

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA
V PLZNI**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Zuzana Feketeová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Zuzana Feketeová

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**Orofaciální stimulace z pohledu ergoterapie na zlepšení
příjmu potravy u nedonošených dětí**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Jana Knězová

PLZEŇ 2013

REGENTOVÁ

Prohlášení:

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

V Plzni dne 20. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Janě Knězové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji Mgr. Iloně Zahradnické a Mgr. Michaele Šrytové za poskytnutí odborných konzultací. V neposlední řadě patří poděkování také mé mamince Blance Kondrysové, Dis.

Anotace

Příjmení a jméno: Feketeová Zuzana

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Orofaciální stimulace z pohledu ergoterapie na zlepšení příjmu potravy u nedonošených dětí

Vedoucí práce: Jana Knězová

Počet stran: 84

Počet příloh: 22

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: orofaciální stimulace, příjem potravy, nedonošené děti, handling, polohování, klokánkování, Bazální stimulace, Bobath koncept

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá orofaciální stimulací u nedonošených dětí s cílem zlepšit u těchto dětí sání, polykání, příjem potravy a navodit celkovou stimulaci a souhru orofaciálních funkcí. Dílčím cílem této práce je vytvořit informační manuál pro matky nedonošených dětí ve FN Lochotín.

V teoretické části jsou uvedeny základní informace o oboru neonatologie. Dále jsou zde popisovány základní prvky Bobath konceptu, Bazální stimulace a stimulace orofaciální oblasti.

Praktická část obsahuje kazuistiky vybraných dětí, hodnocení a rozhovory s jejich matkami. Součástí je také vytvořený manuál pro rodiče.

Annotation

Surname and name: Feketeová Zuzana

Department: Department of physiotherapy and occupational therapy

Title of thesis: The orofacial stimulation from the view of occupational therapy for the premature babies' food intake improvement

Consultant: Jana Kněžová

Number of pages: 84

Number of appendices: 22

Number of literature items used: 24

Key words: orofacial stimulation, food intake, premature babies, handling, positioning, kangaroo mother care, Basal stimulation, Bobath concept

Summary:

This bachelor's work deals with the orofacial stimulation of premature babies which is supposed to improve the babies' suckling and swallowing and to cause the thorough stimulation and coordination of the orofacial area to improve the food intake. The aim of this work is also to create an informational handbook for mothers of premature babies in Lochotín hospital.

The theoretical part includes basic information about neonatology. It also describes basic features of Bobath concept, Basal stimulation and orofacial stimulation.

The practical part includes case histories of selected childrens, evaluations and interviews with their mothers. It also includes the handbook for parents.

OBSAH

ÚVOD	10
-------------------	----

TEORETICKÁ ČÁST

1 NEONATOLOGIE	11
1.1 Prenatální vývoj	11
1.2 Klasifikace novorozenců	12
1.3 Možnosti odlišení hypotrofických novorozenců od nedonošených	12
1.3.1 Odlišení hypotrofických a nedonošených novorozenců podle vzhledu....	13
1.3.2 Rozdíly ve funkcích některých orgánů mezi nedonošenými a zralými hypotrofickými novorozenci	13
1.4 Chronologický a korigovaný věk	13
1.5 Příčiny nedonošenosti	14
2 UPLATNĚNÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V NEONATOLOGII	15
2.1 Formy stimulace v prenatálním období.....	15
2.2 Formy stimulace v postnatálním období	15
3 ZÁKLADNÍ PRVKY BOBATH KONCEPTU VYUŽÍVANÉ U NEDONOŠENÝCH DĚTÍ	17
3.1 Úvod do Bobath konceptu.....	17
3.2 Polohování.....	17
3.3 Handling	18
3.4 Facilitace a inhibice.....	19
4 OROFACIÁLNÍ STIMULACE	20
4.1 Mechanismus fyziologického sání, polykání, žvýkání	20
4.1.1 Sání z prsu.....	20

4.1.2	Sání z lahve	21
4.1.3	Mechanismus fyziologického polykání	21
4.1.4	Fyziologický mechanismus žvýkání	21
4.2	Způsoby příjmu potravy	22
4.2.1	Krmení sondou	22
4.2.2	Krmení stříkačkou	22
4.2.3	Kojení	22
4.2.4	Krmení z lahve	23
4.3	Polohy při kojení	23
4.3.1	Poloha vleže	24
4.3.2	Poloha vsedě	24
4.3.3	Boční, fotbalové držení	24
4.3.4	Poloha tanečníka	24
4.3.5	Kojení dvojčat	24
4.3.6	Kojení trojčat	24
4.4	Problémy vyskytující se při příjmu potravy	25

PRAKTICKÁ ČÁST

5	CÍL PRÁCE	26
6	HYPOTÉZY	27
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	28
8	METODOLOGIE	29
9	KAZUISTICKÉ ŠETŘENÍ	30
9.1	Kazuistika A	30

9.1.1	Rozhovor A.....	33
9.2	Kazuistika B.....	35
9.2.1	Rozhovor B.....	38
9.3	Kazuistika C.....	40
9.4	Kazuistika D.....	43
9.4.1	Rozhovor C.....	46
10	VÝSLEDKY	48
11	DISKUZE	49
	ZÁVĚR.....	51
	LITERATURA	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM TABULEK	
	SEZNAM PŘÍLOH	
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Oproti minulosti je v dnešní době stále více dětí, které přicházejí na svět předčasně. Příčinou bude možná zvyšující se počet umělých oplodnění žen ve vyšším věku, kterým se častěji rodí dvojčata. Bohužel lékařská věda zatím zcela neví. Určitě i hektický způsob života, stres a působení životního prostředí může mít vliv na zvyšující se tendenci předčasných porodů.

Problematika nedonošenosti a nízké porodní hmotnosti postihuje 7 – 8 tisíc dětí ročně. Z toho s velmi nízkou porodní hmotností je to až 1500 dětí. Předčasný porod je celospolečenská a závažná komplikace a není pouze zdravotním problémem se svým průběhem, prognózou a komplikacemi. Netýká se pouze matky a dítěte, ale i celé rodiny a široké laické a odborné veřejnosti. Je třeba zohlednit různé aspekty jak už náboženské, etické nebo kulturní.

Nejcitlivější a nejaktivnější zónou na vnímání jsou pro novorozence ústa, která slouží především k příjmu potravy, ale také k vyjádření pocitů a komunikaci. Už novorozenec rozpoznává ústy různé chutě, vůně a konzistenci. Pro novorozence představuje sání v prvních měsících života přirozenou cestu k příjmu potravy. U nedonošených dětí není sání zcela vyvinuto, a tím se stává příjem potravy problémovou oblastí. Proto je nezbytná cílená stimulace orofaciální oblasti, která napomáhá posilovat sací a polykací reflex a umožňuje tak dítěti, aby začalo přijímat potravu samostatně. Později napomáhá kousání větších kousků potravy a rozvíjení řeči.

Cílem této práce je seznámit matky předčasně narozených dětí s technikou orofaciální stimulace, její důležitostí a praktickým provedením. Zlepšit u nedonošených dětí sání, polykání, příjem potravy a navodit souhru orofaciálních funkcí. Vytvořit informační manuál pro matky ve FN Lochotín. Manuál by měl obsahovat hlavní zásady, polohy, ve kterých lze orofaciální stimulaci provádět a fotodokumentaci základních hmatů pro stimulaci sání a polykání.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části jsou uvedeny základní informace o oboru neonatologie, základní prvky Bobath konceptu, dále Bazální stimulace a stimulace orofaciální oblasti.

Praktická část obsahuje kazuistiky vybraných dětí, hodnocení a rozhovory s jejich matkami. Součástí je také vytvořený manuál pro rodiče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NEONATOLOGIE

Neonatologie je obor zabývající se péčí o novorozence. Vyvíjel se hlavně ve druhé polovině 20. století a je samostatnou subspecializací pediatrie. Hlavním důvodem samostatnosti jsou význačná specifika fyziologie a patologie novorozeneckého období a specifická intenzivní péče o nedonošené a patologické novorozence.

Neonatologie zahrnuje péči o zdravé fyziologické novorozence, o děti s lehkými poruchami poporodní adaptace, mírně či těžce nedonošené děti a děti s významnými patologiemi.

Intenzivní péče o nezralé děti se ve většině vyspělých zemí zahajuje v 24. týdnu, kdy jsou tyto děti nejen živé (vitální), ale i životaschopné (viabilní). Extrémně nedonošené děti se často bezprostředně po porodu dostávají na dlouho dobu do kritického stavu, vyžadujícího krajní prostředky intenzivní péče. Dosažení stavu adaptace, který umožňuje jejich propuštění do domácí péče, může pak trvat několik měsíců i přes příznivý průběh léčby. Výsledky péče se neustále zlepšují, postupně přežívá více nezralých dětí, aniž by mezi nimi stoupalo procento dětí postižených. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009; Lebl, Provazník, Hejmanová, 2007)

1.1 Prenatální vývoj

Nejdynamičtějším vývojovým obdobím z celého lidského života je období intrauterinní. Z jediné oplodněné zárodečné buňky se vyvine dokonalý lidský plod během 280 dní a ten je schopen bezprostředně po narození samostatné existence. Nikdy v dalším životě již nedochází k tolika převratným událostem za tak krátkou dobu.

Embryo vykazuje spontánní aktivitu již mezi 8. – 12. týdnem, což je mnohem dříve, než je to subjektivně vnímáno matkou. Spontánní aktivitou jsou myšleny izolované pohyby rukou a nohou, generalizované třesy a polykání. Doteky obličejové rukou a dýchací pohyby jsou viditelné od 10. týdne. Sací pohyby jsou rozeznatelné od 12. týdne a od 12. – 16. týdne dítě zívá a protahuje se. Na pozdější základní vitální funkce připravují plod pohyby dýchací, sací a polykací. Některé složitější motorické vzorce jsou zřejmě základem pozdějších vzorců chování. (Šulcová, 2004)

Funkční vývoj dítěte se na rozdíl od anatomického manifestuje v tzv. uzlových bodech. Jedním z uzlových bodů může být např.: porod. Radikální změnou prostředí se u dítěte vytvoří nová interneurální spojení. (Komárek, Zumrová a kol., 2000, 2008)

„Pokud je CNS pro porod připraven, to znamená, pokud jsou příslušné dráhy již preformovány, proběhne fixace nových reflexů – na rozdíl od dětí nedonošených – obvykle bez komplikací“ (Komárek, Zumrová a kol., 2000, 2008, s. 10)

1.2 Klasifikace novorozenců

Charakterizace každého novorozence spočívá v jeho gestačním věku, porodní hmotnosti a jejich vzájemném vztahu. Tyto parametry třídí novorozence podle gestačního věku, porodní hmotnosti a podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku.

Dort dělí novorozence podle gestačního věku na donošeného, nedonošeného a přenošeného. Podle porodní hmotnosti na novorozence obrovského (makrosmie), s normální, nízkou, velmi nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností. Podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku na novorozence eutrofického, hypotrofického a hypertrofického. (Dort, 2011)

Délka těhotenství měřená od prvního dne poslední menstruace do dne porodu se nazývá gestačním stářím. Dítě, které bylo narozeno v gestačním stáří kratším, než 37 ukončených týdnů se nazývá nedonošeným novorozencem. Nezralý novorozenec je plod s porodní hmotností pod 2500 gramů, délkou pod 48 cm a je z jednočetného těhotenství. Plod, který má porodní hmotnost pod 5. percentilem hmotnostního rozptylu, platného pro dané gestační stáří se nazývá hypotrofickým novorozencem. (Klíma a kol., 2003)

1.3 Možnosti odlišení hypotrofických novorozenců od nedonošených

Odlišení nedonošených dětí od dětí hypotrofických má pro klinickou praxi rozhodující význam. „Novorozenec nízké porodní hmotnosti“ je všeobjímající pojem pro novorozence s váhou nižší jak 2500 gramů a protože zahrnuje jak novorozence hypotrofické, tak nedonošené je v klinické praxi nedostačující. Výrazná odlišnost těchto dvou skupin je v klinickém stavu, nutnosti terapie, typu komplikací a prognóze. Ke kombinaci nedonošenosti a hypotrofie dochází velmi často a v tom případě se možnosti komplikací kumulují a rozdíly stírají. (Borek a kol., 2001)

1.3.1 Odlišení hypotrofických a nedonošených novorozenců podle vzhledu

Nedonošené novorozence od zralých hypotrofických novorozenců lze výrazně odlišit pomocí jejich vzhledu a různých známek, které odlišují stupeň nezralosti. Jsou to vzhled kůže, podkoží, lanugo, rýhování plosek, genitál, boltce, nehty, prsní žlázy a dvorce, křik a tonus. (Borek a kol., 2001)

1.3.2 Rozdíly ve funkcích některých orgánů mezi nedonošenými a zralými hypotrofickými novorozenci

Tabulka 1 – Rozdíly ve funkcích některých orgánů mezi nedonošenými a zralými hypotrofickými novorozenci

	Nedonošení	Hypotrofičtí
Trávicí trakt	porucha tolerance stravy, polykacího a sacího reflexu	dobrá funkce
Dýchání	apnoické pauzy	perinatální asfyxie
Termoregulace	sklon k hypotermii silný	mírní sklon k hypotermii
Malformace	normální výskyt	častěji
Pláč	slabý	hlasitý
Tonus	snížený	normální
Imunita	nezralá, vysoké riziko infektu	zralá funkční
Hemostáza	snížená, vyšší možnost krvácení	v normě

Zdroj: Borek a kol., 2001, s. 37

1.4 Chronologický a korigovaný věk

Doba uběhlá od narození dítěte ve dnech, týdnech, měsících se nazývá chronologickým věkem. Při srovnávání nedonošeného dítěte s donošeným stejného chronologického věku zjistíme opoždění vývoje délky, váhy, psychického a smyslového vývoje, vývoje charakteristik chování i motoriky. "Opoždění" v tomto ohledu znamená nesprávnou metodu srovnávání nikoliv poruchu vývoje.

„Pro nedonošené děti je třeba brát v úvahu namísto chronologického věku tzv. věk korigovaný, tedy hodnotu věku chronologického sníženou o počet týdnů, o který se dítě narodilo předčasně.“ (Peychl, 2005, s. 29) Korekce věku u nedonošených dětí se používá celé první dva roky po porodu. (Peychl, 2005)

1.5 Příčiny nedonošenosti

Předčasný porod nebo intrauterinní retardaci růstu plodu způsobují rozmanité faktory. V současnosti je nejvýznamnější příčinou předčasných porodů infekce, která se nazývá syndrom infikovaného amnia. Syndromem infikovaného amnia rozumíme infekci, která může napadnout plod, proniká do dutiny děložní a vyvolává zánět placenty a plodových obalů. (Dort, 2011)

Příčiny nedonošenosti ze strany matky mohou být rozděleny na faktory sociálně – ekonomické a faktory zdravotní. Kouření, nízký věk matky nebo chudoba se řadí do faktorů sociálně – ekonomických a chronické infekce, diabetes, hypertenze nebo funkční poruchy dělohy a porodních cest do faktorů zdravotních. Do příčin ze strany placenty, pupečníku nebo plodu se může řadit nedostatečná funkce placenty, mnohočetná těhotenství nebo vrozené infekce a vady. (Klíma a kol., 2003)

2 UPLATNĚNÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V NEONATOLOGII

Už počátkem sedmdesátých let minulého století strukturoval na podkladě vědeckých poznatků prof. dr. Andreas Fröhlich koncept Bazální stimulace. Koncept se v neonatologické intenzivní péči uplatňuje s cílem zprostředkovat předčasně narozeným dětem elementární stimuly, které jsou potřebné pro jejich psychomotorický vývoj a udržení vrozených reflexů. Vibrační, vestibulární a somatické informace jsou první sensorické zkušenosti v prenatálním období, které umožňují plodu budovat vnímání tělesného schématu již intrauterinně. U předčasně narozeného dítěte je přechod z intrauterinního do extrauterinního světa urychlen a dítě potřebuje takovou ošetrovatelskou péči, která maximálně kopíruje intrauterinní prostředí se všemi jeho podnětovými nabídkami. (Friedlová, 2007; Friedlová 2012)

2.1 Formy stimulace v prenatálním období

Do nejranějších forem stimulace v prenatálním období řadíme základní prvky stimulace, a to somatickou, vestibulární a vibrační. Tlak děložní stěny představuje stimulaci somatickou, pohyby matky stimulaci vestibulární a tlukot matčina srdce a aorty a zvuky z činnosti její střevní peristaltiky představují stimulaci vibrační. Vjemy z povrchu těla poskytují somatické vnímání prostřednictvím kožního percepčního orgánu. Somatická stimulace ovlivňuje vnímání tělesného schématu. První neuronální spojení v mozku vznikají v 8. týdnu prenatálního vývoje a díky stálým pohybům plodu a somatické stimulaci je aktivizována neuronální síť v mozku plodu. Předpokladem vývoje diferencovaných mozkových struktur je trvalý přísun podnětů. Podněty, které jsou poskytovány předčasně narozenému dítěti, musí být nadprahové a dobře strukturované. (Friedlová, 2012; Sedlářová a kol., 2008)

2.2 Formy stimulace v postnatálním období

Somatická stimulace je jednou ze základních forem, která se uplatňuje pomocí povzbuzujících a zklidňujících koupelí. Koupací kyblíky nebo misky napomáhají dětem vnímat hranice svého těla a slouží k imitaci intrauterinního prostředí.

Jednou z dalších technik, kterou využíváme k napodobení intrauterinního prostředí je polohování. V inkubátorech polohujeme děti nejčastěji do polohy "hnízda" nebo do polohy "skořápka", která byla v konceptu Bazální stimulace vyvinuta speciálně pro předčasně narozené děti a poskytuje nejen somatické, ale také vestibulární nabídky. Tyto polohy imitují tlak děložní stěny a stimulují kožní receptory dítěte. Pokud

se jedná o dvojčata, myslíme na kontakt se sourozencem a polohujeme je do hnízda společně.

V neonatologii je hojně využívána také technika klokánkování, která zahrnuje většinu forem stimulace. Díky kontaktu s hrudníkem matky dochází ke stimulaci somatické, vibrační a vestibulární a kožní kontakt zajišťuje dítěti olfaktorický vjem. Pokud matka hovoří, dítě je stimulováno také auditivně. Současně s klokánkováním uplatňujeme z konceptu také techniku zvanou kontaktní dýchání.

U předčasně narozených dětí je také důležitá stimulace sacího a polykacího reflexu. Pomocí techniky orofaciální stimulace se snažíme udržet sací reflex, posilovat sílu sacích svalů a připravit tak nezralé dítě na sání z mateřského prsu či lahve.

Nedílnou součástí konceptu Bazální stimulace je také integrace rodičů do péče. (Friedlová, 2012; Sedlářová a kol., 2008)

3 ZÁKLADNÍ PRVKY BOBATH KONCEPTU VYUŽÍVANÉ U NEDONOŠENÝCH DĚTÍ

3.1 Úvod do Bobath konceptu

Bobath koncept byl vytvořen ve čtyřicátých a padesátých letech 20. století na základě poznatků modelů motorické kontroly a neurověd manželi Bobathovými. Původně vznikl tento koncept pro děti s dětskou mozkovou obrnou, později pro dospělé s hemiplegií.

V současné době se využívá u dětí s neuromuskulárním onemocněním nebo nezralým nervovým systémem a díky jeho rozvinutí nese název neurodevelopmental treatment (NDT). (Krivošíková, 2011; Hromádková a kol., 2002)

„Je popsán jako „živý koncept“, stále se měnící v důsledku pozorování reakcí dítěte v průběhu léčby.“ (Hromádková, 2002, s. 410)

Při vyšetření se zaměřujeme na několik oblastí. Jde o hodnocení posturálního tonu, mobility a stability, různorodosti pohybu, disociace a dále o hodnocení reciproční inervace, úplného rozsahu pohybu, reakcí vzpřimovacích a reakcí k udržení těžiště ve všech polohách. Současně s vyšetřením začíná i terapie, která má za cíl podporovat motorický vývoj dítěte, odbourávat patologický vzor, regulovat tonus při jeho poruše a facilitovat fyziologický pohyb vedoucí k funkčním činnostem.

Bobath terapie je 24hodinový koncept, zahrnující polohování, handling, přípravu a facilitaci/inhibici. (Hromádková, 2002)

3.2 Polohování

Ačkoliv polohování neznamena aktivní formu cvičení, může mít vliv na schopnost výkonu dítěte. Jedná se o statický přístup pomocí externí posturální podpory, která kompenzuje interní nedostatečnost posturální stability dítěte a také tuto stabilitu udržuje. Výběr poloh a adaptačních pomůcek se uskutečňuje na základě věku dítěte a prognózy stavu. Polohy a pomůcky napomáhají dítěti učit se novým dovednostem a umožňují jeho nezávislost. (Hromádková a kol., 2002)

Při polohování nedonošeného dítěte dbáme na to, kde se dítě nachází a dle této skutečnosti přizpůsobujeme jeho polohu. Vhodným polohováním můžeme pomoci dítěti správně rozvíjet jeho pohybové vzorce, čímž se učí lépe sát, polykat, dýchat a nevydávat zbytečnou energii. Polohování také umožňuje dítěti lepší orální autostimulaci, díky níž získává informace o svém těle. Pokud tato stimulace chybí,

mohou se v pozdějším období objevit problémy například při krmení lžičkou, které může vyvolávat dávivý reflex.

K opoře těla dítěte se využívá různých pomůcek (válců, polštářů, dek,...), které pomáhají imitovat polohy z prenatálního období. Dále mu nabízejí oporu hlavy, trupu, končetin a zajišťují symetrické držení těla. Tímto se poloha dítěte stabilizuje a jeho pohyby se stávají koordinovanější.

V poloze na boku fixujeme záda dítěte pomocí válce nebo srolované deky tak, aby přesahovala úroveň hlavy dítěte a její šířka odpovídala jeho zádom. Kratší válec položíme zepředu od hrudníku k nohám. Tato fixace zabraňuje nežádoucímu záklonu hlavy a změně polohy.

Pro posilování zádového a hrudního svalstva je u nedonošeného dítěte velmi důležitý nácvik polohy na břiše. Dítě by však v této poloze nemělo pobývat často, a jelikož pro něj tato poloha představuje riziko náhlého úmrtí, mělo by být vždy pod dohledem. Při častém využívání této polohy se mohou později vyskytnout problémy v pohybovém vývoji a to zejména u hypotonických dětí. Tato poloha také zabraňuje hrudnímu dýchání a dítě je nuceno dýchat do břicha. Tím zůstává hrudník plochý a svaly břicha chabé. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009)

3.3 Handling

Handling znamená způsob práce s dítětem při jeho každodenním opatrování. Jeho cílem je podpora motorického vývoje, podpora ´kontroly hlavy´, regulace tonu a odbourávání nežádoucích reflexů. Zahrnuje zdvihání a pokládání dítěte, klubičko, otáčení z polohy na zádech do polohy na břiše a naopak, dále předávání dítěte partnerovi, nošení, krmení a mytí.

Hypertonus lze snížit technikou nošení, odpovídajícím polohováním a pomalým handlingem. Naopak rychlejším pohybem, ale opět technikou nošení a polohováním docílíme zvýšení hypotonu. Důležitá je vhodná kombinace inhibice, facilitace a stimulace k dosažení konkrétní funkční činnosti.

Handling včleněný do celého dne ovlivní nežádoucí abnormální držení a pohyby a potlačí patologický vjem. (Hromádková a kol., 2002; Červenková, 2006)

„Správné zacházení s dítětem a podněty, které mu nabídneme v prvních dnech, týdnech a měsících jeho života a které by měly být v souladu s jeho psychomotorickou vyspělostí i potřebami, výrazně ovlivní řadu oblastí jeho celkového dlouhodobého vývoje a prospívání.“ (Kiedroňová, 2005, s. 104)

3.4 Facilitace a inhibice

Pokud budou facilitace a inhibice ve cvičení používány současně, bude podporováno vytváření normálních pohybových vzorů, koordinované a kontrolované pohyby. Facilitace poskytuje aktivní motorickou odpověď a napomáhá reagovat normálním způsobem. Inhibice působení proti abnormálním vzorům pohybu a postury.

Všechny prvky Bobath konceptu se vzájemně prolínají a systematicky připravují dítě pro funkční dovednosti. Důležitá je také tělesná, senzorická, kognitivní, emocionální a sociální integrace dítěte. (Hromádková, 2002)

4 OROFACIÁLNÍ STIMULACE

Orofaciální stimulace je metoda, podporující aktivitu obličejového svalstva a svalů kolem úst. Cílem této metody je uvádět do rovnováhy hypotonické a hypertonické svalstvo, stimulovat ochablé svalové tkáně, podporovat a usnadňovat pohyb, snižovat obrannou reakci organismu na dotek, ovlivnit kvalitu sání, polykání a řeči a v neposlední řadě zpřesňovat pohyby orální oblasti při příjmu potravy a tekutin.

Jednou z metod orofaciální stimulace je koncept profesora Rodolfa Castilla Moralese, který obsahuje orofaciální a senzomotorické techniky. Dělí se na tři základní části a to neuromotorickou vývojovou terapii, která slouží k ovlivnění postury, orofaciální regulační terapii a myofunkční terapii zaměřenou na projevy funkční a svalové nerovnováhy v orofaciální oblasti.

Profesor Morales využívá při jednotlivých cvičeních rozmanité techniky v různých kombinacích, které zahrnují lechtání, dotyk, tlak, tah a vibrace. Dotyk musí být jistý a příjemný a lechtání pomalé a pevné. Tahem se rozumí jemný a pomalý pohyb svalu. Tlak by měl být silný, ale nikdy nesmí vyvolat bolest. Vibrace je použití intermitentního tlaku, který má význam při přípravě stimulace nebo facilitace.

Pokud pracujeme s novorozencem, je velice důležité správné držení hlavy s podporou v týlní oblasti. Správné držení přivádí novorozence do "motorického klidu", ve kterém je schopen očima fixovat osobu a ruce vést ke střední linii. Jedna Ruka je celou plochou dlaně přiložena na týl dítěte a ve směru kraniálním uskutečňuje rytmický přerušovaný tah. Druhá ruka realizuje v oblasti hrudní kosti intermitentní tlak ve směru dorzálním a kaudálním. Tímto se dítě dostává do stavu "motorického klidu" a jsou vytvořeny optimální podmínky pro orofaciální terapii. (Gangale, 2004; Kolář, 2009; Morales, 2006)

4.1 Mechanismus fyziologického sání, polykání, žvýkání

4.1.1 Sání z prsu

Sání z prsu začíná tím, že čelist dítěte je mírně pootevřená a prsní bradavka je uvnitř jeho úst. Přísátí na oblast mezi prsní bradavkou a dvorcem předchází vytvarování rtů do písmene C. Rty, jsou celou svou plochou v kontaktu s dvorcem a uzavírají ústní prostor. Jazyk spočívá pod bradavkou, kterou uchopí, táhne směrem dozadu a nahoru a přitlačí ji na tvrdé patro. Podtlakem v ústech, vyvolaným tvářovým mechanismem a funkcí jazyka se navodí sání. Sání také posilují elevační pohyby

mandibuly. Mléko, které je vytlačováno proti tvrdému patru, stéká na zadní část jazyka. Pod úhlem 45° posouvá jazyk mléko dolů do hltanu. (Morales, 2006)

4.1.2 Sání z lahve

Stejně jako při sání z prsu, tak i při sání z lahve je čelist dítěte mírně pootevřená a dudlík je uvnitř jeho úst. Hrot dudlíku spočívá na přechodu mezi tvrdým a měkkým patrem. Rty jsou vytvarovány do písmene O, čímž svírají "krček" dudlíku, přední část dutiny ústní je uzavřena. Kontakt dolní části měkkého patra s hřbetem jazyka umožňuje uzavřít dutinu ústní vzadu. Elevačním pohybem mandibuly a stlačováním dudlíku horním alveolárním hřebenem shora a hrotem jazyka zdola dochází k uvolnění části obsahu dudlíku do dutiny ústní. Mléko, které zůstalo v dudlíku, se navrácí zpět do lahve. Nejdůležitějším pohybem při sání z lahve je pohyb jazyka dozadu a dolů. (Morales, 2006)

4.1.3 Mechanismus fyziologického polykání

Polykání je považováno za aktivitu, kterou se potrava z dutiny ústní posouvá do žaludku. Jeden z prvních vědců, který se zabýval mechanismem polykání, byl Mogandie a rozdělil proces polykání na tři fáze. Fázi ústní, hltanovou a jícnovou.

Sousto se posouvá ze hřbetu jazyka přes hltanovou úžinu do hltanu a to pomocí reflexního procesu, který nastává ve fázi ústní. Fáze hltanová je naprosto reflexní fáze, která dopravuje sousto přes orofarynx a hypofarynx od hltanu k jícnu. Při této fázi musí být uzavřeny všechny dýchací cesty. V poslední fázi, jícnové je sousto dopravováno reflexní peristaltickou vlnou. Putuje od horního jícnového otvoru k hypofaryngu, poté k dolnímu svěrači až do žaludku. Primární pohyb je podnícen polykáním. (Morales, 2006)

4.1.4 Fyziologický mechanismus žvýkání

Složkou trávicího procesu je také žvýkání, které se rozděluje do čtyř fází. Fázi přibližování, uchopení, ukousnutí a rozměňování. Fázi přibližovací se rozumí způsob, jakým se sousto dopraví k dutině ústní. Dále nastává fáze uchopení, kdy dle velikosti sousta dojde k poklesu mandibuly, rty se oddálí a jsou přichystané uchopit sousto. Když je sousto v kontaktu s oběma řadami zubů, dochází k fázi ukousnutí. Nakonec je sousto činností jazyka, tvářového mechanismu a pohyby mandibuly rozměňováno, což znamená, že nastala fáze rozměňování.

Stimulací dásní dojde u dítěte k rozevření a zavření čelisti. Jedná se o kousací reflex, který přetrvává do 6. – 7. měsíce života. (Morales, 2006)

4.2 Způsoby příjmu potravy

Sání je v prvním roce života fyziologickým způsobem příjmu potravy. „Po narození a v prvních měsících života dítěte je sání reflexní, později je řízeno vůlí.“ (Morales, 2006, s. 100) Už novorozenec umí rozeznat čtyři základní chutě a to sladkou, kyselou, hořkou a slanou. Sladký podnět stimuluje sací a polykací reflex a naopak slaná a hořký podnět sání zastavuje a podněcuje dítě k pláči a zvýšenému slinění. Pokud dojde k vyhasnutí sacího a polykacího reflexu, lze využít bodové orofaciální stimulace podle prof. Moralese. Při stimulaci obličejových bodů dochází k motorické odpovědi svalu nebo svalového řetězce. (Morales, 2006; Friedlová, 2012; Horanský a kol., 1989)

4.2.1 Krmení sondou

Nezralé děti jsou často z důvodu inkoordinace sání, polykání a dýchání odkázané na krmení sondou. Před krmením je na sondu napojena stříkačka s mlékem, které se dítěti vstříkne nebo se nechá samospádem natéct do žaludku. Aby nedošlo k vymizení sacího reflexu, je u těchto dětí velice důležité pravidelné provádění orofaciální stimulace.

4.2.2 Krmení stříkačkou

Mezistupněm mezi sondováním a kojením je krmení dítěte stříkačkou. Tento způsob je však vhodný pouze pro stabilní děti bez dechových potíží. Výhodou této metody je začátek trávicího pochodu již v dutině ústní. Mezi další způsoby příjmu potravy patří krmení sondou po prstu nebo krmení lžičkou. Při krmení sondou po prstu je možno zároveň stimulovat sací reflex. Pro každé dítě je vhodný způsob vždy ten, který vyhovuje jeho zdravotnímu stavu a zralosti.

4.2.3 Kojení

Předpokladem kojení je vždy správné přisátí dítěte k prsu.

Známky správného přisátí:

- brada a nos dítěte se musí dotýkat prsu
- ústa jsou široce otevřená jako při zívání
- většina dvorce je v ústech dítěte
- více dvorce je vidět nad ústy než pod nimi
- dolní ret je ohrnut ven

- jazyk přesahuje dolní ret
- tváře dítěte nevpadávají dovnitř
- tkáň prsu se před ústy nepohybuje
- při sání se pohybují spánky a uši dítěte

(Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, s. 82, 83)

Jen dítě, které dosáhlo 28. týdne od početí, je schopno pevně bradavku uchopit. Vážně u něj však koordinace mezi dýcháním, polykáním a sáním. Musí být tedy přikládáno k plně odstříkanému prsu, aby udrželo bradavku v ústech a nezahlcovalo se. Před začátkem kojení je možno nakapat dítěti na jazyk pár kapek mléka. Má tak možnost uvědomit si vůni a chuť. K neodstříkanému prsu se přikládá takové dítě, které dosáhlo alespoň 33. týdne od početí. Právě v tomto období dozrává koordinace mezi dýcháním, sáním a polykáním. Při správném sání jsou zapojovány svaly rtů, jazyka a žvýkací svaly, čímž je vytvářen předpoklad pro správné uzavírání rtů a později také pro správnou artikulaci a přijímání tuhé stravy. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009)

4.2.4 Krmení z lahve

Při krmení z lahve je velice důležitý správný výběr savičky. Vhodná je savička s velkým průměrem. Ta umožňuje pevné sevření rtů kolem sacího otvoru. Jazyk je nucen uchopit sací část zespoda a přisávat proti patru. Pokud bude zvolen malý průměr savičky, bude dítě její plochu držet pouze mezi rty, které budou ve velice slabém napětí. Důraz by měl být kladen i na velikost sacího otvoru. Velký sací otvor není příliš vhodný, protože nutí dítě posouvat jazyk dopředu, aby se nezahlíto stravou. Pro správné sání je v neposlední řadě důležité, aby kojenecká lahev byla při krmení nadlehčována směrem ven od úst dítěte. Neměla by na ústa dítěte tlačit. (Kittel, 1999)

4.3 Polohy při kojení

Poloha při kojení musí být vždy volena tak, aby vyhovovala matce i dítěti. V dané poloze by měla matka nějakou dobu vydržet, aby dítě při kojení nerušila. Správná poloha je ta, ve které je ucho, rameno a kyčle dítěte v jedné linii. Tato poloha u dítěte zajišťuje průchodné dýchací cesty. Při kojení se vždy přikládá dítě k prsu, ne prs k dítěti. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009)

4.3.1 Poloha vleže

Poloha matky i dítěte spočívá na boku. Pro vyrovnání polohy hlavy s výší ramene, má matka hlavu podloženou polštářem. Záda má prohnuta mírně dozadu. Dítě se nachází v ohbí její spodní horní končetiny, kterou se matka neopírá o loket. Její svrchní horní končetina nesmí být nad úrovní ramene. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009)

4.3.2 Poloha vsedě

Hlava dítěte spočívá v ohbí matčiny paže. Záda dítěte podpírá její předloktí. Matčiny prsty se nachází na stehně nebo hýždích svrchní dolní končetiny dítěte. Druhou rukou si matka drží prs. Dítě musí být vždy otočeno k matce celým tělem, nejenom hlavou. Loket matky je podložen polštářem a její chodidla, jsou podepírány stoličkou. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009)

4.3.3 Boční, fotbalové držení

Tato poloha je vhodná pro matky po císařském řezu, matky s plochými bradavkami nebo velkými prsy. Dítě spočívá na matčině předloktí. Ruka matky podpírá hlavu a ramena dítěte. Dolní končetiny dítěte se nachází podél matčina boku, chodidla se o nic neopírají. Předloktí matky je podloženo polštářem. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009)

4.3.4 Poloha tanečnicka

Tato poloha je vhodná pro děti, které mají problém s přisáváním. Dítě spočívá na předloktí matky. Ruka matky drží prs na téže straně. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009)

4.3.5 Kojení dvojčat

Pro současné kojení obou dětí může matka využít polohu vleže, boční, fotbalové držení, do kříže nebo polohu paralelní. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009)

4.3.6 Kojení trojčat

V boční, fotbalové poloze kojí matka dvě děti. Třetí dítě spočívá v jejím klíně a později je krmeno samostatně. Vhodná je také poloha vleže na zádech, vzpřímená vertikální poloha nebo poloha v polosedu. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009)

4.4 Problémy vyskytující se při příjmu potravy

Jedním z problémů, které se při příjmu potravy mohou vyskytnout je spavé nebo slabě a líně pijící dítě.

Jednou z příčin spavosti, která se může u dítěte v prvních týdnech života vyskytnout je předčasný porod. Se spavým dítětem je důležité mluvit, navázat oční kontakt a držet ho ve vzpřímené poloze. Spící dítě, které je přikládáno k prsu, se nikdy správně nepřisaje. Při teplotě nad 27°C dochází ke snížení sací aktivity a proto je někdy nutnost dítě rozbalit ze zavinovačky a vyrušit ho z tepla. Stimulovat se může dítě také hlazením, kroužením prstem okolo úst, otřením obličeje chladnou žínkou nebo přebalením. Pokud se dítěti vytlačí trochu mléka na rty, udrží ho to v bdělém stavu. Jestliže dítě znovu při pití usíná, povzbudí se taktilní stimulací na hraně dolní čelisti, uchu nebo noze.

Příčiny slabě a líně pijícího dítěte mohou být stejné jako u dítěte spavého. Důvodem může být však také nesprávné sání. Slabé sání se častokrát shoduje se slabým polykáním. Líně pijící dítě je často dítě, které polyká málo a krátkou dobu, pije se zavřenýma očima, v noci se nebudí, zůstává u prsu, bradavku s dvorcem nemá dostatečně v ústech a málo stimuluje vypuzovací reflex. Slabě pijící dítě je často dítě, které se v noci nebudí, při krmení pouští prs, málo stimuluje opakované vyvolání vypuzovacího reflexu a saje aktivně méně než 8x za 24 hodin a pouze 5 minut. U těchto dětí je doporučeno 3x obkroužit jejich ústa ve směru a 3x proti směru hodinových ručiček, přistříkovat mléko do úst, dostat bradavku až na měkké patro a používat techniku "přehazování". Technika "přehazování" spočívá ve výměně prsů během jednoho kojení. Pokud u dítěte klesá frekvence polykání, dá se od prsu pryč a nabídne se mu prs druhý.

Jedním z dalších problémů, může být hypertonické, brečící dítě. Toto dítě je při kojení neklidné, často se budí a špatně usíná. Proto je nutné, vytvořit mu pocit bezpečí, náhradní dělohu. Před krmením je důležité uvést dítě do klidu a to tak, že nohy dítěte jsou pokrčené a ruce uvolněné vedle těla. Současně s touto polohou je hlava dítěte podpírána jednou rukou matky a druhá spočívá na jeho hrudníku. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009; Vater, Boudzio, 1996; Weigert, 2006; Občanské sdružení Laktační liga, 2002)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem této bakalářské práce je seznámit maminky předčasně narozených dětí s technikou orofaciální stimulace, její důležitostí a praktickým provedením. Dále zlepšit u nedonošených dětí sání, polykání, příjem potravy a navodit souhru orofaciálních funkcí.

Dílčím cílem je vytvořit informační manuál pro matky ve FN Lochotín. Manuál by měl obsahovat hlavní zásady, polohy, ve kterých lze orofaciální stimulaci provádět a fotodokumentaci základních hmatů pro stimulaci sání a polykání.

6 HYPOTÉZY

Předpokládám, že:

1. pokud se bude u nedonošených dětí před příjmem potravy provádět OFS, dojde ke zlepšení sacího reflexu a sání.
2. pokud se bude nedonošené dítě od narození pravidelně polohovat, bude to mít vliv na jeho příjem potravy a orofaciální funkce.
3. pokud se OFS provádí v inhibiční poloze, dítě na stimulaci reaguje lépe než v jakékoliv jiné poloze.

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Sledovaný soubor byl tvořen čtyřmi dětmi s diagnózou předčasný porod. Ve všech případech se jednalo o chlapce ve věku 3 nebo 4 měsíců. Každý z nich byl narozen v jiném týdnu. Orofaciální funkce byly z důvodu předčasného narození, hlavním problémem celého sledovaného souboru. Každý z nich měl však problém v jiné funkci.

Terapie probíhala pouze individuálně a vždy s přítomností matky dítěte. Matka byla nezbytnou součástí každé terapie, což mělo na dítě pozitivní vliv.

8 METODOLOGIE

Data, která obsahuje kazuistické šetření, byla nashromážděna na základě přímé observace, rozhovoru a analýzy dokumentu. Rozhovor obsahoval pouze typ otevřených otázek, odpovědi byly konkrétně citovány a neprošly žádnou úpravou.

Kazuistické šetření bylo provedeno na neonatologickém oddělení FN Lochotín, po dobu souvislé odborné praxe v časovém rozmezí čtyř týdnů. Terapie probíhala pod dohledem fyzioterapeuta. Na základě vyšetření byl stanoven adekvátní terapeutický program, který byl zaměřen na hlavní problémovou oblast každého dítěte. Na konci terapie bylo zpracováno zhodnocení celého průběhu.

I když dvě z dětí byla dvojčata, byly vypracovány kazuistiky pro každého z nich zvlášť.

9 KAZUISTICKÉ ŠETŘENÍ

9.1 Kazuistika A

Úvod, základní informace

- Pohlaví: chlapec
- Lékařská diagnóza hlavní: praematurita 24+4, spontánní porod
- Den narození: 20. 9. 2012
- Věk: 4 měsíce (20. 1. 2012), narozen předčasně přibližně o 4,5 měsíce

Souhrn anamnézy:

Osobní anamnéza: extrémně nezralý novorozenec po spontánním porodu, porod 24+4, PH 735g, PD 31cm, OH 23,2cm, AS 6-8-8, vyšetření po vybavení: novorozenecký ikterus 0, dýchání symetrické, srdeční akce pravidelná, varlata nehmatná, končetiny s hematomy, tonus přiměřen gestačnímu stáří

Rodinná anamnéza (matka): 37 let, zdravá, OSVČ, ve 20 - ti letech mononukleóza, v roce 2000 operace uší (otoskleróza)

Rodinná anamnéza (otec): 38 let, zdrav, designer

Rodinná anamnéza (sourozenci): sestra, 7 let, zdravá

Sociální anamnéza: dobré rodinné zázemí

- infekční onemocnění 0, operace 0, úrazy 0

- těhotenství fyziologické, matka přijata jako těhotná, II. grav., II. para, před přijetím kontrakce neudávala, pohyby cítila, plodová voda neodtekla, grav. 24t.

Vstupní vyšetření

Vyšetření bylo přizpůsobeno orofaciálním funkcím a bylo provedeno v oblasti motoriky, smyslových funkcí, krmení a polohování. Provedeno 10. 12. 2012 pomocí rozhovoru a pozorování.

Novorozenecké reflexy:

Reflexy výbavné - reflexní úchop na HKK +, reflexní úchop na DKK +,

Morův reflex +, chůzový automatismus +, hledací a sací reflex ++.

Motorika:

Poloha na zádech odpovídající novorozeneckému věku, na břiše opora o kolena, horní část hrudníku, tvář a HKK v kontaktu s podložkou, HKK i DKK převážně flekční držení, akra HKK v pěst střídavě s uvolněním, akra DKK převážně DF, do sedu se mírně přitahuje (trakční test), tonus přiměřen gestačnímu stáří, hlavička v mírné reklinaci a rotaci, tonus orofaciálního svalstva přiměřený.

Smyslové funkce:

Při nespokojenosti reaguje pláčem, oční kontakt naváže, nefixuje.

Krmení:

Krmen z lahve, savý, nesprávná technika sání, občasné vytékání stravy z úst.

Kontinence moči a stolice:

Bez problémů, jednorázové plenkové kalhotky.

Vzhled kůže:

Kůže růžová, prokrvená, beze změn.

Polohování:

Polohování do inhibiční polohy („děloha“), polohování na míči, využíváno polohovacích pomůcek.

Ergoterapeutický plán

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Cíle: navodit správnou techniku sání a ovlivnit vytékání stravy z úst

- Edukace rodičů o možnostech ergoterapie (podrobné vysvětlení jednotlivých hmatů OFS, využití bazální stimulace,...)
- Orofaciální stimulace
- Bazální stimulace (senzorická stimulace, klokánkování)
- Prvky Bobath konceptu (handling, facilitace/inhibice)
- Kontaktní dýchání + respirační handling
- Inhibiční polohování

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- Zapojení ostatních rodinných příslušníků do terapie
- Terapie v domácím prostředí
- Pravidelné kontroly v CVP

Terapie zaměřená na problémovou oblast dítěte

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: navodit správnou techniku sání, ovlivnit vytékání stravy z úst

Předměty, které byly v průběhu použity: savička, kojenecká lahev, polohovací pomůcky

Náplň terapie: edukace matky, kontaktní dýchání + respirační handling, inhibiční polohování („děloha“), OFS (hmaty pro uzavírání dolní čelisti, pro správné ovládání rtů, pro stimulaci sání a polykání), asistence při krmení, facilitace/inhibice, handling, klokánkování

Reakce dítěte: dítě bylo při terapii klidné, savé, na terapii reagovalo pozitivně

Zhodnocení průběhu terapie

Problémem dítěte byla nesprávná technika sání a občasné vytékání stravy z úst.

Začátek terapie byl zaměřen na edukaci matky a praktickou ukázkou jednotlivých hmatů OFS. V úvodu a závěru terapie bylo vždy prováděno kontaktní dýchání. Pomocí polohovacích pomůcek bylo dítě po celou dobu terapie zapolohované do inhibiční polohy. V průběhu byl kladen důraz na správný handling a vzájemné propojení facilitace a inhibice. Pro zlepšení orofaciálních funkcí byla terapie zaměřena na správnou velikost savičky a sacího otvoru. V průběhu krmení jsem se zaměřovala na správný úchop savičky a nadále jsem využívala hmatů OFS, čímž jsem se snažila ovlivnit hlavní problém dítěte.

Problémy při příjmu potravy u tohoto dítěte byly zlepšeny pouze v malé míře, proto byla matka edukována o důležitosti pokračování v OFS.

9.1.1 Rozhovor A

1) Byly v těhotenství přítomny nějaké zvláštnosti? Jaké?

- Narodil se nám předčasně, jinak jsem žádné zvláštnosti v těhotenství neměla. Lékaři jednoznačně neřekli, proč se narodil dříve. Bylo to ze dne na den.

2) Byly přítomny nějaké zvláštnosti v průběhu porodu? Jaké?

- Byl to spontánní porod hlavičkou, žádné zvláštnosti se nevyskytly.

3) Po jak dlouhé době bylo Vaše miminko po porodu přiloženo k prsu?

- Od porodu nebyl zatím k prsu přiložen vůbec.

4) Kojíte nebo je Vaše miminko krmeno jinou z alternativních metod?

- Zkoušeli jsme krmit stříkačkou po prstu, ale lékaři se rozhodli, že kvůli přibývání na váze přejdeme na lahev. Pije jednodušší mléko, protože to „moje“ nemohl strávit. Vypije tak 50 ml a se stříkačkou vypil pouze kolem 20 ml.

5) Má Vaše miminko pro uklidnění dudlík?

- Ano má, ze začátku byl na ventilátoru a po pár týdnech jsme mu dudlík nabídli.

6) Má nebo mělo Vaše miminko zavedenou sondičku na krmení?

- Ano, sondičku má od začátku a akorát včera (10. 12. 2012) jsme ji vyndali na delší dobu.

7) Ukazoval Vám někdo ze zdravotnických pracovníků speciální manipulaci s miminkem (handling), který také přispívá ke správné funkci orofaciální oblasti?

- Od začátku nám ukazovali jak na něj sahat, prodýchávat, nosit. Něco málo jsem se dozvěděla.

8) Provádíte u Vašeho miminka tzv. „klokánkování“?

- Poprvé jsem prováděla klokánkování až v 6 - ti týdnech, když ho odpojili od ventilátoru a mohla jsem si ho vzít do náruče a pochovat. Nyní klokánkování moc neprovádím.

9) Je Vaše miminko v inkubátoru nebo v postýlce polohováno do tzv. „dělohy“ nebo jiné polohy, která přispívá k pozitivnímu ovlivnění orofaciální oblasti?

- Ano byl a je i teď v postýlce.

10) Vysvětlil a ukázal Vám někdo jak Vaše miminko polohovat?

- Ano, ale spíše jsem vše okoukala. Jsme na to už zde dost dlouhou dobu ☺.

11) Setkala jste se někdy s pojmem orofaciální stimulace? Vysvětlili Vám, proč je pro Vaše miminko prospěšná?

- Orofaciální stimulace jsem zde slyšela mnohokrát. Říkali nám sahat kolem pusinky a něco v tom smyslu. Není se prý tomu potřeba věnovat do hloubky. Sál od začátku sám celkem dobře.

12) Dostal se Vám do rukou manuál o orofaciální stimulaci?

- To vůbec, žádný manuál jsem nedostala.

13) Vysvětlil a ukázal Vám orofaciální stimulaci některý z pracovníků?

- Nejvíce to byla rehabilitační sestřička.

14) Provádíte u Vašeho miminka orofaciální stimulaci? Pozorujete změnu? Jak často ji provádíte?

- Ano provádím, ale rozdíl nepoznávám, protože je saví, tak to neumím přesně odhadnout. Sahám kolem pusinky, hlavně když mi usíná při jídle.

15) Myslíte, že je pro Vaše miminko orofaciální stimulace užitečná? Jste s ní spokojena?

- Určitě užitečná je, jsem s ní spokojena.

9.2 Kazuistika B

Úvod, základní informace

- Pohlaví: chlapec
- Lékařská diagnóza hlavní: praematurita 26+5, porod SC, příčná poloha plodu
- Den narození: 15. 10. 2012
- Věk: 3. měsíce (15. 1. 2012), narozen předčasně přibližně o 4 měsíce

Souhrn anamnézy:

Osobní anamnéza: extrémně nezralý novorozenec po operativním porodu, kdy byl proveden SC, obtížné vybavení, příčná poloha, porod 26+5, PH 870g, PD 36cm, OH 23,8cm, AS 4-6-8, vyšetření po vybavení: novorozenecký ikterus 0, dýchání symetrické, oslabené, srdeční akce pravidelná, varlata nehmatná, končetiny bez zjevných deformit, kůže čistá, růžová, tonus přiměřen gestačnímu stáří

Rodinná anamnéza (matka): 38 let, účetní, od roku 2008 léčena pro hypertenzi, od roku 2012 hypothyreosa, silně obézní, léčena primární sterilita

Rodinná anamnéza (otec): 40 let, hypertenze, referent obchodního oddělení

Rodinná anamnéza (sourozenci): bez sourozenců

Sociální anamnéza: dobré rodinné zázemí

- infekční onemocnění 0, operace 0, úrazy 0

- těhotenství rizikové, matka přijata jako těhotná, I. grav., I. para, preventivní hospitalizace, inkompetence hrdla děložního, kontrakce neudávala, pohyby plodu cítila, plodová voda neodtekla, nekrvácela.

Vstupní vyšetření

Vyšetření bylo přizpůsobeno orofaciálním funkcím a bylo provedeno v oblasti motoriky, smyslových funkcí, krmení a polohování. Provedeno 10. 12. 2012 pomocí rozhovoru a pozorování.

Novorozenecké reflexy:

Reflexy výbavné - reflexní úchop na HKK ++, reflexní úchop na DKK ++, Morův reflex +, chůzový automatismus +, hledací a sací reflex ++.

Motorika:

Poloha na zádech odpovídá novorozeneckému věku, náznak rozvíjející se hypertonie, na břicho horní část hrudníku, tvář a HKK v kontaktu s podložkou, HKK v poloze na břicho i zádech flekční držení, akra HKK v pěst, DKK v poloze na zádech flekční držení se střídajícím se propínáním do extenze, akra DKK v DF se střídáním se do PF, prstce v abdukci, při trakčním testu částečný hypertonus šíjových svalů, celková hypertonie, hlavička v mírné reklinaci a rotaci, přetrvávající záklon, tonus orofaciálního svalstva mírně zvýšený.

Smyslové funkce:

Při nespokojenosti reaguje pláčem, oční kontakt naváže, nefixuje, zvýšená plačtivost, neklid.

Krmení:

Krmen z lahve (v začátcích také přes sondu – ex 31. 12. 2012), savý, zvýšený tonus orofaciálního svalstva, inkoordinace dýchání a sání z důvodu respirační insuficience (nepřetržitá kyslíková terapie).

Kontinence moči a stolice:

Bez problémů, jednorázové plenkové kalhotky.

Vzhled kůže:

Kůže růžová, prokrvená, beze změn.

Polohování:

Polohování na podporu dýchání, rozvíjení plic a hrudníku, podkládání hrudní oblasti, chybí inhibice, polohování na míči, využíváno polohovacích pomůcek.

Ergoterapeutický plán

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Cíle: docílit správné koordinace sání a dýchání, celkové uvolnění svalového napětí

- Edukace rodičů o možnostech ergoterapie (podrobné vysvětlení jednotlivých hmatů OFS, správný handling a polohování, využití bazální stimulace...)
- Orofaciální stimulace
- Bazální stimulace (senzorická stimulace, klokánkování)
- Polohování
- Prvky Bobath konceptu (handling, facilitace/inhibice)
- Kontaktní dýchání + respirační handling

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- Odstranění kyslíkové podpory
- Zapojení ostatních rodinných příslušníků do terapie
- Terapie v domácím prostředí
- Pravidelné kontroly v CVP

Terapie zaměřená na problémovou oblast dítěte

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: koordinace sání a dýchání, celkové uvolnění svalového tonu

Předměty, které byly v průběhu použity: savička, kojenecká lahev, polohovací pomůcky

Náplň terapie: edukace matky, kontaktní dýchání + respirační handling, OFS (snížení tlaku při provádění, hmaty pro uvolnění jazyka a dolní čelisti, pro stimulaci sání a polykání), střídavé polohování (inhibiční poloha x poloha pro podporu dýchání), asistence při krmení, facilitace/inhibice, handling, klokánkování

Reakce dítěte: dítě bylo při terapii neklidné, plačtivé

Zhodnocení průběhu terapie

Problémem dítěte bylo zvýšené svalové napětí a inkoordinace sání a dýchání.

Úvod terapie spočíval v edukaci matky a praktické ukázce jednotlivých hmatů. Pro přecitlivělost matky bylo velice důležité klást důraz na potřebu pravidelného provádění OFS. V terapii bylo využíváno kontaktního dýchání, handlingu a vhodné kombinace facilitace s inhibicí. V průběhu OFS byla volena poloha inhibiční a pro zlepšení koordinace sání s dýcháním při krmení spíše poloha pro podporu dýchání (kyslíková terapie). Vždy bylo využíváno polohovacích pomůcek. Aby docházelo k nepřetržitému uvolňování svalového tonu, byly tyto polohy během dne opakovaně střídány. Zvýšený tonus v orofaciální oblasti byl ovlivňován zejména hmaty pro uvolnění jazyka a dolní čelisti. Pro zlepšení koordinace sání s dýcháním bylo využíváno při krmení výše uvedené polohy. Během jednoho krmení docházelo také ke střídání sání a odpočinku. Myslím ale, že i správná velikost savičky a sacího otvoru může mít příznivý vliv na koordinaci mezi dýcháním a sáním.

Jelikož problémy u tohoto dítěte vyžadují dlouhodobou péči terapeuta, nedošlo k žádnému výraznému zlepšení.

9.2.1 Rozhovor B

1) Byly v těhotenství přítomny nějaké zvláštnosti? Jaké?

- Ano, měla jsem v těhotenství streptokoka, ale nevím, jak se do plodové vody dostal, jestli při provádění aminocentézy nebo jestli tam byl od začátku. Léčit mě začali až po té amniocentéze.

2) Byly přítomny nějaké zvláštnosti v průběhu porodu? Jaké?

- Ano, byl proveden císařský řez z důvodu zkráceného děložního hrdla. Také se malinký týden před porodem otočil do příčné polohy a měli jsme i nějaký infekci, proto musel rychle ven.

3) Po jak dlouhé době bylo Vaše miminko po porodu přiloženo k prsu?

- Od porodu k prsu přiložen nebyl, od začátku byl v inkubátoru krmen umělou stravou.

4) Kojíte nebo je Vaše miminko krmeno jinou z alternativních metod?

- Krmíme přes sondičku rovnou do žaludku.

5) Má Vaše miminko pro uklidnění dudlík?

- Dudlík máme, sestřičky mu ho už po měsíci v inkubátoru zkoušely nabídnout.

6) Má nebo mělo Vaše miminko zavedenou sondičku na krmení?

- Ano má, ale už i v inkubátoru byl občas krmen stříkačkou. Teď to střídáme sonda x flaška, má problém s dýcháním a proto z flašky vypije tak 30 ml, potom už to neudýchá.

7) Ukazoval Vám někdo ze zdravotnických pracovníků speciální manipulaci s miminkem (handling), který také přispívá ke správné funkci orofaciální oblasti?

- Ano, už od narození, v inkubátoru mi ukazovali jak na něj sahat.

8) Provádíte u Vašeho miminka tzv. „klokánkování“?

- Ano, provádíme ho tak měsíc.

9) Je Vaše miminko v inkubátoru nebo v postýlce polohováno do tzv. „dělohy“ nebo jiné polohy, která přispívá k pozitivnímu ovlivnění orofaciální oblasti?

- Ano, v inkubátoru i v postýlce byl a je polohován, ale spíše to byla poloha prospěšná dýchání s malým záklonem a z rehabilitačního hlediska ne moc dobrá.

10) Vysvětlil a ukázal Vám někdo jak Vaše miminko polohovat?

- Ano, polohování mi vysvětlovaly sestřičky.

11) Setkala jste se někdy s pojmem orofaciální stimulace? Vysvětlili Vám, proč je pro Vaše miminko prospěšná?

- Už od začátku mě sestřičky informovaly, kapali jsme mléko do pusinky a sahalí jsme kolem ní.

12) Dostal se Vám do rukou manuál o orofaciální stimulaci?

- Ne, nic takového jsem nedostala.

13) Vysvětlil a ukázal Vám orofaciální stimulaci některý z pracovníků?

- Ano, sestřičky i rehabilitační.

**14) Provádíte u Vašeho miminka orofaciální stimulaci? Pozorujete změnu?
Jak často ji provádíte?**

- Ano provádím a určitě mi to přijde přínosné. Provádím ji před krmením.

15) Myslíte, že je pro Vaše miminko orofaciální stimulace užitečná? Jste s ní spokojena?

- Určitě jsem spokojena s typem této stimulace.

9.3 Kazuistika C

Úvod, základní informace

- Pohlaví: chlapec
- Lékařská diagnóza hlavní: praematurita 28+0, dvojče „A“, porod SC (příčná poloha plodu „B“)
- Den narození: 29. 10. 2012
- Věk: 3 měsíce (29. 1. 2012), narozen předčasně přibližně o 3,5 měsíce

Souhrn anamnézy:

Osobní anamnéza: silně nezralý novorozenec po operativním porodu, kdy byl proveden SC, dvojče „A“, příčná poloha plodu „B“, porod 28+0, PH 1100g, PD 37cm, OH 25,5cm, AS 9-9-9, vyšetření po porodu: novorozenecký ikterus 0, křičí, růžový, dechová aktivita spontánní, dýchání symetrické, oslabené, srdeční akce pravidelná, varlata sestouplá bilat., končetiny bez zjevných deformit, kůže čistá, mázkovitá, tonus přiměřen gestačnímu stáří

Rodinná anamnéza (matka): 29 let, opakované výtoky, 2003 op. pravého ramene, inf. během těhotenství (ureaplasma urealiticum)

Rodinná anamnéza (otec): 28 let, OSVČ - IT, zdrav

Rodinná anamnéza (sourozenci): sestra, 5 let, zdráva

Sociální anamnéza: dobré rodinné zázemí

- infekční onemocnění 0, operace 0, úrazy 0

- těhotenství rizikové, matka přijata jako těhotná, II. grav., II. para., prevent. hosp. inkompetence, pohyby cítila, voda neodtekla, kontrakce 0, nekrvácela

Vstupní vyšetření

Vyšetření bylo přizpůsobeno orofaciálním funkcím a bylo provedeno v oblasti motoriky, smyslových funkcí, krmení a polohování. Provedeno 10. 12. 2012 pomocí rozhovoru a pozorování.

Novorozenecké reflexy:

Reflexy výbavné - reflexní úchop na HKK +, reflexní úchop na DKK +,

Morův reflex +, chůzový automatismus +, hledací a sací reflex +.

Motorika:

Poloha na zádech odpovídající novorozenci, na břicho tvář, HKK a horní část hrudníku v kontaktu s podložkou, HKK i DKK ve flekčním držení, akra HKK v pěst střídavě s uvolněním, akra DKK převážně DF, do sedu se přitahuje (trakční test), tonus přiměřen gestačnímu stáří, hlavička v mírné reklinaci a rotaci, tonus orofaciálního svalstva přiměřený, žádné známky rozvíjejícího se hypotonu nebo hypertonu.

Smyslové funkce:

Při nespokojenosti reaguje pláčem, oční kontakt naváže, nefixuje, častý nesociální úsměv.

Krmení:

Po narození krmen stříkačkou po prstu (AK) cca 1 týden, nyní kojen střídavě s krmením přes sondu (v noci), občasné ublinkávání.

Kontinence moči a stolice:

Bez problémů, jednorázové plenkové kalhotky.

Vzhled kůže:

Kůže růžová, prokrvená, beze změn.

Polohování:

Polohování do „dělohy“, mírně zvýšená poloha pro udržení stravy v žaludku (mírné podkládání horní poloviny těla), polohování na míči, využíváno polohovacích pomůcek.

Ergoterapeutický plán

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Cíle: zmírnění ublinkávání, pravidelné provádění OFS

- Edukace rodičů o možnostech ergoterapie (podrobné vysvětlení jednotlivých hmatů OFS, správný handling a polohování, využití bazální stimulace...)
- Orofaciální stimulace
- Bazální stimulace (senzorická stimulace, klokánkování)
- Polohování
- Prvky Bobath konceptu (handling, facilitace/inhibice)
- Kontaktní dýchání + respirační handling
- Návuk vhodných poloh při kojení

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- Odbourat ublinkávání
- Zapojení ostatních rodinných příslušníků do terapie
- Terapie v domácím prostředí
- Pravidelné kontroly v CVP

Terapie zaměřená na problémovou oblast dítěte

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: pravidelné provádění OFS, zmírnění ublinkávání

Předměty, které byly v průběhu použity: polohovací pomůcky

Náplň terapie: edukace matky, kontaktní dýchání + respirační handling, OFS (hmaty pro stimulaci sání a polykání), polohování na pravém boku, vyvýšené polohování + polohování inhibiční, výběr vhodných poloh při kojení, facilitace/inhibice, klokánkování, handling, asistence při kojení

Reakce dítěte: dítě během terapie klidné, pozitivní reakce na terapii

Zhodnocení průběhu terapie

Problémem dítěte bylo občasné ublinkávání.

Na začátku terapie byla matka edukována o vhodném polohování a důležitosti provádění OFS u dítěte se sondou. Pomocí polohovacích pomůcek bylo dítě vždy po každém kojení zapolohované do vyvýšené polohy a většinou na pravý bok. Polohování však neztrácelo inhibiční smysl. Před každým krmením byla prováděna OFS zaměřená na stimulaci sání a polykání. Při kojení byla snaha kojit dítě tak, aby zaujímalo polohu na levém předloktí matky, tedy na svém pravém boku. Levá ruka matky byla vždy podložena vhodnou polohovací pomůckou, aby i při kojení docházelo k mírně vyvýšené poloze. Na začátku každé terapie bylo prováděno kontaktní dýchání. V průběhu bylo dbáno také na správný handling a vhodnou kombinaci facilitace a inhibice.

Vhodnou kombinací různých poloh bylo u dítěte docíleno zmírnění ublinkávání.

I OFS byla vždy před příjmem potravy velmi přínosná. Dítě mělo znatelně silnější sací reflex.

pozn.: Rozhovor totožný s kazuistikou D.

9.4 Kazuistika D

Úvod, základní informace

- Pohlaví: chlapec
- Lékařská diagnóza hlavní: praematurita 28+0, dvojče „B“, porod SC (příčná poloha plodu „B“)
- Den narození: 29. 10. 2012
- Věk: 3 měsíce (29. 1. 2012), narozen předčasně přibližně o 3,5 měsíce

Souhrn anamnézy:

Osobní anamnéza: silně nezralý novorozenec po operativním porodu, kdy byl proveden SC, dvojče „B“, příčná poloha plodu „B“, porod 28+0, PH 1040g, PD 35cm, OH 25,5cm, AS 9-9-9, vyšetření po porodu: novorozenecký ikterus 0, křičí, růžový, dechová aktivita spontánní, dýchání symetrické, oslabené se slabým grunttingem (zvuky slyšitelné bez fonendoskopu), naznačen alární souhyb, srdeční akce pravidelná, varlata nehmavná, končetiny bez zjevných deformit, kůže čistá, růžová, vernix caseosa („sýrový“ charakter mazu), tonus přiměřen gestačnímu stáří

Rodinná anamnéza (matka): 29 let, opakované výtoky, 2003 op. pravého ramene, inf. během těhotenství (ureaplasma urealiticum)

Rodinná anamnéza (otec): 28 let, OSVČ - IT, zdrav

Rodinná anamnéza (sourozenci): sestra, 5 let, zdráva

Sociální anamnéza: dobré rodinné zázemí

- infekční onemocnění 0, operace 0, úrazy 0

- těhotenství rizikové, matka přijata jako těhotná, II. grav., II. para., prevent. hosp. inkompetence, pohyby cítila, voda neodtekla, kontrakce 0, nekrvácela

Vstupní vyšetření

Vyšetření bylo přizpůsobeno orofaciálními funkcím a bylo provedeno v oblasti motoriky, smyslových funkcí, krmení a polohování. Provedeno 10. 12. 2012 pomocí rozhovoru a pozorování.

Novorozenecké reflexy:

Reflexy výbavné - reflexní úchop na HKK +, reflexní úchop na DKK +,

Morův reflex +, chůzový automatismus +, hledací a sací reflex oslabený.

Motorika:

Poloha na zádech i břiše odpovídající novorozeneckému věku, HKK i DKK spíše uvolněné se střídajícím se flekčním držení, akra HKK v pěst střídavě s uvolněním, akra DKK převážně DF, oslabené šíjové svalstvo, rozvíjející se mírná hypotonie, hlavička v mírné reklinaci a rotaci, tonus orofaciálního svalstva oslabený.

Smyslové funkce:

Při nespokojenosti reaguje pláčem, oční kontakt naváže, klidný, spavý.

Krmení:

Po narození krmen stříkačkou po prstu (AK) cca 1 týden, nyní kojen, kyslíková podpora, sání slabé, celková hypotonie orofaciálního svalstva.

Kontinence moči a stolice:

Bez problémů, jednorázové plenkové kalhotky.

Vzhled kůže:

Kůže růžová, prokrvená, beze změn.

Polohování:

Polohování v inhibiční poloze („děloha“), polohování na míči, využíváno polohovacích pomůcek.

Ergoterapeutický plán

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Cíle: pravidelná stimulace orofaciálního svalstva

- Edukace rodičů o možnostech ergoterapie (podrobné vysvětlení jednotlivých hmatů OFS, správný handling a polohování, využití bazální stimulace...)
- Orofaciální stimulace
- Bazální stimulace (senzorická stimulace, klokánkování)
- Polohování
- Prvky Bobath konceptu (handling, facilitace/inhibice)
- Kontaktní dýchání + respirační handling

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- Zapojení ostatních rodinných příslušníků do terapie
- Terapie v domácím prostředí

- Pravidelné kontroly v CVP

Terapie zaměřená na problémovou oblast dítěte

Typ terapie: individuální

Cíl terapie: pravidelná stimulace orofaciálního svalstva

Předměty, které byly v průběhu použity: polohovací pomůcky

Náplň terapie: edukace matky, inhibiční polohování, OFS (zvýšení tlaku při provádění, hmaty pro zvýšení svalového tonu, pro stimulaci sání a polykání), kontaktní dýchání + respirační handling, klokánkování, handling, facilitace/inhibice, asistence při kojení

Reakce dítěte: dítě bylo během terapie spavé, mělo snížené reakce

Zhodnocení průběhu terapie

Problémem dítěte bylo snížené svalové napětí.

Při edukaci byla matce zdůrazněna hlavně pravidelnost provádění OFS a důležitost zvýšeného tlaku jednotlivých hmatů. Po celou dobu terapie bylo dbáno na správnou polohu při kojení, handling a správný úchop prsu dítětem. Zaměřeno bylo také na inhibiční polohování a kontaktní dýchání ve všech polohách. Se vším výše uvedeným byla seznámena matka praktickou instruktáží.

OFS byla prováděna pravidelně před každým kojením a vždy bylo vidět alespoň mírné zlepšení v úchopu prsu dítětem, což vedlo také k lepšímu sacímu reflexu.

9.4.1 Rozhovor C

1) Byly v těhotenství přítomny nějaké zvláštnosti? Jaké?

- Ano, v těhotenství jsem prodělala infekci (ureaplasmu) a zkracovalo se mi děložní hrdlo.

2) Byly přítomny nějaké zvláštnosti v průběhu porodu? Jaké?

- Ano, měla jsem císařský řez, plod „B“ měl šikmou polohu a plod „A“ měl zelenou plodovou vodu a krátký pupečník.

3) Po jak dlouhé době bylo Vaše miminko po porodu přiloženo k prsu?

- Kluci byli přiloženi k prsu 1,5 měsíce po porodu.

4) Kojíte nebo je Vaše miminko krmeno jinou z alternativních metod?

- Začínali jsme stříkačkou po prstu, ale klukům se to nelíbilo, nechtěli tak pít a tak teď krmíme sondou a snažíme se kojit.

5) V jaké poloze kojíte? Jak dlouho kojení trvá?

- Poprvé jsem zkoušela kojit oba najednou, hlavičky tedy mají u sebe a kolem trupu, po bocích mám tělíčka. Pokud kojím každého zvlášť, tak kojím klasicky v náruči a tělíčko spočívá na klíně. Kojím cca 20 minut.

6) Kolikrát je děťátko během dne kojeno?

- V průměru 3x denně.

7) Má Vaše miminko pro uklidnění dudlík?

- Ano dudlík máme, ale moc ho nepoužíváme. Pouze když nestíhám kojit ☺ (jeden má dudlík a druhého kojím), ale snažím se ho nedávat. Vždy se tím sáním dudlíku vyčerpají.

8) Má nebo mělo Vaše miminko zavedenou sondičku na krmení?

- Ano, mají ji zavedenou oba dva.

7) Ukazoval Vám někdo ze zdravotnických pracovníků speciální manipulaci s miminkem (handling), který také přispívá ke správné funkci orofaciální oblasti?

- Ano sestřičky, když jsme přišli na JIP, kde už jsem s nimi mohla manipulovat.

8) Provádíte u Vašeho miminka tzv. „klokánkování“?

- Ano, s dítětem „B“ jsem mohla klokánkování provádět po 3 týdnech po porodu a s dítětem „A“ až po 5 týdnech.

9) Je Vaše miminko v inkubátoru nebo v postýlce polohováno do tzv. „dělohy“ nebo jiné polohy, která přispívá k pozitivnímu ovlivnění orofaciální oblasti?

- Ano byli oba dva v postýlce i v inkubátoru.

10) Vysvětlil a ukázal Vám někdo jak Vaše miminko polohovat?

- Nevysvětloval, většinu jsem okoukala. Přejde mi, že zde na oddělení patologických novorozenců už moc informací nedostáváme, asi si myslí, že se o ně umíme postarat.

11) Setkala jste se někdy s pojmem orofaciální stimulace? Vysvětlili Vám, proč je pro Vaše miminko prospěšná?

- Ano, při 1. alternativním krmení, mi ukazovaly sestřičky, jak bych měla pusinku stimulovat.

12) Dostal se Vám do rukou manuál o orofaciální stimulaci?

- Ne, nedostal.

13) Vysvětlil a ukázal Vám orofaciální stimulaci některý z pracovníků?

- Ano, sestřičky i rehabilitační.

14) Provádíte u Vašeho miminka orofaciální stimulaci? Pozorujete změnu? Jak často ji provádíte?

- Ano provádím. Nevím, jestli je to teda orofaciální stimulace ☺, ale od začátku se vylepšují. Teď už nemají problém se přisát. Nemám moc času to provádět, ale je pravda, že když kolem úst sahám, začnou pomlaskávat.

15) Myslíte, že je pro Vaše miminko orofaciální stimulace užitečná? Jste s ní spokojena?

- Určitě to užitečné je, ještě když vidím ten efekt, že mi na to děti reagují.

10 VÝSLEDKY

Tabulka 2 – Zhodnocení

	Problémová oblast	Terapie	Zhodnocení
DÍTĚ "A"	nesprávná technika sání, občasné vytékání stravy z úst	edukace matky, kontaktní dýchání + respirační handling, inhibiční polohování, OFS (hmaty pro uzavírání dolní čelisti, pro správné ovládnutí rtů, pro stimulaci sání a polykání), asistence při krmení, facilitace/inhibice, klokáňování, handling	Problémy při příjmu potravy u tohoto dítěte byly zlepšeny pouze v malé míře, proto byla matka edukována o důležitosti pokračování v OFS.
DÍTĚ "B"	zvýšené svalové napětí, inkoordinace sání s dýcháním	edukace matky, kontaktní dýchání + respirační handling, OFS (snížení tlaku při provádění, hmaty pro uvolnění jazyka a dolní čelisti, pro stimulaci sání a polykání), střídavé polohování (inhibiční poloha x poloha pro podporu dýchání), asistence při krmení, klokáňování, facilitace/inhibice, handling	Jelikož problémy u tohoto dítěte vyžadují dlouhodobou péči terapeuta, nedošlo k žádnému výraznému zlepšení.
DÍTĚ "C"	občasné ublinkávání, nasogastrická sonda	edukace matky, kontaktní dýchání + respirační handling, OFS (hmaty pro stimulaci sání a polykání), polohování na pravém boku, vyvýšené polohování, inhibiční polohování, výběr vhodných poloh při kojení, klokáňování, facilitace/inhibice, asistence při kojení, handling	Vhodnou kombinací různých poloh bylo u dítěte docíleno zmírnění ublinkávání. I OFS byla vždy před příjmem potravy velmi přínosná. Dítě mělo zřetelně silnější sací reflex.
DÍTĚ "D"	snížené svalové napětí	edukace matky, inhibiční polohování, OFS (zvýšení tlaku při provádění, hmaty pro zvýšení svalového tonu, pro stimulaci sání a polykání), kontaktní dýchání + respirační handling, klokáňování, handling, asistence při kojení, facilitace/inhibice	OFS byla prováděna pravidelně před každým kojením a vždy bylo vidět alespoň mírné zlepšení v úchopu prsu dítětem, což vedlo k lepšímu sacímu reflexu.

Zdroj: vlastní

11 DISKUZE

Na základě rozhovorů a kazuistického šetření jsem zjistila, že všechny matky, měly možnost seznámit se s polohováním a manipulací svého dítěte. Neměly však dostatek informací o technice orofaciální stimulace a postrádaly jednotlivé kroky postupu. Na základě tohoto zjištění jsem ve spolupráci se zaměstnanci neonatologického oddělení FN Lochotín vypracovala manuál, který má za úkol matky s OFS seznámit. Poskytnout jim hlavní zásady a fotodokumentaci jednotlivých hmatů, které jsou přizpůsobeny pro předčasně narozené děti. Vytvoření manuálu předcházelo také studium literatury od různých autorů, jako je například prof. Morales nebo Mgr. Vítová.

Každá terapie uvedená v kazuistice, byla vždy zaměřená na danou problémovou oblast dítěte.

U dítěte „A“ byla terapie zaměřená na občasné vytékání stravy z úst a nesprávnou techniku sání.

U dítěte „B“ bylo během terapie zaměřeno na zvýšené svalové napětí a inkoordinaci sání s dýcháním.

U dítěte „C“ bylo hlavním problémem občasné ublinkávání a nasogastrická sonda.

U dítěte „D“ bylo během terapie zaměřeno na celkově snížené svalové napětí.

Každé z dětí mělo po narození zavedenou sondu. Po porodu neměly možnost okamžitého přiložení k prsu matky a následné krmení spočívalo většinou v alternativních metodách. Proto bylo vhodné orofaciální stimulaci provádět co nejčastěji.

Z rozhovorů jsem se dozvěděla, že matky byly s tímto typem stimulace velice spokojené. Orofaciální stimulaci se snažily provádět vždy před každým krmením.

Po dobu mé spolupráce, jsem zaznamenala změnu u všech dětí. Při pravidelném provádění orofaciální stimulace alespoň před každým krmením jsem pozorovala malé či velké pokroky v sání, polykání a souhře orofaciálních funkcí.

Tímto se domnívám, že i ergoterapeut má v neonatologii své uplatnění a je důležitou součástí multidisciplinárního týmu. Ergoterapeut může právě u nezralých a patologických novorozenců využít konceptu bazální a orofaciální stimulace nebo polohování dle Bobatha. Důležitost přítomnosti ergoterapeuta na neonatologickém oddělení spočívá také v poradenství, které zahrnuje edukaci a instruktáž matek v dané problémové oblasti a výběr vhodných polohovacích pomůcek.

Dále bych se v diskuzi chtěla věnovat stanoveným hypotézám, jejich potvrzení či vyvrácení.

Moje první hypotéza zní:

- předpokládám, že pokud se bude u nedonošených dětí před příjmem potravy provádět OFS, dojde ke zlepšení sacího reflexu a sání

Během mé spolupráce s nedonošenci jsem měla možnost být několikrát přítomna orofaciální stimulaci před krmením. Ať už jsem ji prováděla samostatně, s dohledem fyzioterapeuta nebo ji prováděla sama matka, vždy jsem u dítěte pozorovala intenzivnější sání, plynulé polykání a pevný retný uzávěr. Správným výběrem savičky a velikostí otvoru také méně časté vytékání stravy z úst dítěte.

Dle mého pozorování dětí při krmení se mi tato hypotéza potvrdila.

Moje druhá hypotéza zní:

- předpokládám, že pokud se bude nedonošené dítě od narození pravidelně polohovat, bude to mít pozitivní vliv na jeho příjem potravy a orofaciální funkce

Jelikož všechny vybrané děti byli od narození pravidelně polohované do „dělohy“ a během mé spolupráce jsem pozorovala pouze zlepšování v oblasti příjmu potravy a plynulé přecházení z krmení sondou na krmení z lahve nebo kojení, byl mi tento předpoklad potvrzen. Částečně to potvrzuje i odborná literatura (Friedlová, 2012), která uvádí, že jedním z předpokladů psychomotorického vývoje dítěte je kožní stimulace a poloha „dělohy“ vytváří dítěti intrauterinní prostředí a tím imituje tlak děložní stěny na kůži dítěte.

Moje třetí hypotéza zní:

- pokud se OFS provádí v inhibiční poloze, dítě na stimulaci reaguje lépe než v jakékoliv jiné poloze.

Protože byla orofaciální stimulace prováděná pravidelně v poloze, která imituje dělohu nebo v jiné inhibiční poloze např.: na klíně matky, nezjistila jsem reakci dítěte na stimulaci bez jakýchkoliv podpor. Z mé praxe se tedy tato hypotéza nepotvrdila, ale ani nevyvrátila.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce bylo, využití orofaciální stimulace na zlepšení příjmu potravy u nedonošených dětí. Hlavním cíle bylo seznámit matky předčasně narozených dětí s technikou orofaciální stimulace, její důležitostí a praktickým provedením. Dále zlepšit u nedonošených dětí sání, polykání, příjem potravy a navodit souhru orofaciálních funkcí. Vytvořila jsem proto manuál pro matky ve FN Lochotín ve spolupráci s Centrem vývojové péče, který obsahuje ve fotografiích polohy, vhodné pro stimulaci a hmaty, kterými lze navodit správný sací a polykací reflex. Matkám tak poslouží jako pomocný materiál k provádění stimulace jak po dobu hospitalizace, tak i v domácím prostředí. Spolupracovala jsem se třemi matkami, kterým jsem na základě práce poskytla manuál OFS a byla jsem součástí multidisciplinárního týmu. U každého dítěte jsem vždy před krmením aplikovala vybrané hmaty orofaciální stimulace, kterými jsem se snažila ovlivnit danou problémovou oblast dítěte. Na konci terapie jsem upozorovala zlepšení v souhře orofaciálních funkcí u všech dětí. Během ergoterapeutických intervencí jsem využila technik Bobathova konceptu a Bazální stimulace. Zaměřovala jsem se na inhibiční polohovací prvky a na rozvoj dechových funkcí dítěte.

V teoretické části jsem se zabývala úvodem do neonatologie, prenatálním vývojem, klasifikací novorozenců, popisovala jsem rozdíl mezi hypotrofickým a nedonošeným dítětem, rozdíl mezi chronologickým a korigovaným věkem. V dalších kapitolách je popsáno využití prvků Bobath konceptu a Bazální stimulace, která je rozdělena na stimulaci v prenatálním a postnatálním období. Poslední kapitolou je stimulace orofaciální oblasti, kde jsou, mimo jiné popisovány způsoby příjmu potravy a polohy při kojení.

Budu ráda, pokud tato bakalářská práce bude sloužit jako studijní materiál nejen budoucím zdravotníkům, lékařům nebo terapeutům ale i laické veřejnosti.

LITERATURA

- BOREK, Ivo a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Vyd. 2., dopl. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 327 s. ISBN 80-7013-338-4.
- CASTILLO-MORALES, Rodolfo. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 183 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-105-0.
- ČERVENKOVÁ, Dana. 2006. Seznámení s Bobath konceptem [online] In. *Sestra*. [cit. 2013-03-14]. Poslední revize 2013. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/seznameni-s-bobath-konceptem-281828>>
- DOKOUPILOVÁ, Milena et al. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 315 s. ISBN 978-80-7367-552-3.
- DORT, Jiří. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. 1. vyd. V Plzni: Západočeská univerzita, 2011. 237 s. ISBN 978-80-7043-944-9.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. 2012. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v neonatologii [online] In. *Sestra*. [cit. 2013-03-14]. Poslední revize 2013. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/uplatneni-konceptu-bazalni-stimulace-v-neonatologii-463868>>
- GANGALE, Debra C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 229 s. ISBN 80-247-0534-6.
- HORANSKÝ, Viktor. *Pediatrica prvního kontaktu*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1989. 496 s. ISBN 80-217-0065-3
- HROMÁDKOVÁ, Jana et al. *Fyzioterapie*. Vyd. 1. Jinočany: H & H, 1999. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
- KIEDROŇOVÁ, Eva. *Něžná náruč rodičů: moderní poznatky o významu správné manipulace s novorozencem a malým dítětem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 299 s. Baby club Kenny; 1. ISBN 80-247-1210-5.
- KITTEL, Anita a DOSEDLOVÁ, Jitka. *Myofunkční terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 111 s., obr. ISBN 80-716-9619-6.
- KLÍMA, Jiří a kol. *Pediatric: [učebnice pro zdravotnické školy]*. Vyd. 1. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320 s. Učebnice pro SZŠ a VZŠ. ISBN 80-86432-38-6.

- KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, ©2009. xxxi, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOMÁREK, Vladimír et al. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. 2. vyd. Praha: Galén, ©2008. 195 s. ISBN 978-80-7262-492-8.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- LEBL, Jan, PROVAZNÍK, Kamil a HEJCMANOVÁ, Ludmila. *Preklinická pediatrie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Karolinum, c2007, xvi, 248 s. ISBN 978-80-7262-438-6.
- OBČANSKÉ SDRUŽENÍ LAKTAČNÍ LIGA. Horká linka kojení. In. *Mamita*. 2002, č. 3, s. 31, Registrační číslo: MK ČR E 13162
- PEYCHL, Ivan. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 164 s. ISBN 80-7262-283-8.
- SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1613-8.
- ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2004. 247 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze; 4. ISBN 80-246-0877-4.
- VATER, Wolfgang a BOUDZIO, Margarete. *Od prvního hlasu k prvním slovům*. Praha: Tech-Market, 1996, 103 s. ISBN 80-902-1340-5.
- VOLF, Vladimír a VOLFOVÁ, Hana. *Pediatrie pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Informatorium, 2000. 247 s. ISBN 80-86073-62-9.
- WEIGERT, Vivian. *Všechno o kojení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 159 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7367-071-2.

SEZNAM ZKRATEK

CNS – centrální nervový systém

OFS – orofaciální stimulace

PH – porodní hmotnost

PD – porodní délka

OH – obvod hlavy

AS – Apgar skóre

HKK – horní končetiny

DKK – dolní končetiny

CVP – Centrum vývojové péče

DF – dorzální flexe

PF – plantární flexe

AK – alternativní krmení

SC – sectio caesarea (císařský řez)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Rozdíly ve funkcích některých orgánů mezi nedonošenými a zralými hypotrofickými novorozenci	13
Tabulka 2 - Zhodnocení	48

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 – Orofaciální stimulace pro nedonošené děti (hypertonus, celková stimulace orofaciálních funkcí)
- Příloha 2 – Orofaciální stimulace pro nedonošené děti (hypotonus, celková stimulace orofaciálních funkcí)
- Příloha 3 – Hmaty pro uzavírání dolní čelisti
- Příloha 4 – Hmaty pro správné ovládnání rtů
- Příloha 5 – Hmaty pro kontrolu slinění
- Příloha 6 – Hmaty pro stimulaci sání a polykání
- Příloha 7 – Manipulace s nedonošeným dítětem (handling)
- Příloha 8 – Polohování v inkubátoru
- Příloha 9 – Poloha „na srdíčku“
- Příloha 10 – Polohování v postýlce
- Příloha 11 – Polohování na míči
- Příloha 12 – Polohy pro provádění OFS
- Příloha 13 – Klokánkování
- Příloha 14 – Kontaktní dýchání + respirační handling
- Příloha 15 – Polohovací pomůcky
- Příloha 16 – Kojení - dítě „C“
- Příloha 17 – Krmení z lahve – dítě „B“
- Příloha 18 – Dítě „B“ (se sondou, bez sondy)
- Příloha 19 – Krmení z lahve (stimulace sání a retního uzávěru) – dítě „A“
- Příloha 20 – AK krmení přes sondu
- Příloha 21 – Dítě v děloze
- Příloha 22 – Informační manuál

PŘÍLOHY

Příloha 1 - OFS pro nedonošené děti (hypertonus, celková stimulace OF funkcí)



Prsty obtahujeme linii čela a tváří směrem ke rtům, dále od kořene nosu ke rtům a od brady ke rtům.



Krouživými pohyby stimuluje tváře (od uší k ústům).



Hladíme dítě kolem úst prstem.



Ťukáme kolem úst ukazovákem.



Kolem úst děláme malé krouživé pohyby.



Ukazováčkem jemně masírujeme spodinu ústní a potom dvěma prsty lehce pod bradou vibrujeme (pro uvolnění jazyka).



Třeme prstem vnější stranu rtů.



Stranou ukazováčku hladíme dítě směrem od brady na krk a zpět.

Zdroj: vlastní

Poznámka: U dětí s hypertonií se vyvarujeme silnému tlaku.

Příloha 2 – OFS pro nedonošené děti (hypotonus, celková stimulace OF funkcí)



Hřbety rukou
poklepáváme na
tváře dítěte.



Prstem
stimulujeme rty
„brnkáním“.

Poznámka: U dětí s hypotonií používáme také hmaty z přílohy 1, ale se zvýšeným tlakem.

Zdroj: vlastní

Příloha 3 – Hmaty pro uzavírání dolní čelisti



Držíme bradu mezi prsty, čelist tlačíme pevně dolů. Po uvolnění se čelist uzavírá. Tento hmat lze využít i pro uvolnění jazyka a dolní čelisti.



Pevně poklepáváme na tváře před ušními boltci. Čelist se uzavírá.

Zdroj: vlastní

Příloha 4 – Hmaty pro správné ovládnání rtů



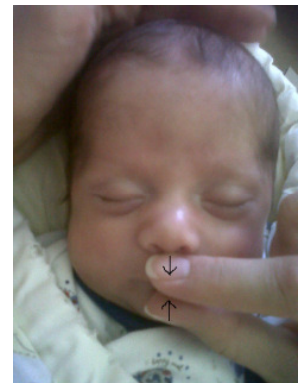
Zatlačíme několikrát směrem dolů na místo mezi nosem a horním rtem a potom několikrát směrem nahoru na místo pod spodním rtem.



Krátce zmáčkne dolní ret.



Přejíždíme prsty dolů podél nosu ke koutkům.



Stlačíme horní a dolní ret proti sobě.

Zdroj: vlastní

Příloha 5 – Hmaty pro kontrolu slinění



Pro zvýšené slinění z důvodu otevřených úst zatlačíme ukazováčkem pevně na místo mezi horním rtem a nosem.



Kolem úst děláme malé krouživé pohyby.



Stranou ukazováčku hladíme dítě směrem od brady na krk a zpět.

Zdroj: vlastní

Příloha 6 – Hmaty pro stimulaci sání a polykání



Pro navození polykání a správný pohyb jazyka při sání, vytváříme pod bradou přerušovaný tlak.



Pro navození sacího reflexu, převedeme malíkem přes horní patro směrem odzadu dopředu.



Stranou ukazováčku hladíme dítě směrem od brady na krk a zpět.



Mírnou vibrací stimulujeme obě tváře k našpulení rtů a tím správnému uchopení savičky.



Pro stimulaci polykání stiskneme ukazováčkem místo mezi nosem a horním rtem a hřbetem nebo ukazováčkem druhé ruky) zvedneme dolní čelist.

Zdroj: vlastní

Příloha 7 – Manipulace s nedonošeným dítětem (handling)



Zvedání nabalením



Zvedání oběma HKK současně



Tygřík



Zajíček



Klokánek



Boční klubíčko

Zdroj: vlastní

Příloha 8 – Polohování v inkubátoru



Zdroj: vlastní

Příloha 9 – Poloha „na srdíčku“



Zdroj: vlastní

Příloha 10 – Polohování v postýlce



Zdroj: vlastní

Příloha 11 – Polohování na míči



Zdroj: vlastní

Příloha 12 – Polohy pro provádění OFS



Zdroj: vlastní

Příloha 13 – Klokánkování



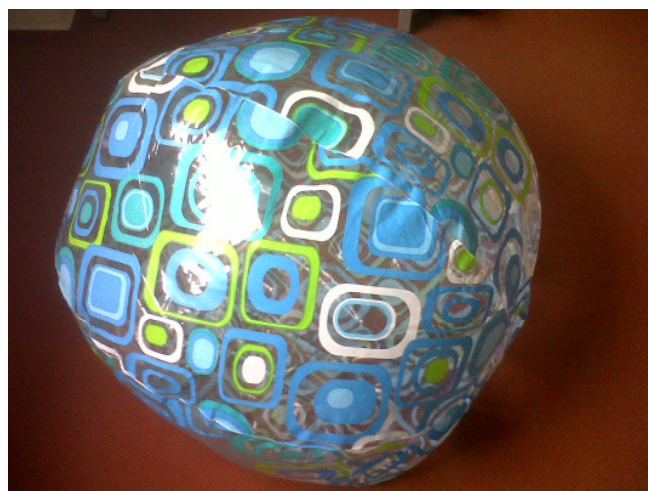
Zdroj: http://beda156.rajce.idnes.cz/33_26.8.2010_Anetka-prvni_klokankovani/#DSCF1481.JPG

Příloha 14 – Kontaktní dýchání + respirační handling



Zdroj: vlastní

Příloha 15 – Polohovací pomůcky





Zdroj: vlastní

Příloha 16 – Kojení – dítě „C“



Zdroj: vlastní

Příloha 17 – Krmení z lahve – dítě „B“



Zdroj: vlastní

Příloha 18 – Dítě „B“ (se sondou, bez sondy)



Zdroj: vlastní

Příloha 19 - Krmení z lahve (stimulace sání a retního uzávěru) – dítě „A“



Zdroj: vlastní

Příloha 20 - AK krmení přes sondu



Zdroj: vlastní

Příloha 21 – Dítě v děloze



Zdroj: http://www.lidovky.cz/rakovina-se-muze-prenaset-po-preslici-d8y-/ln_veda.asp?c=A091019_173653_ln_veda_mal

Orofaciální stimulace

(návrh informačního manuálu pro rodiče)



Vypracovala:

Zuzana Feketeová, ergoterapie, ZČU v Plzni

Spolupráce:

Mudr. Eva Dortová

Jana Knězová, fyzioterapeut

Milá maminko,

dostává se Vám do rukou informační manuál, který má za úkol seznámit Vás s technikou orofaciální stimulace. Orofaciální stimulace je rehabilitační metoda zaměřená na svalové skupiny v oblasti úst. Provádíme ji u předčasně narozených dětí, dětí s vrozenými vývojovými vadami (např.: rozštěp patra a rtu), dětí s Downovým syndromem apod.

Nedonošené dítě přišlo na svět dříve, proto má problémy s přijímáním potravy a většinou je krmeno sondou. V děloze by si samo připravovalo pusinku k tomu, aby po narození mohlo začít sát. Je důležité, abychom orofaciální stimulaci prováděli co nejčastěji a podporovali tak jeho sání a polykání.

Orofaciální stimulace napomáhá děťátku, aby začalo samo jíst, kousat a posléze dobře mluvit.

HLAVNÍ ZÁSADY

- 1) Orofaciální stimulaci provádějte na doporučení ošetřujícího personálu, fyzioterapeuta nebo logopeda.
- 2) Před stimulací se snažte vytvořit klidné prostředí.
- 3) V místnosti, kde provádíme OS, musí být vždy taková teplota, aby se děťátko cítilo příjemně.
- 4) Před prováděním OS si pečlivě umyjte ruce, pokud se vyskytne problém (např.: ekzém) použijte rukavice.
- 5) OS provádíme v poloze, kdy děťátko:
 - leží v postýlce v inhibiční poloze (poloha, která připomíná dělohu), hlavička spočívá ve Vaší dlani, nožky jsou pokrčené a ručky uvolněné tak, aby nám nepřekážely v provádění OS.
 - leží na Vašich stehnech, v inhibiční poloze (poloha, která připomíná dělohu), hlavička spočívá ve Vaší dlani, nožičky se opírají o Vaše břicho, ručky uvolněné tak, aby nám nepřekážely v provádění OS. Vy sedíte na židli nebo v křesle, dolní končetiny máte podloženy např.: menší židličkou.
- 6) Před prováděním stimulace je důležité nejdříve se děťátka dotknout, aby mělo možnost seznámit se s Vaší rukou a zvyklo si na dotek. Zabráníte tak úlekové reakci.
- 7) Odpovědí na správně vedenou stimulaci je polknutí, otevření úst, zívnutí nebo kýchnutí
- 8) Stimulaci provádějte nejlépe před krmením. Četnost opakování jednotlivých hmatů konzultujte se zdravotnickým personálem.
- 9) Jestliže pozorujete u děťátka neklid nebo pláč, na krátkou dobu stimulaci přerušete. Děťátko pochovejte, snažte se ho uklidnit a pokračujte ve stimulaci.

Efektivitou cvičení dosáhneme nejen správnou souhru orofaciálního svalstva, ale také navodíme správné polykání, sání, zpřesňování pohybů orofaciální oblasti při příjmu potravy, později správnou artikulaci a mluvení, celkové uvolnění děťátka. Stimulace úzce souvisí s motorickým, sensorickým ale i psychickým vývojem Vašeho děťátka. Věřte, že Vaše duševní rovnováha, trpělivost a snaha Vám přinesou radost z dosažených výsledků.

Polohy pro provádění orofaciální stimulace



Poloha na Vašem klíně



Poloha v postýlce

Jednotlivé kroky orofaciální stimulace



1. Hladíte děťátko prstem kolem úst.



2. Stimulujte obě tváře děťátka k našpulení rtů a tím správnému uchopení savičky.



3. Jemnou vibrací stimulujte pravou tvář.



4. Jemnou vibrací stimulujte levou tvář.



5. Stažením a krátkým přidržením bradičky směrem dolů, uvolníte ústa a jazyk děťátka.



6. Malíkem přejeďte děťátku přes horní patro směrem odzadu dopředu, navodíte tak sací reflex.



7. Přerušovaným tlakem pod bradičkou navodíte u děťátka polykání a správný pohyb jazyka při sání.

