

KÖHLEROVÁ, I. *Perinatologická centra v ČR. Věstník: Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014, (2), 5-16 [cit. 2022-01-28]. Dostupné z: https://www.gynstart.cz/e_images/file/ZDRAVOTNICTVI_02-14.pdf

KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

LAMBERSKÁ, T. *Organizace neonatologické péče v ČR. Nedoklubko z.s.* [online]. 2020 [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/2020/11/26/organizace-neonatologicke-pece-v-cr>

LANE, Shelly J. *Neural Foundations of Ayres Sensory Integration®* [online]. 2019 [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31261689/>

MARKOVÁ, D. a M. CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ. *Předčasně narozené dítě: následná péče - kdy začíná a kdy končí?*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1745-1.

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

NEDOKLUBKO. *Klokánkování* [online]. 2017 [cit. 2022-03-01]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/predcasnyporod-zakladni-informace/klokankovani/>

PAŘÍZEK A. (ed.), et al. *Spontánní předčasný porod*, [online]. Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny ČGPS ČLS JEP. 2017 [cit. 2022-02-22]. Dostupné na: <http://www.perinatologie.eu/doporucene-postupy/>.

PRAŽSKÝ, B. *Uplatnění konceptu Bazální stimulace v neonatologii* [online]. 2012 [cit. 2022-02-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/uplatneni-konceptu-bazalni-stimulace-v-neonatologii-463868>

PRICE, P. a S. MINER. *Extraordinarily Ordinary Moments of Co-Occupation in a Neonatal Intensive Care Unit* [online]. 2009 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.3928/15394492-20090301-04>

RODGER, S., G.T. BROWN a A. BROWN. Profile of paediatric occupational therapy practice in Australia. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2005 [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1440-1630.2005.00487.x>

ROYAL COLLEGE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. *Occupational therapy in neonatal services and early intervention: Practice guideline* [online]. London: Royal College of Occupational Therapists, 2017 [cit. 2022-02-28]. ISBN 978-1-905944-66-8. Dostupné z: <https://www.rcot.co.uk/practice-resources/rcot-publications/downloads/neonatal-services>

ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

THE ISRAELI OF OCCUPATIONAL THERAPY. *Occupational Therapy Intervention in Neonatal Intensive Care Units: Position Paper* [online]. 2009 [cit. 2022-03-01]. Dostupné z: <https://isot.org.il/article/public/ot-intervention-in-neonatal-intensive-care-units/>

TROJAN, S. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. 3.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1296-2.

UNICEF. *Skin-to-skin contact* [online]. 2018 [cit. 2022-01-28]. Dostupné z: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact/>

VERGARA, E. Specialized knowledge and skills for occupational therapy practice in neonatal intensive care unit. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2006 [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://research.aota.org/ajot/article-abstract/60/6/659/5119/Specialized-Knowledge-and-Skills-for-Occupational?redirectedFrom=fulltext>

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. *Definitions of occupational therapy from member organisations* [online]. 2017 [cit. 2022-01-20]. Dostupné z: <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník pro rodiče předčasně narozených dětí

Příloha č. 2 – Dotazník pro ergoterapeuty pracující s předčasně narozenými dětmi

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – dotazník pro rodiče předčasně narozených dětí

Dobrý den,

jsem studentka 3. ročníku oboru ergoterapie na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Ráda bych Vám představila své téma, kterému se věnuji ve své bakalářské práci. Téma "Role ergoterapeuta u předčasně narozených dětí" jsem si vybrala proto, abych ukázala, že tento obor, který je u nás poměrně mladý, má velký potenciál i na neonatologických odděleních.

Tento dotazník je zcela anonymní a nezabere Vám více jak 15 minut.

Předem děkuji za Váš čas.

Bílková Anna

- 1) V kolikátém týdnu se narodilo Vaše miminko?
 - Méně než 28+0
 - Od týdne 28+0 do týdne 31+6
 - Od týdne 32+0 do týdne 33+6
 - Od týdne 34+0 do týdne 36+6
- 2) V jakém zařízení jste byli hospitalizováni?
- 3) Byla jste hospitalizována spolu s Vaším miminkem?
 - ANO
 - NE, ALE DOCHÁZELA JSEM ZA NÍM
 - NEBYLA, ANI JSEM ZA NÍM NEDOCHÁZELA
- 4) Setkala jste se v rámci hospitalizace s ergoterapeutem?
 - ANO
 - NE (pokud ne, přeskočte na otázku č. 8.)
- 5) Pokud ano, jak často k Vám docházel?
- 6) Probíhala u Vás edukace od ergoterapeuta například ohledně handlingu, krmení a spaní?
 - ANO
 - NE
- 7) Jak jste vnímali spolupráci s ergoterapeutem? Pomohl Vám s tím, jak se o miminko starat, a díky tomu Vám usnadnil návrat domů?
- 8) Využila jste možnost navštívit ergoterapeuta/ergoterapeutku v rámci rehabilitace/ucelené péče?
 - ANO
 - NE

- 9) Pokud ano, jaký byl Váš pocit s průběhem terapie?
- 10) Slyšeli jste někdy pojem jako je Bobath koncept a handling?
- ANO
 - NE
- 11) Myslíte si, že je role ergoterapeuta nedílná součástí ucelené péče o matku a dítě?

Příloha č. 2 – dotazník pro ergoterapeuty pracující s předčasně narozenými dětmi

Dobrý den,

jsem studentka 3. ročníku ergoterapie na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Ráda bych Vám představila své téma, kterému se věnuji ve své bakalářské práci. Téma „Role ergoterapeuta u předčasně narozených dětí“ jsem si vybrala proto, abych ukázala, že tento u nás poměrně mladý obor má velký potenciál právě i na neonatologických odděleních.

Tento dotazník je zcela anonymní a nezabere Vám více jak 15 minut.

Předem děkuji za Váš čas.

- 1) Na jakém oddělení pracujete?
- 2) Jak vnímáte svou roli ergoterapeuta u předčasně narozených dětí?
- 3) Můžete více specifikovat, co přesně je ve Vaší roli nejpodstatnější (nejdůležitější)?
- 4) Absolvoval/a jste nějaké kurzy?
 - ANO
 - NE
- 5) Pokud ano, můžete vypsát jaké?
- 6) Jaký přístupy/metody nejvíce využíváte ve své praxi?
- 7) Jak vnímáte z Vašeho pohledu váhu a význam spolupráce mezi Vámi a rodiči?
- 8) Myslíte si, že ergoterapie u předčasně narozených dětí v České republice je neznámá a nedocenená?
 - ANO
 - NE