

Motorický vývoj u předčasně narozených kojenců

Helena Kuřová

Bakalářská práce
2019-2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Helena Kuřová**
Osobní číslo: **H17192**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Motorický vývoj u předčasně narozených kojenců**

Zásady pro vypracování

Řešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti motorického vývoje, předčasného porodu a nezralého novorozence.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu formou polostandardizovaného rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

HELLBRÜGGE, Theodor. Prvních 365 dní v životě dítěte: psychomotorický vývoj kojence. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4734-576.

KIEDROŇOVÁ, Eva. Rozvíjej se, děťátko: moderní poznatky o významu správné stimulace kojence v souladu s jeho psychomotorickou vyspělostí. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4737-447.

RICHARD, Polin a Abman STEVEN. Fetal and Neonatal Physiology. Philadelphia: Saunders, 2011. ISBN 9781437736366.

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-802-4757-537.

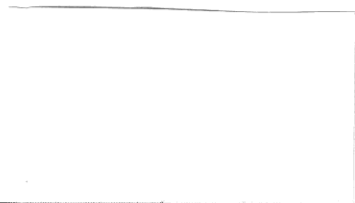
STRAŇÁK, Zbyněk a Jan JANOTA. Neonatologie. Praha: Mladá fronta, 2015. ISBN 978-802-0438-614.

SWIM, Terri. Infants and toddlers: caregiving and responsive curriculum development. Boston, MA: Cengage Learning, 2017. ISBN 978-130-5501-010.

VOJTA, Václav a Annegret PETERS. Vojtův princip: svalové souhry v reflexní lokomoci a motorické ontogenezi. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4727-103.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Žárská**

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

L.S.



PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně
15.5.2020

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stano ví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na motorický vývoj u předčasně narozených kojenců. Dělí se na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou popsány následující kapitoly: předčasný porod, nedonošený novorozenec, motorický vývoj v 1. roce života a rehabilitace. Praktická část obsahuje čtyři polostandardizované rozhovory s participantkami, které předčasně porodil, a jejich kojeneček je mladší 12 měsíců. Cílem práce je zjistit způsob a rozsah péče o motorický vývoj u předčasně narozených kojenců.

Klíčová slova: předčasný porod, nedonošený novorozenec, adaptace, motorický vývoj, korigovaný věk, rehabilitace, Vojtova metoda, Bobath koncept.

ABSTRACT

This bachelor thesis is focused on motor development in premature infants. It is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes the following chapters: premature birth, premature newborn, motor development in the 1st year of life and rehabilitation. The practical part contains four semi-standardized interview with participants who gave birth prematurely and their infant is less than 12 months old. The aim of the work is to find out the way and extent of care for motor development in premature infants.

Keywords: premature birth, premature newborn, adaptation, motor development, correct-age, rehabilitation, Vojta's method, Bobath koncept.

Těmito řádky bych chtěla poděkovat paní Mgr. Kateřině Žárské za vedení této bakalářské práce, za její cenné rady a trpělivost.

Děkuji také maminkám, které byly ochotné se podělit o své zkušenosti v rámci rozhovorů a své rodině i přítelovi za podporu během studia.

„Cíl bez plánu je pouze přání.“

Antoine de Saint-Exupéry

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci na téma Motorický vývoj u předčasně narozených kojenců vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne 15. 5. 2020

Podpis

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 PŘEDČASNÝ POROD	10
1.1 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	10
1.2 PŘÍČINY.....	11
1.3 DIAGNOSTIKA	11
1.4 LÉČBA	12
1.5 VEDENÍ PŘEDČASNÉHO PORODU	14
1.6 PSYCHIKA ŽEN PO PŘEDČASNÉM PORODU	15
2 NEDONOŠENÝ NOVORENEC	17
2.1 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ.....	17
2.2 ZNAKY NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE	17
2.3 POPORODNÍ ADAPTACE U NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE	18
2.4 PROPUŠTĚNÍ Z PORODNICE	19
2.5 DISPENZARIZACE NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE	19
2.6 OČKOVÁNÍ NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE	20
3 MOTORICKÝ VÝVOJ V 1. ROCE ŽIVOTA	21
3.1 KORIGOVANÝ VĚK.....	21
3.2 VÝVOJOVÁ STÁDIA DLE TRIMENONŮ.....	21
3.2.1 První trimenon (novorozenec až konec 3. měsíce)	22
3.2.2 Druhý trimenon (4. měsíc až konec 6. měsíce).....	23
3.2.3 Třetí trimenon (7. měsíc až konec 9. měsíce)	23
3.2.4 Čtvrtý trimenon (10. měsíc až konec 12. měsíce).....	24
3.3 ODCHYLKY MOTORICKÉHO VÝVOJE	24
3.4 NÁVŠTĚVA NEUROLOGA.....	25
4 REHABILITACE	26
4.1 VOJTOVA METODA	26
4.1.1 Terapie podle Vojty u novorozenců	26
4.1.2 Princí terapie	27
4.2 BOBATH KONCEPT	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	29
5 ÚVOD DO PROBLEMATIKY	30

5.1	CÍLE PRÁCE	30
5.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU.....	30
5.3	METODA SBĚRU DAT	31
5.4	ORGANIZACE PRŮZKUMU	31
5.5	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	31
5.6	VÝSLEDKY	32
6	DISKUZE	40
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	43
	ZÁVĚR	44
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	46
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	51
	SEZNAM PŘÍLOH.....	52

ÚVOD

Motorický vývoj provází člověka od chvíle, kdy přijde na svět. Je obdařen čistými, nepopsanými pilíři, které tvoří základy správného vývoje. Od útlého dětství je zvykem matek dbát na zdravý motorický vývoj a vytváření podmínek k tomu možných. Dnešní doba je v některých směrech velmi uspěchaná a hektická. V některých případech může být i samotný porod uspěchaný či hektický. Mluvíme o předčasném porodu, který přichází buď nečekaně, či plíživě. Má vliv jak na matku, tak na kojencez hlediska psychické fyzické stránky. Nedonošený novorozenec, později kojeneec, představuje bytost velice zranitelnou a křehkou.

Během praxe v době studia jsem navštěvovala Krajskou nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, která má v rámci gynekologicko-porodního oddělení i perinatologické centrum, kde je hlavním posláním poskytnout péči předčasně narozeným dětem a zpříjemnit jim už tak náročný příchod mezi nás. Zde jsem byla svědkem, že předčasně narození kojenci jsou po stránce motorické kontrolovány ještě před odchodem domů, ale vždy mi běželo hlavou, jak tato péče pokračuje, když kojeneec opustí prostory nemocnice.

Proto je hlavním cílem této bakalářské práce zjistit způsob péče o motorický vývoj a jeho kvalitu u předčasně narozených kojenců. Cíl byl dosažen využitím několika dílčích cílů. Výsledky byly zjišťovány formou kvalitativní metody výzkumu a je o nich diskutováno v závěru praktické části.

Vzhledem ke sloučení dvou poměrně obsáhlých témat je nutné vzít na vědomí poměrně rozsáhlou teoretickou část. Zde bude představena problematika předčasného porodu, dále kapitola zabývající se nedonošeným novorozencem, motorickým vývojem v prvním roce života dítěte a v poslední řadě bude popsána rehabilitace. Teoretická část je tvořena literárními a internetovými zdroji.

Tato práce utváří pouhý nástin o problematice motorického vývoje u předčasně narozených kojenců.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PŘEDČASNÝ POROD

„Předčasný porod je definován jako patologický stav, jehož příčiny jsou anatomické, biochemické a endokrinologické a ústí v syndrom předčasného porodu. Ten má tři komponenty: aktivace plodových obalů, zrání děložního hrdla a děložní kontrakce.“ (Hájek, 2004, str 263)

Další literatura uvádí, že Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje předčasný porod jako ukončení gravidity dříve, než je dosažen 37. týden gestace. Jinými slovy – méně než 259 dní od prvního dne poslední menstruace. Dokončený 37. týden tvoří horní hranici předčasného porodu, tu dolní stanovujeme obtížněji, neboť používaná hranice viability (životaschopnost plodu) se mění vzhledem k nestejné neonatální péči o novorozence v jiných zemích. Česká neonatologická společnost určila za dolní hranici ukončený 22. týden gravidity, ale s rostoucími úspěchy a rozvojem neonatologie, může i takto nízká hranice dále klesat. V případě, že nemáme dostatek informací o délce těhotenství, rozhodujícím faktorem je váha novorozence, a to v rozmezí 500 – 2500 gramů. Musíme ale brát na vědomí, že se může jednat o typ hypotrofizace (Roztočil, 2017, str. 245).

1.1 Rizikové faktory

„Rizika vzniku předčasného porodu můžeme rozlišit na rizika ze strany matky, která mohou být neovlivnitelná, nebo ovlivnitelná. Dále se jedná o rizika pramenící z reprodukční anamnézy matky, neovlivnitelných a ovlivnitelných těhotenských komplikací.“ (Roztočil, 2017, str. 246)

Do **neovlivnitelných rizik ze strany matky** spadá především věk matky (těhotné pod 18 let a nad 35 roků), první gravidita, multipara (více jak 3 děti), přidružené nemoci (preeklampsie), nízká tělesná váha před početím, zákroky na děložním hrdle, vývojové anomálie dělohy, předčasné zkracování a dilatace hrdla děložního, nežádoucí životní podmínky, nezaměstnanost, problémy ve vztahu s partnerem a vazba se sociální minoritou.

U **ovlivnitelných rizik ze strany matky** se jedná o kouření, užívání drog, vynechání prenatální péče, anémie, infekce, stres a fyzická zátěž nebo krátký interval mezi porody (Česká gynekologie, 2017, str. 161).

1.2 Příčiny

Mezi příčiny předčasného porodu, které nejsou doposud zcela jasně objasněny, spadá hned několik patologií, jako je infekce, distenze či ischemie myometria, onemocnění děložního hrdla, patologie placenty a její předčasné odlučování, abnormality v implantaci plodového vejce, genetika, stres, imunologické a endokrinní poruchy (Česká gynekologie, 2017, str. 161).

V souvislosti s výše uvedeným jsou i názory jiných specialistů zaměřených na předčasný porod, kteří souhlasí s tím, že existuje několik příčin, přičemž ty se mohou různě kombinovat (Koucký, a další, 2014, str. 14-19).

V některých situacích se však dostaví patologie natolik závažná, že je těhotenství ukončeno okamžitě. „*Některá těhotenství je nutno ukončit v zájmu plodu i matky předběžně (preeklampsie, při větším krvácení u předčasného odlučování lůžka a při placenta praevia).*“ (Kobilková, 2005, kapitola 30.2.)

1.3 Diagnostika

Dle knihy (Hájek, 2004, str. 268) zařazujeme PP do následujících klinických stádií, jako je **předčasný porod hrozící** (partus preamaturus imminens), **předčasný porod počínající** (partus preamaturus incipiens) a **předčasný porod v běhu** (partus preamaturus in cursu).

V praxi posuzujeme také klinické symptomy určující diagnózu předčasného porodu. Symptomy zahrnují tlak v podbříšku a bolest v bedrech, pravidelnou děložní činnost, postupné spotřebování a dilataci hrdla děložního. Za symptom je považován také předčasný odtok plodové vody – defluidium liquoris amnialis praecox (Česká gynekologie, 2017, str. 161).

„*Předčasný odtok plodové vody (PROM) je definován jako odtok plodové vody více než jednu hodinu před začátkem porodu. Předčasný odtok plodové vody je u více než 90 % žen, které se prezentují odtokem tekutiny z rodidel, diagnostikován pouze na základě klinického hodnocení. Ve zbývajících 10 % případech je nutné k ozřejmění odtoku vody kombinací různých metod (Temesváryho činidlo, ultrazvukové nebo vaginální vyšetření).*“ (Koucký, a další, 2014, str. 61)

K tomu, abychom mohli určit, o jaký typ PP se u dané ženy jedná, využívá naše zdravotnictví různé druhy objektivních metod na základě subjektivních pocitů, jež žena udává.

Mnohdy se stává, že lékaři volí kombinace metod, aby mohli s větší přesností stanovit typ a fázi předčasného porodu. Na mysli máme metody jako je sonografie, cervikometrie, vaginální vyšetření, laboratorní vyšetření či Dopplerovská flowmetrie.

1.4 Léčba

U žen, kterým je diagnostikován předčasný porod, lpíme na tom, aby péče o plod a o ženu samotnou pokrývala veškerá rizika, jež z dané situace mohou vyplynout. V dnešní době se proto těhotenství pod 37. týden, na základě kvalitnější péče, ukončují v perinatálních centrech, ideálně, když dojde k transportu „in utero“ (z lat. v děloze). „*Základním principem racionální farmakoterapie předčasného porodu je zastavit předčasný porod (účinná tokolyza), indukovat zralost plicní tkáně plodu (léčba kortikosteroidy) a léčba infekce antibiotiky.*“ (MUDr. Koterová, 2008, str. 1-5)

Samozřejmostí každé hospitalizace gravidní ženy je klidový režim na lůžku se zvýšenými dolními končetinami (Trandelenburgova poloha) a dbáme o psychickou pohodu ženy. Ať už žena přijde v jakékoliv fázi předčasného porodu, platí pro každou standardní vyšetření (stanovení KO, CRP, koagulace, kultivace z pochvy, vyšetření moče, sonografie plodu, cervikometrie u žen pod 30. týden, kardiokografie plodu). Na základě těchto vyšetření volíme další postup léčby (Koucký, a další, 2014, str. 89-106).

TOKOLYTICKÁ TERAPIE

„*Podle definice tvoří tokolytika (tokos – práce, lysis – rozpouštění, omezení, odstranění) skupinu léčebných preparátů, která mají jako hlavní, nebo vedlejší účinek omezení nebo zastavení svalové děložní činnosti.*“ (Roztočil, 2017, str. 249)

Tokolytická léčba je indikována v případě hrozícího předčasného porodu v rozmezí 24. - 35. týdnu gravidity. K tomu, abychom mohli tokolytickou léčbu zahájit, musí být plod bez známky ohrožení infekcí nebo hypoxií a matka nesmí jevit známky kontraindikací jako například tachykardie, arytmie, hyperglykemie a další (MUDr. Koterová, 2008, str. 1-5).

(Hájek, 2004, str. 272-276) ve své knize rozdělil látky působící na děložní sval do pěti skupin. V českém zdravotnictví jsou nejčastěji používané beta-sympatomimetika a magnezium sulfát.

U **Beta-sympatomimetik** se objevují vedlejší účinky, působící na kardiovaskulární systém – způsobují tachykardii a zvedají krevní tlak těhotné. K jejich odbourávání dochází

v játrech, a pokud chceme dosáhnout rychlého účinku, podáváme v infuzi. V momentě, kdy dojde ke zklidnění děložní činnosti, přejdeme k podávání léčiva ve formě tablet (Hájek, 2008, str. 142-144). Naproti tomu (Koucký, a další, 2014, str. 90-98) píší, že beta-sympatomimetika podáváme jen po dobu aplikace kortikoidů k indukci plicní zralosti. K tomu, abychom zabránili výše zmíněným vedlejším účinkům, aplikujeme Isoptin v dávce 150mg do 500ml 5% glukózy (Kobilková, 2005, kapitola 30.2). Isoptin nebo pod jiným názvem Lekoptin, snižuje srdeční akci, kterou zároveň v pravidelných intervalech monitorujeme.

„Rozlišujeme tzv. „parciální tokolýzu“ k regulaci nadměrné děložní činnosti v průběhu spontánně vedeného předčasného porodu hlavičkou a tzv. „akutní tokolýzu“. Ta je indikována intrapartum, při akutní hypoxii plodu k překlenutí doby nutné k přípravě operace, nebo při obratu zevními hmaty při poloze koncem pánevním nebo u polohy příčné a samozřejmě k zástavě děložních kontrakcí u předčasného porodu.“ (Hájek, 2008, str. 142-144)

Magnezium sulfát nebo také ionty hořčíku nejsou na prvním místě v léčbě PP, ale využíváme je tehdy, kdy dojde ke zklidnění děložní činnosti po aplikaci hexoprenalinu. *„Dle (Koucký, a další, 2014, str. 90-98) zjišťujeme, že prenatálně podávané magnesium v intravenózní podobě ($MgSO_4$) snižuje výskyt DMO o 15-30 % u dětí porozených před 32. týdnem těhotenství.“* Magnezium funguje na principu odsunu vápníku z buněk, a tím snižuje jejich kontraktilitu. Aplikujeme intravenózním způsobem v bolusových dávkách po 4-6g během 30 minut. Pak dávku snížíme na 1-3g za hodinu a teprve tehdy, když je děložní činnost kompletně zastavena, přistoupíme k udržovací dávce, kdy infuze „kape“ 12 až 24 hodin. Vedlejší účinky u těhotných se odrážejí podle výše aplikovaných dávek a mezi ty nejčastější patří nauzea, bolest hlavy, mdloby a poruchy visu. Magnezium je látka, která prochází placentou a účinek na plod se dostaví po hodině od zahájení léčby (Roztočil, 2017, str. 250).

DALŠÍ METODY LÉČBY

Další metodou je **antibiotická léčba**, která se u PP na rozdíl od tokolytické léčby v praxi běžně nevyužívá. Je volbou léčby za účelem zajištění GBS profylaxe, nebo jako prevence intraamniálního zánětu (zvýšené zánětlivé markery) či zjištěné. Nasazujeme je také při průkazu osídlení mikroorganismů (ureaplasmata, mykoplasmata) v porodních cestách, hlavně pak u pacientek s insuficiencí děložního hrdla před 30. týdnem gestace (Koucký, a další, 2014, str. 108-110).

Kortikosteroidy aplikujeme jako prevenci neonatálního úmrtí, za účelem snížení výskytu RDS (Respiratory Distress Syndrome) a pro snížení rizika intraventrikulárního krvácení (Česká gynekologie, 2013). Konkrétně myslíme **Surfaktant** - látku, která uvolňuje povrchové napětí plicních sklípků a umožňuje plné rozpětí plic po narození dítěte. Těhotným ženám se aplikuje dexamethason nebo betamethason ve čtyřech dávkách po 12 hodinách intramuskulárně (MUDr. Koterová, 2008, str. 1-5).

Inkompetenci děložního hrdla léčíme individuálně a v momentě, kdy je děložní hrdlo zkráceno pod 25 mm v rozmezí 20. – 30. týdne gravidity. V případě, že žena přichází s pravidelnými kontrakcemi a se zkráceným děložním hrdlem pod 25 mm, aplikujeme vaginálně progesteron. „*V poslední době velké kolaborativní studie doporučují aplikovat hormon relaxující děložní sval, progesteron. Upřednostňuje se vaginální aplikace v dávce 200mg denně. V České republice je dostupný přirozený progesteron v přípravku Utrogestan* (Hájek, 2004, str. 272-276). Pokud se hrdlo neustále zkracuje, je doporučeno provést cerclage (operační uzavření hrdla). „*Hovoříme pak o tzv. „rescue“ či „emergency“ cerclage. Cílem je prodloužení těhotenství z previabilní Fredo vyšších týdnů těhotenství.*“ (Koucký, a další, 2014, str. 104-106)

1.5 Vedení předčasného porodu

„*Pacientky s předčasným porodem by měly být podle příslušného stáří těhotenství transportovány do perinatologického centra intenzivní nebo intermediární péče. Vedení porodu jednočetných těhotenství se v případě polohy podélné hlavičkou neliší od vedení porodu v termínu. Způsob porodu mezi týdny těhotenství 22+0 a 25+0 volíme vždy přísně individuálně a po předchozí diskusi s těhotnou a jejím partnerem. Oba by měli být vždy poučeni o významném riziku perinatální mortality a morbidity, ale také o vyšší mateřské morbiditě a důsledcích císařského řezu pro případ dalšího těhotenství. Od týdne těhotenství 25+0 provádíme císařský řez z identických indikací z hlediska plodu a/nebo matky jako u těhotenství v termínu. Při vaginálním vedení porodu je vhodná epidurální analgezie. Provedení preventivní episiotomie nepřináší prospěch pro předčasně narozené dítě. Použití vakuuumextrakce je kontraindikováno před týdnem těhotenství 34+0.*“ (Česká gynekologie, 2017, str. 165)

Výskyt a problematika předčasných porodů jsou stále na denním pořádku. Víme, že i přes veškeré snahy lékařů a pokroků v diagnostice nejsme stále schopni zabránit této problema-

tice, a tak nedochází k poklesu PP. Díky moderním terapeutickým postupům jsme dosáhli k následujícímu. „Došlo k prodloužení těhotenství běžícího předčasného porodu o 2-3 dny, což je doba nutná k aplikaci kortikoidů, a tím urychlení maturace plicplodu a k transferu in utero do perinatálního centra. Tím dochází ke snížení respiračního distress syndromu (RDS), perinatální morbidity a mortality.“ (Roztočil, 2017, str. 251-252)

1.6 Psychika žen po předčasném porodu

„Říká se, že krizové situace prověří partnerské vztahy. Předčasné narození dítěte, hrozba, že zemře nebo bude mít trvalé postižení, je bezesporu jednou z nejtěžších zátěží v partnerském vztahu. Právě v tuto chvíli se oba partneři potřebují navzájem, baží po vzájemné podpoře, porozumění a semknutí, které pomůže překonat všechny hrozby a vyvede je opět do bezpečného světa, jež znají.“ (JANÁČKOVÁ, 2015, str. 152-156)

U předčasného porodu se ženy těžko vyrovnávají s myšlenkou, že nebyly schopné „donošit“ dítě až do konce, vyčítají si to a hledají, kde udělaly chybu.

Matky pociťují strach, který popisujeme jako emoci související s objektem či danou situací a velmi snadno může přerůst v hněv. To tehdy, když se problém jeví jako neřešitelný nebo není cesty z nepříznivé situace. Zmiňuje se i o tom, že se strach prolíná s radostí (SKUTILOVÁ, 2016, str. 86).

Pro partnery je v této stresové situaci důležitá komunikace, nesobeckost (pochopení, že je tu jeden pro druhého, i když je tu třetí osoba navíc) a osobní vyzrálost (přijmout roli rodiče a umět se postarat). Komunikace může být mezi partnery zpočátku velmi náročná. Žena se u muže snaží naléznout útěchu a pochopení, kdežto muž se snaží upustit od negativních myšlenek, což může vyústit v konflikt (JANÁČKOVÁ, 2015, str. 152-156). Nezapomínejme naslouchat, být empatičtí, nelhat, neklást falešné naděje, pohladit, obejmout a poskytnout na chvíli pocit jistoty a bezpečí.

V kontaktu s ženou je lékař a zdravotnický personál. Během prvních hodin po porodu je vhodné přijít za matkou a sdělit jí, jak na tom její dítě je, pokud je na jednotce intenzivní péče (dále je JIP), ukázat jeho fotografii a stručně sdělit, co se s dítětem bude dít dál. Při první návštěvě dítěte na JIP by měl zdravotní personál matku přivítat, seznámit ji s oddělením, doprovodit ji k dítěti, podpořit ji a chválit miminko za účelem odpoutání od sledování přístrojů a hadiček. Ženy vlivem stresu vnímají informace hůře, a proto jednotlivé informace opakujeme a srozumitelně vysvětlujeme postupy léčby. Respektujeme rodiče a

ptejme se jich, jak se jim daří s cílem trochu rozptýlit situaci. Včas informujme rodiče o propuštění jejich dítěte a informujme o možných problémech, které mohou nastat. Pokusme se minimalizovat projev negativních myšlenek v komunikaci s rodiči (když něco nechápou), vyhněme se větě: „Nebud’te smutní“, mají právo být smutní a neříkejme jim, že jim pomůže, když přivedou na svět dalšího potomka – potřebují se vyrovnat se situací, která je teď a tady (Sobotková Daniela, 2015, str. 131-133).

2 NEDONOŠENÝ NOVORENEC

„Prematurita je definována jako porod před dokončeným 37. týdnem těhotenství (WHO). Incidence prematurity je v České republice kolem 8 %. Mortalita a morbidita nedonošených novorozenců je nepřímo úměrná stupni nedonošenosti, porodní hmotnosti a kvalitě poskytované péče.“ (Roztočil, 2017, str. 535)

Většina dětí se rodí v rozmezí 38. -40. týdne s porodní váhou převažující 2500g. Za nedonošeného novorozence považujeme dítě, které má porodní váhu nižší jak 2500 gramů, narodilo se dříve, před 37. týdnem. Ošetrovatelská péče může probíhat na standardním novorozeneckém oddělení, jen délka hospitalizace trvá déle, než u dětí narozených v termínu porodu. V rámci intermediární péče ošetřujeme děti narozené v 32. -34. týdnu těhotenství (Gregora, a další, 2011, str. 73-77).

V dnešní době stoupá počet vícečetných těhotenství, a s tím i procento nezralých novorozenců narozených mezi 34. a dokončeným 36. týdnem gestace (nazýváme jako pásmo lehké nezralosti). U těchto dětí je častější neonatální morbidita a zvýšené riziko zhoršení neuropsychického vývoje v pozdějším věku (Roztočil, 2017, str.524).

2.1 Klasifikace novorozenců

Podle (Binder, 2011, str. 289-290) klasifikujeme nedonošené novorozence následovně:

- Děti narozené do 28. týdne těhotenství – ELBW (extremely low birth weight infant) o porodní hmotnosti v rozmezí 500 – 999 gramů.
- Děti narozené do 32. týdne těhotenství – VLBW (very low birth weight infant) o porodní hmotnosti v rozmezí 1000 – 1499 gramů.
- Děti narozené do 34. týdne těhotenství označujeme jako středně nezralé, o porodní hmotnosti 1500 – 1999 gramů.
- Děti narozené do 38. týdne těhotenství jsou lehce nezralé s porodní hmotností 2000 - 2499 gramů.

2.2 Znaky nedonošeného novorozence

Kůže je viditelně rudá, někdy průsvitná a na některých místech chybí pokrytí mázkem. Pozornost věnujeme zvýšené citlivosti při působení určitého tlaku na kůži. Na ploskách nohou a dlaních rukou chybí vyvinuté rýhování kůže. V případě ELBW dochází

k neoddělení očních víček. Chybí prsní bradavky a žlázy. Taktéž není vyvinuta chrupavka ucha. Genitál u obou pohlaví je neúplně vyvinut (hypoplastický), u chlapčků nejsou sestouplá varlata a u holčiček nejsou malé stydké pysky překryty velkými.

„Pro nedonošeného novorozence je charakteristická nezralost CNS, termolabilita, nezralost struktur plicní tkáně a nedostatek surfaktantu vedoucí ke vzniku RDS (Respiratory Distress Syndrome), zpomalená motilita střev, sklon k acidóze a hyperkalémii, žloutence a imunodeficienci vedoucí k častým infekcím a septickým stavům.“ (Binder, 2011, str. 289-290)

2.3 Poporodní adaptace u nedonošeného novorozence

„Poté, co se dítě narodí, začíná systematická, neustálá adaptace na podmínky života mimo dělohu. Všechny tělní orgány doznávají změn. Chemické změny v krvi spolu s působením chladu stimulují dýchání. Při dýchání začínají hrát roli senzorické a fyzikální stimuly. První nádech a výdech otevře alveoly, dítě se ocitá ve světě, kde dochází k výměně vzduchu, a tím začíná svou samostatnou existenci.“ (Leifer, 2004, str. 328)

Poporodní adaptace nedonošeného novorozence se však odlišuje od normy. Nemusí to být změny výrazné, ale stav nedonošeného novorozence hlídáme (monitorujeme vitální funkce) a v případě potřeby přistupujeme k okamžitému zásahu lékařů pro záchranu jeho života.

Pro zhodnocení stavu právě předčasně narozeného novorozence nám pomáhá tzv. Apgar skóre, které klasifikuje novorozence v 1., 5. a 10. minutě po porodu. Této nejčastěji v praxi využívané metodě dala jméno Virginie Apgarová, kdy cílem jejího pozorování bylo pět faktorů: srdeční frekvence, respirační úsilí, svalový tonus, reflexní reakce a barva pokožky (Dort, a další, 2013, str. 19-20).

V mnoha případech předčasně narozených se vyskytuje **nezralost plic**, což směřuje k rozvinutí syndromu dechové tísně (RDS – respiratory distress syndrome) a může to vést k chronickým následkům, a to k rozvoji chronického plicního onemocnění. **Hypotenze a hypoperfuze** orgánů se objevuje při oběhové nestabilitě. Jednou z příčin bývá přetrvávající Botalova dučej. Brzy po narození nebo během porodu dochází v některých případech k **akutnímu poškození mozku** (krvácení do mozkových komor, léze bílé hmoty), což obvykle ústí v dlouhodobé následky. Gastrointestinální trakt je typický svou **zpomalenou střevní peristaltikou a nižší trávicí kapacitou**. **Nezralost ledvin** (především tubulů a

glomerulů) způsobuje vyšší ztráty vody a solí, ale také je omezena schopnost vylučování přebytku vody a soli. Tělo nedonošeného novorozence tvoří ve své podstatě velký tělesný povrch, a díky malé vrstvě tuku v podkoží dochází k **rychlé ztrátě tělesné teploty**. Z metabolických problémů se v této situaci může objevit **hypoglykémie, hypokalcemie a hyperbilirubinemie**. Stav monitorujeme a popřípadě včas zahajujeme léčbu. Imunitní systém je nezralý a novorozenec je daleko více náchylný k přenosu infekce (perinatální či nozokomiální). **Rozvoj retinopatie** nedonošených novorozenců a **bronchopulmonální dysplazie** je následkem toxicity kyslíku během oxygenoterapie, související také s nezralostí tkání (Dort, a další, 2013, str. 40).

2.4 Propuštění z porodnice

K tomu, aby bylo předčasně narozené dítě propuštěné do domácího prostředí, musí splňovat určité podmínky: kontinuální přibírání na váze, stabilizovaný zdravotní stav, vyloučení problémů s dýcháním, krevním oběhem a dítě si udrží svou tělesnou teplotu. Výše zmíněná hmotnost odpovídá výživě dítěte, tedy jestli je plně kojeno nebo krmeno z lahve. Novorozenci, kteří přišli na svět s porodní váhou pod jeden kilogram, jsou propuštěni v době, kdy dosáhnou termínu porodu (PAŘÍZEK, 2009, str. 523-544).

2.5 Dispenzarizace nedonošeného novorozence

Předčasně narozené děti potřebují kontrolu více specialistů již v porodnici a je tomu tak i v domácím prostředí. Obvykle jsou specialisty prohlédnuti již v průběhu hospitalizace a před odchodem jsou rodiče edukováni o následné zdravotní péči.

Nedonošené děti dochází se svými rodiči do **rizikové poradny**. Tato poradna je určena všem předčasně narozeným pod 34. týden gravidity. Ordinují zde lékaři s adekvátními zkušenostmi v péči o nezralé novorozence a kojence. Zde je hlavním cílem odhalit problémy, které jsou typické pro tyto děti - v oblasti dýchání, trávení, vylučování a podobně (Pařízek, 2015, str.77-99). Právě rizikové poradny jsou obvykle v blízkosti nebo součástí perinatologických center, a poskytují tak neonatologům přehled a zpětnou vazbu o zdravotním stavu dítěte (DOKOUPILOVÁ, 2009, str.157-174).

Další, kdo spadá do péče o dítě, je **pediatr**. Rodiče vybírají pediatra již v době těhotenství a po propuštění domů by jej měli bezprostředně navštívit. V kompetencích pediatra jsou pravidelné kontroly dítěte, během nichž je kontrolována životospráva a zdravotní stav dítěte.

te. (KOMÁREK Vladimír, 2000, str. 11-18) popisuje: „*Vyšetření pediatrické, tak jako v dospělém věku vyšetření interní, je nezbytnou základní orientací o celkovém stavu pacientu. Orientační vyšetřená turgoru a koloritu kůže, stavu srdce, plic, břicha, ledvin, mízních uzlin atd. může pomoci vyloučit sekundantu neurologických příznaků nebo naopak napomoci v diagnostice neurologického onemocnění.*“ Zároveň je v ordinaci dětského praktického lékaře kontrolován motorický vývoj dítěte v souvislosti s poskytnutými informacemi od matky.

Při odhalení nedostatku či odchylky v oblasti motorického vývoje u předčasně narozeného dítěte je pediatrem či neonatologem doporučena péče **neurologa**. Prvotní neurologické vyšetření je provedeno již během hospitalizace v porodnici a další jsou ordinovány v případě potřeby.

Samotné neurologické vyšetření spočívá ve sběru anamnézy, vyšetřením u pediatra, vlastního neurologického vyšetření a vyšetření motorického vývoje. V závěru je shrnuto celé vyšetření, zhodnocení věku kojence dle motorických schopností bez ohledu na kalendářní stáří, popřípadě doporučení pro zahájení rehabilitace (KOMÁREK Vladimír, 2000, str. 11-19).

Výše uvedení specialisti spadají do tzv. „klasiky“ pro předčasně narozené. Dle stavu dítěte je doporučena dispenzarizace i u jiných, odborně založených lékařů, jako je například kardiolog, nefrolog, oftalmolog, dermatolog či ortoped.

2.6 Očkování nedonošeného novorozence

U očkování předčasně narozených kojenců narozených po 32. týdnu gravidity, s ohledem na korigovaný věk, můžeme očkovat dle běžného očkovacího kalendáře. V případě dětí s porodní váhou pod 1500 gramů přistupujeme k očkování individuálně. Bereme na vědomí nezralost a s tím případnou neadekvátní reakci organismu po aplikaci očkovací vakcíny. (Pařízek, 2015, str. 173-176).

V souladu s výše uvedeným odstavcem je i skupina autorů (Dort, Petřů a Prymula, 2018, str. 1), kteří uvádí: „*Pravidelné očkování nedonošených dětí je vhodné zahájit po stabilizaci jejich klinického stavu, a to podle stejného schématu jako u donošených dětí, tj. podle chronologického (kalendářního) věku.*“

3 MOTORICKÝ VÝVOJ V 1. ROCE ŽIVOTA

V momentě příchodu dítěte na svět začíná boj s adaptací na nový život, který je naprosto odlišný od života v děloze. Dítě je v době porodu vybaveno jen základními nepodmíněnými reflexy (jsou vrozené), poskytující mu přísun stravy a obranu. Je to dáno nezralým nervovým systémem, jehož vývoj je nejdůležitější v prvním roce života (Kiedroňová, 2010, str.37-39). U **předčasně narozených dětí** však dochází ke změnám či k zpomalení motorického vývoje. „*V době původně předpokládaného termínu porodu (40. týden těhotenství) jsou pak obecně nalézány významné rozdíly v chování dětí donošených oproti chování dětí narozených předčasně. Nedonošené děti se jeví jako labilnější, dráždivé, ale současně méně reaktivní na smyslové i sociální podněty. Jiné studie zdůrazňují zejména malou srozumitelnost signálů nedonošeného dítěte – zdravé nedonošené děti jsou sice schopné stejně kvalitní vizuální orientace jako děti donošené, ale nedokážou tak dobře kontrolovat své nahodilé tělesné pohyby a změny stavů, chování dítěte je tak snadno dezorganizováno.*“ (Langmeier, a další, 2006, str. 27-29)

3.1 Korigovaný věk

U předčasně narozených dětí se vedle kalendářního věku počítá ještě korigovaný věk. Ten je důležitější z hlediska vyžrávání a vývoje. „*Stáří miminka se musí tzv. korigovat k plánovanému termínu porodu. V praxi to znamená, že pokud se miminko narodilo například ve 32. týdnu těhotenství, narodilo se o dva měsíce dříve. Tyto dva měsíce je nutné nějakou dobu odečítat od kalendářního stáří. Nejjednodušší pomůckou je začít věk miminka počítat od data, kdy byl předpokládán termín porodu. Na to, co bylo, je potřeba chvíli zapomenout a začít od nové startovací čáry. U nejmenších dětí, narozených před 28.týdnem těhotenství, se korekce provádí do 3 let, a to hlavně jejich hmotnostně růstové křivky a obvod hlavičky, psychomotorický vývoj se většinou srovnává dříve. U dětí narozených mezi 28. - 32.týdnem těhotenství korigujeme věk do 1-1,5roku a u středně nezralých novorozenců, narozených nad 32.týden těhotenství většinou jen do 1 roku.*“ (Pařízek, 2015, str. 77-99)

3.2 Vývojová stádia dle trimenonů

Motorický vývoj má tzv. své fyziologické časové okno, ve kterém dochází k uplatnění senzomotoriky - k vykonání pohybu je potřeba podnět. Nejdůležitější jsou první tři měsíce časového okna. Prvních 12 měsíců dítěte je rozděleno na **4 trimenony**. Jedná se o 4krát 3

měsíce. Trimenony nebo časové úseky na sebe navzájem navazují a propojují se. V každém z nich by mělo dítě zvládat to, co se od něho na základě postupného motorického vývoje očekává (Orth, 2009, str. 36)

3.2.1 První trimenon (novorozenec až konec 3. měsíce)

V **prvním měsíci**si všímáme polohy na zádech a na břišku. V **poloze na zádech** vidíme, že miminko neleží rovnoměrně, má pokrčené nohy, horní i dolní končetiny vykonávají nekoordinované pohyby s hlavou otočenou k jedné straně. Tento jev označujeme jako „**predilekční držení hlavičky**“, které je normální do té doby, když miminko zvládne volně hlavičku otočit na druhou stranu (reakce na podnět). Takzvaná **poloha „šermíře“**, která se může začít objevovat, ukazuje, že horní končetina na straně obličeje je nataženější, než druhá horní končetina. Do polohy **na břichodítě** během dne polohuje matka a poloha má schoulenou podobu s hlavou uloženou níže než pánev. To způsobuje svalové napětí zádoových, břišních i vnitřních svalů stehenních. Končetiny jsou pokrčeny a stehna svírají s trupem pravý úhel (Kiedroňová, 2010, str. 165-260)

Ve **druhém měsíci** je poloha šermíře zcela běžná. „*Ubývá flekčního držení, svalový tonus se snižuje k normě, symetrizuje se držení těla. Dítě je schopno krátce zdvihnout dolní končetiny nad podložku.*“ (MUDr. Cíbochová, 2004, str.291-297). Těžiště v poloze na břišku se postupně přesouvá k pupku a střední části předloktí. Pánev klesá, předloktí se dostává před ramena a dochází ke krátkodobému **zvednutí hlavičky** (Kiedroňová, 2010, str. 165-260).

Třetí měsíc je obdobím útlumu vrozených reflexů a tělo miminka se začíná vertikalizovat. Poloha na zádech se stává symetrickou (je utvořena osa v linii nos, brada, sternální kost a stydká spona). Miminko hýbe rukama. Dolní končetiny se ploskou nohy opírají o podložku, kolena jsou pokrčená a nad podložkou. Otáčí hlavu a sleduje okolní předměty. Pokud je správně a efektivně zapojeno svalstvo, dojde u dítěte k „**prvnímu vzpřímení**“. Správné provedení spočívá v opírání o stydkou sponu a vnitřní stranu loktů, které jsou předsunuty ke zdvižené hlavě s pažemi na šíři ramínek (Kiedroňová, 2010, str. 165-260). „*Protože tato poloha je velmi důležitá pro další správný vývoj vzpřimování, je nutné si při vyšetřování dítěte všimnout i zda dochází k správnému provedení této polohy (tj. kvality provedení). Nejčastější chyby jsou v abnormálním vztyčení hlavy (velký záklon hlavy, rotace hlavy k jedné straně), neopření se o celé předloktí včetně loktů, retrakce paží, přetrvávající pěstič-*

ky, těžiště nad pupkem, nestabilita v této poloze, přepadávání na bok nebo až na záda, atd.“ (MUDr. Cíbochová, 2004, str. 291-297)

3.2.2 Druhý trimenon (4. měsíc až konec 6. měsíce)

Pro čtvrtý měsíc jsou typické trvale zvednuté nohy nad podložkou. **Na břichu** dokáže dítě zvednout hlavu i hrudník za pomoci opěry o patky dlaní vzepřený na pažích ohnutých v místě lokte. Na pomezí čtvrtého a pátého měsíce se začíná u dítěte objevovat tzv. „**zkřížený vzor**“. Poloha, kdy se loket a kyčelní kloub opře o podložku a na straně, kde se ruka natahuje za hračkou, se předsune koleno.

V pátém měsíci zvládne dítě zvedat nohy nad podložku tak vysoko, že i lehce nadzvedá pánev. Objevuje se zkřížený pohyb na horních končetinách, kdy vše spočívá v tom, že pravou rukou chce uchopit předměty v oblasti levé ruky. **Tento pohyb je prvotním krokem k tomu, aby došlo k otočení na bok a do polohy na břicho. Poloha na břichu se v tomto měsíci pro dítě stává oblíbená, uplatňuje se zkřížený vzor a těžiště se přesouvá na stehna** (Kiedroňová, 2010, str. 165-260).

Přetočení z polohy na boku do polohy na břicho dokáže dítě **v šestém měsíci**. Dochází k jejímu upřednostňování a později se v ní dítě začne postupně vertikalizovat. Nyní nastává čas pro „**druhé vzpřímení**“, jehož správné provedení je s rozvinutými dlaněmi, nataženými horními končetinami a opírání se o stehna. Tím se břišní dýchání mění na hrudní (Orth, 2009, str.43-48).

3.2.3 Třetí trianon (7. měsíc až konec 9. měsíce)

V sedmém měsíci dochází k přetáčení z břicha na záda. Osahává si nohy nebo je přitahuje k ústům. Sedmý měsíc je obdobím **rozvoje vertikalizace** – dítě přenáší váhu a střídavě překládá ruky. Plíží se díky zapojení horních končetin, když přidá dolní končetiny, **pláží se**. V polovině měsíce se dítě dostává do tzv. „**šikmého sedu**“ z polohy na boku. V sezení dítěti spíše bráníme, důležitější je lezení pro stimulaci svalstva.

Dítě osmého měsíce se v kleku houpe, pak opatrně posouvá a při aktivní stimulaci, ideálně když bude nahé, se začne pokoušet o lezení. Objevuje se vzpřímení na patách.

Pokud dítě stimulací zlepší rovnováhu, zkoordinuje pohyby a pohybuje se symetricky, dokáže **v devátém měsíci** jistěji lézt s držením těla nad podlahou (Leifer, 2004, str. 443-451).

3.2.4 Čtvrtý trimenon (10. měsíc až konec 12. měsíce)

Dítě objevuje prostředí okolo sebe, především nábytek, u kterého se začíná **v desátém měsíci** stavět přes „rytíře“. Lezení zvládá na všechny směry, sleze i z pohovky, na kterou samo vyleze. **Chůze** je velmi nejistá, u nábytku či stěny s úkroky do stran.

V jedenáctém měsíci dítě upřednostňuje lezení před chůzí, neboť v lezení si je jisté. Když se postaví, potřebuje jistotu držení za jednu ruku.

Lezení převažuje i ve **dvanáctém měsíci**. Dobré koordinace pohybů a správné zapojení svalů umožní dítěti se samostatně postavit a stát samo bez opory. Přidrží se nábytku a chodí okolo něj. V závěru svého prvního roku života se mu podaří udělat **pár prvních krůčků** (Kiedroňová, 2010, str. 165-260).

Na motorický vývoj předčasně narozených kojenců nezapomínejme nahlížet z pohledu korigovaného věku. Výše uvedené platí pro děti narozené v termínu, avšak pro předčasně narozené je to tzv. vzor, podle kterého se kontroluje zdravý a správný vývoj.

3.3 Odchylky motorického vývoje

Riziko, kdy u dítěte můžeme očekávat odchylku v motorickém vývoji, zjistíme na základě rodinné anamnézy a okolností vzniklých během porodu nebo po něm. Ohrožení může také způsobit infekční onemocnění matky v těhotenství, diabetes mellitus, obezita a další nemoci matky. **Odchylky vývoje se pak s vyšší pravděpodobností objevují u vícečetných těhotenství, u předčasně nebo pozdně (přenášených) narozených dětí, u novorozenců s nízkou porodní hmotností nebo v případě zhoršené poporodní adaptace.** Ohrožení dítěte odchylkou je i v případě porodu kleštěmi, zvonem (VEX – vakuum extraktor), koncem pánevním nebo porodem protrahovaným. Asfyktický syndrom je také jednou z příčin ovlivňující motorický vývoj, konkrétně je zasažena centrální nervová soustava vlivem nedostatečného zásobení nervové tkáně kyslíkem (Kiedroňová, 2010, str. 42-44).

K nejčastějším odchýlkám motorického vývoje řadíme: chybění symetrického vzpřímení hlavičky, opření o lokty, otevření pěstiček, pozdní posun těžiště směrem k symfýze, nevymizení novorozeneckých reflexů, opožděné vzpřimování na bříšku s přetáčením na bok, opožděný rozvoj vzpřimovacích mechanismů, chybí koordinace ruka-oko-ústa nebo se můžou projevat znaky DMO (MUDr. Vacuška, a další, 2003, str.145-147).

3.4 Návštěva neurologa

Největším pozorovatelem motorického vývoje dítěte je jeho matka. Jakmile však zpozoruje, že dítě má hlavu trvale k jedné straně, upřednostňuje jednu polovinu těla, nesleduje pohledem po 2. měsíci, neovládá „pasení koníčků“ do 4. měsíce, neslyší na své jméno, neleze do 9. měsíců, do 12. měsíce neřekne ani jedno slovo s významem a ve stoje či chůzi je na špičkách. Zásadním důvodem k návštěvě je nerovnoměrný vývoj a absence dovedností, které už dítě zvládalo (DOKOUPILOVÁ, 2009, str. 157-179).

4 REHABILITACE

Každému novorozenci před propuštěním z nemocniční péče do domácího prostředí je provedeno neurologické vyšetření, během kterého je hodnoceno, zda bude další vývoj probíhat fyziologicky či patologicky. Dle výsledků pak můžeme zahájit včasnou terapii. Lékař přistupuje k dětem individuálně a šetrně, během minimální časové prodlevy, jelikož zdlouhavé vyšetření narušuje pohodlí novorozence a ovlivňuje kvalitu výsledků. Z hlediska neurologie je dítě sledováno i v ordinaci praktického lékaře při pravidelných prohlídkách. U dítěte sledujeme vrozené reflexy, svalovou aktivitu a hybnost končetin, vitální funkce, tělesné míry, barvu kůže, kvalitu sání atd. (MUDr. Kučerovská, a další, 2013, str. 231-234).

V dnešní době je rehabilitaci podroben téměř každý kojeneček, kontrolovaný v daných termínech fyzioterapeutem, neurologem a pediatrem, zda je rehabilitace účinná a prováděna správným postupem.

4.1 Vojtova metoda

Metoda, která nese název po svém zakladateli profesoru Václavu Vojtovi, je známá mezi rodiči kojenců napříč Evropou a možná i dál. Profesor Vojta byl známý jako neurolog a pediatr, jenž se zabýval léčbou dětí s cerebrální parézou. Právě díky tomu zjistil, že působením tlaku na určité místo reagují svaly jinak než spontánně, a také se mění jejich napětí (Orth, 2009, str. 15-18).

4.1.1 Terapie podle Vojty u novorozenců

Samotné počátky užívání terapie byly u malých dětí s dětskou mozkovou obrnou a i nyní se nejčastěji používá u dětí s poruchou psychomotorického vývoje. (Prof. MUDr. Václav VOJTA)

Dětem je tato terapie doporučena po lékařské diagnostice a stanovení cíle, jehož se dá díky pravidelnému a správnému cvičení dosáhnout. Diagnostika by měla proběhnout co nejdříve, nejlépe do šesti měsíců života dítěte. Zabráníme tak chybnému učení jednotlivých pohybů a zvyšují se šance na úspěšné vyléčení. *„Nejlepších výsledků se dosahuje, pokud se ještě u pacienta nevyvinuly a nezafixovaly žádné motorické náhradní modely. U pacientů s již zafixovanou „náhradní motorikou“ je cílem terapie aktivace a zachování fyziologických pohybových modelů a dále přepracování nezafixovaných abnormálních pohybových modelů a jejich integrace do normálních motorických procesů až k úplné normalizaci volní*

motoriky.“ Terapie u kojenců je často doprovázena pláčem a matky mají pocit, že svým dětem ubližují a budují si ke cvičení odpor. Je to však jen reakce na nezvyklý podnět a opakováním tohoto podnětu pláč slábne, dítě si zvyká (VOJTA Václav, 2010, str. 20-21).

4.1.2 Princi terapie

„Metoda využívá reflexní vzory, typické pro časný dětský věk. Používají se výchozí pozice, ve kterých se aplikují přesně definované manuální stimuly na přesně definované zóny na těle, hlavě a končetinách. V terapii se využívá dvou základních vzorů: reflexní otáčení a reflexní plazení.“ (Prof. MUDr. Václav VOJTA)

Reflexní pohyb vpřed (reflexní lokomoce) je aktivován třemi základními polohami – na břiše, na zádech a na boku. K tomu, aby došlo k účelné aktivaci, se využívá deseti zón lokalizovaných na trupu a zároveň na horních a dolních končetinách. Zóny lze kombinovat v souvislosti s různými druhy tlaku a tahů, díky nimž aktivizujeme pohybové modely, jako je **reflexní otáčení a plazení**. U těchto dvou komplexů víme, že je lze využívat i u malých kojenců, protože se jedná o vrozené pohyby. U **reflexního plazení** se novorozenec aktivizuje z jedné zóny, kdy se preferuje tzv. křížový vzor končetin. Hlavním cílem je aktivovat svalové vzpřimovací mechanismy pro oporu těla, aktivuje se i břišní, dýchací a pánevní svalstvo, svěrač močové trubice a konečníku, polykací reflex a pohyby očí. **Reflexní otáčení** probíhá ve dvou fázích. První fáze vychází z polohy na zádech a nataženými končetinami a aktivací zóny v oblasti mezižeberní. Druhá fáze vychází z polohy na boku, kdy horní a dolní končetina při podložce tvoří oporu pro tělo a pohybují tělem proti gravitační síle nahoru a dopředu. V závěru tak dojde k opření horní končetiny dlaní o podložku a celá fáze končí polohou na všech „čtyřech“. Účinky této terapie jsou širokospektré, jelikož ovlivňují kosterní svalstvo, oblast obličeje a úst, dýchací systém, vegetativní nervový systém, vnímání a celkově psychickou stránku člověka. Cvičení je nutné opakovat alespoň čtyřikrát denně. Největší vliv na efektivitu rehabilitace mají rodiče, kteří jsou o správném provedení informováni specialistou a dítětem dochází na pravidelné kontroly (VOJTA Václav, 2010, str. 5-15).

4.2 Bobath koncept

„Bobath koncept neboli senzomotorické učení je více rozšířen v jiných zemích. Je dobrou alternativou pro některé větší děti, které již dobře netolerují cvičení Vojtovou metodou, ale obě metody lze vhodně kombinovat již od novorozeneckého věku. Bobath koncept je

také vhodný pro děti s dětskou mozkovou obrnou. Využívá prostředků zevního prostředí k motivaci dítěte provést určitý pohyb. Hlavní motivací dítěte je hra, touha poznávat a prozkoumávat okolí. Terapeut nevede dítě pasivně, ale snaží se dosáhnout toho, aby dítě převzalo aktivní kontrolu nad svým pohybem. Pomocí klíčových bodů na těle a různých pomůcek terapeut postupně dítě navádí ke správnému provedení pohybu tak, že určité pohybové projevy brzdí a jiné podporuje. Dítěti je dána možnost opakovaně prožít správně vykonaný pohyb. Bobath koncept je zakomponován do běžných aktivit všedního dne, jako je oblékání, mytí, krmení atd., a je tedy v podstatě aplikován celý den. Používá se již od novorozeneckého věku, kdy se v rámci tohoto konceptu dítě určitým způsobem nosí, drží nebo polohuje, je také součástí orofaciální stimulace a ergoterapie.“(DOKOUPILOVÁ, 2009, str. 171-172)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

Motorický vývoj provází každého člověka již od narození. Během prvního roku života se formují základní pohybové pilíře, které by měl kojeneček zvládat se správnou technikou a v daném časovém období. Na samotný vývoj působí řada faktorů, kam se mimo jiné řadí i předčasný porod. Pro matky v tu chvíli nastávají chvíle, kdy se učí pečovat o předčasně narozeného novorozence - později kojence, a zároveň hlídají, aby se správně motoricky vyvíjel.

5.1 Cíle práce

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit způsob péče o motorický vývoj a jeho kvalitu u předčasně narozených kojenců.

Dílčí cíle:

Cíl 1: Zjistit, jak předčasný porod ovlivňuje matku v péči o motorický vývoj.

Cíl 2: Zjistit, jak je sledován motorický vývoj v prvním roce života dítěte.

Cíl 3: Zjistit, jak matky vnímají proces rehabilitace.

Cíl 4: Zjistit, zda se motorický vývoj odchýlil od normy.

5.2 Charakteristika výzkumu

V rámci výzkumného šetření byly provedeny rozhovory u čtyř žen. Participantky byly vybrány záměrně. Mezi hlavní kritérium, které ovlivňovalo výběr participantek, patřil čas, který uběhl od předčasného porodu. V tomto případě musel být splněn kratší čas než jeden rok. Další kritérium se týkalo porodní anamnézy ženy se záměrem, zda žena rodila poprvé.

Ženy byly nejprve hledány na sociálních sítích (Facebook), kde byly početné skupiny matek předčasně narozených dětí. Díky těmto skupinám se podařilo za krátký čas sehnat dostatečný počet participantek. Po upřesnění kritérií (doba po porodu) bylo ale potřeba již vybrané adeptky změnit. Byla kontaktována rodinná známá s anamnézou předčasného porodu, kdy v té době bylo jejímu kojenci 5 měsíců. Během rozhovoru byly získány další dva kontakty na ženy podobného charakteru, které byly osloveny prostřednictvím sociální sítě. V zápětí byl s nimi domluven i termín schůzky. Na poslední ženu byl kontakt získán od paní, které jsem během studia hlídala dceru.

Po vzájemné domluvě všechny ženy souhlasily s poskytnutím informací v průběhu rozhovoru, a také s následným zpracováním získaných informací.

5.3 Metoda sběru dat

Pro tuto bakalářskou práci byla zvolena kvalitativní metodavýzkumu, kdy data byla získávána prostřednictvím polostandardizovaného rozhovoru.

5.4 Organizace průzkumu

Sběr dat pomocí rozhovorů byl realizován v průběhu ledna 2020. Po předchozí domluvě došlo k realizaci rozhovorů v domácím prostředí, v jednom případě proběhla schůzka s participantkou v kavárně v blízkosti jejího bydliště. Před zahájením rozhovoru byly ženy tážány, zda souhlasí s nahráváním rozhovoru pro další zpracování informací. Po sdělení souhlasu jsme se věnovaly jednotlivým částím rozhovoru. Doba trvání byla u všech v rozmezí 20-50 minut.

5.5 Zpracování dat

Na základě podepsaného dokumentu o souhlasu se zpracováním informací v rámci bakalářské práce a následným podpisem každé participantky byly rozhovory nahrávány na mobilní zařízení, ze kterého byly následně přepsány do elektronické podoby a vytisknuty k dalšímu zpracování (viz. Příloha P II). Texty rozhovorů byly několikrát čteny a podrobeny důkladné analýze. Aby zůstala zachována anonymita participantek, jsou značeny číselně 1-4. V závěru analýzy byly určeny jednotlivé kategorie dat a k nim patřičné podkategorie.

1) Základní informace o předčasném porodu

Podkategorie: příčina předčasného porodu, průběh předčasného porodu, aplikace kortikoidů

2) Psychika ženy po předčasném porodu

Podkategorie: partner, pocity žen, odchod domů.

3) Proces adaptace

Podkategorie: hospitalizace, průběh pobytu v nemocnici, podmínky propuštění, pobyt matky, příchod domů.

4) Sledování motorického vývoje v prvním roku života dítěte

Podkategorie: vyšetření během hospitalizace, proces rehabilitace, odchylky motorického vývoje, korigovaný věk, pediatr, očkování, pohlaví novorozence, vlastní názory matek.

5.6 Výsledky

Pro hlubší a přehlednější hodnocení výsledků byly texty rozhovoru členěny do jednotlivých kategorií a podkategorií. Fotografie kódování rozhovorů jsou k nahlédnutí v přílohách práce (viz. Příloha P I).

Základní informace o předčasném porodu

Příčina předčasného porodu

U každé participantky začínal rozhovor otázkou, co vedlo k předčasnému porodu. Dvě ze čtyř respondentek uvedly, že hlavní příčinou byla preeklampsie. „*Začalo to kvůli výsledkům, které se našly v moči – nějaká vysoká hodnota bílkoviny. Tak jsem byla odeslána do krajské nemocnice a byla to preeklampsie.*“ (participantka č. 1). „*Měla jsem vysoký tlak, šla jsem normálně na kontrolu ke gynekologovi a ten den jsem jela k nám do nemocnice a z tama mě poslali do krajské nemocnice. Zjistili, že mám vysoký tlak a pak teda tu preeklampsii.*“ (participantka č. 4). Další příčinou byla insuficience děložního hrdla, kterou participantka č. 3 uvedla následovně: „*Při rutinní prohlídce u své gynekoložky mi byl zjištěn zkrácený cípek – 1,2mm.*“ U participantky č. 2 došlo k předčasnému odtoku plodové vody: „*Nečekaně mi praskla voda.*“

Průběh předčasného porodu

Průběh porodu byl u participantek zcela odlišný. Participantka č. 1 byla hospitalizována a po týdnu došlo k progresi v porodních cestách, jejíž průběh byl uveden následovně: „*Ležela jsem tam týden. Pak jsem v noci zakrvácela, a když jsem to řekla sestře, raději zavolala lékaře, který mě vyšetřil a řekl mi, že je vše v pořádku.*“ Druhý den se dostavily kontrakce. „*No a doktor mi řekl, že to jsou opravdu kontrakce a že už mi i otekla plodová voda, která nebyla v dobrém stavu.*“ Na základě špatného stavu plodové vody bylo rozhodnuto o ukončení těhotenství císařským řezem a z rozhovoru je patrné, že na operačním sále došlo ke zhoršení zdravotního stavu matky na základě symptomů, typických pro preeklampsii. „*Rodila jsem císařem a chtěla jsem být uspaná částečně, ale když jsem si lehla a doktor začal rezat, tak mě to bolelo a pak mě začala hrozně bolet hlava. Ta sestra mě furt hladila*

po vlasech. Asi třikrát jsem to řekla s tou hlavou a až pak se podívala na displej a začala volat na doktory. Nakonec mě teda uspali celou a probudila jsem se až na JIP.“ U participantky č. 2 víme, že došlo k předčasnému odtoku plodové vody. V souvislosti s tím se u ženy rozběhly děložní kontrakce a dilatace porodních cest. V těchto případech se přistupuje k tokolytické terapii pro získání času, například pro aplikaci kortikoidů na lepší dozrání plic novorozence. „*Tam se mi snažili porod oddálit, měla jsem kapačku s něčím, ale dle mého neúspěšně. Voda mi praskla kolem desáté večer a malý se narodil v 7:47 druhý den. Celou noc jsem strávila v bolestech, a když už jsem to ráno nemohla vydržet, tak mě porodní asistentka prohlédla a řekla, že jsem otevřená na 5 prstů a že budu za chvíli rodit.*“ U insuficience děložního hrdla se klade důraz na klidový režim, ideálně v Trendelenburgově poloze, čím není vyvíjena taková zátěž na děložní čípek. „*Bylo mi nařízeno stále ležet, maximálně jsem si mohla dojít na záchod nebo najíst u jídelního stolu.*“, uvádí participantka č. 3. I zde došlo k progresi na porodních cestách, ale s důsledným klidovým režimem se podařilo porod ještě oddálit. „*V 32. tt jsem začala krvácet. Byla jsem opět hospitalizována u nás v nemocnici na gynekologicko-porodnickém oddělení s tím, že jsem otevřená, dítě je v porodních cestách a pravděpodobně do rána porodím. Stále na lůžku jsem „vydržela“ týden. Pak mi začala odtékat voda a v odpoledních hodinách jsem přirozenou cestou porodila.*“ Naopak u participantky č. 4 byl průběh porodu velmi rychlý v souvislosti se zjištěnou preeklampií. „*Přijela jsem tam, kontrolovaly ozvy a říkali, že je to hned na sál...*“.

Aplikace kortikoidů

Tři participantky uvedly, že jim byly v průběhu předčasného porodu aplikovány kortikoidy na lepší dozrání plic plodu., ... říkali, že aby to zabralo, tak ty tři, čtyři dny. Píchly mi to hned na začátku a já jsem čtvrtý den šla rodit.“ (participantka č. 1). „*Kortikoidy mi píchly.*“ (participantka č. 2). „*Dostala jsem injekčně kortikoidy, aby dítěti dorostly plíce, aby v případě porodu mohl sám dýchat.*“ (participantka č. 3). U participantky č. 4 nedošlo k aplikaci kortikoidů. Zdravotní stav plodu vyžadoval akutní řešení. „*Přijela jsem tam, kontrolovaly ozvy a říkali, že je to hned na sál a malý se narodil o čtvrt na šest.*“

Psychika ženy po předčasném porodu

Partner

V každém rozhovoru participantky zmínily svého partnera či manžela. Ze situace během rozhovoru se ukázalo, že ženy v době předčasného porodu, a i po něm, vnímaly svého partnera či manžela jako doprovod, oporu a pomocnou ruku při péči o jejich dceru/syna.

„... přišel manžel a ten mi zařídil křeslo kolečkové a dovezl mě podívat se za malou.“ (participantka č. 1). „Naštěstí si i můj partner vzal 3 týdny dovolené a se vším mi na začátku pomohl.“ (participantka č. 2). „Manžel jezdil dost často se mnou“ (participantka č. 3). Partner/manžel může být také jako prostředník v komunikaci mezi ženou a lékařem. „No manžel se na to ptal ještě než... No malý se narodil a ptal se, jak dlouho tu budeme“ (participantka č. 4).

Pocity žen

Při otázce, jak participantky vnímaly celou situaci PP, bylo objeveno hned několik pocitů. Objevil se strach. „Měla jsem, jako prvorodička, jen strach, aby vše zvládla.“ (participantka č. 3). Participantka č. 4 uvedla pocity strachu, který se objevil při první zdravotní komplikaci u jejího syna: „Spíš strach. A začínalo to tím, že měl sraženinu v hlavě...“ Dalším pocitem bylo zklamání z nedonošení dítěte. „Byla jsem prvorodička a byla jsem smutná z toho, že jsem nedonosiladitě do stanoveného termínu.“ (participantka č. 2). „Plánovala jsem si klasický porod, kdy normálně odejdeme z porodnice domů a šestinedělí a vzájemné poznávání prožijeme spolu doma.“ (participantka č. 3) Horší prožívání celé situace bylo upozorováno u participantky č. 3, která dojížděla za svým dítětem do nemocnice. Situaci ovlivnil i zdravotní dyskomfort. „Bylo to velmi náročné, já jsem po porodu byla zašitá a dlouhou dobu i trvalo, než se mi to zahojilo a bylo pro mě velmi těžké sedět a chodit, dlouho jsem taky krvácela, takže celé dojíždění bylo velmi „nepohodlné“ a stresující.“, „Doma jsem akorát měla úzkost z toho, aby neonemocněl, aby bylo všechno v pořádku.“ Naopak participantka č. 4 volila dojíždění domů jako způsob odreagování. „Psychicky – katastrofa. Říkám, když byl nemocný, byla to katastrofa. Já jsem jezdila domů. Už jsem nemohla. Musela jsem se odreagovat. Strašné.“ Neskutečným zážitkem popisuje situaci participantka č. 1. „Jakože celkově mi to přijde jako neskutečný zážitek, už bych to nechtěla zažít znova.“

Odchod domů

Ukončení hospitalizace a s tím spojený odchod do domácího prostředí přinášelo do prožívání participantek radost, pozitivní myšlenky a splněnou touhu. „Já už jsem tam byla dva měsíce, takže jsem se strašně těšila domů...“ (participantka č. 1). „Na odchod domů jsem se moc těšila...“ (participantka č. 2). U participantky č. 3 a 4 nebyly upozorovány tak silné pocity radosti a těšení se vlivem toho, že během hospitalizace jejich dítěte dojížděly domů.

Proces adaptace

Hospitalizace

Další část rozhovorů se zaměřovala na pobyt v nemocnici, konkrétněji - na jakém oddělení byla novorozenci poskytovaná péče. Tři participantky uvedly, že bylo jejich dítě hospitalizováno na JIP a dvě z toho byly po zlepšení stavu přeloženy na IMP. „...*první den byla převezena na JIPku a tím že neměla žádné dýchací přístroje, na které by byla napojena a byla šikovná, tak jí předaly nahoru na mediál, vlastně ta intermediální péče.*“ (participantka č. 1). „*Po porodu mi ho jen krátce ukázali již zabaleného a odnesli na novorozenecké oddělení JIP...*“ (participantka č. 3). „*Byl první na JIPce pro novorozence a potom až byl takový šikovnější, tak šel na ten intermediál.*“ (participantka č. 4).

Průběh pobytu v nemocnici

V rozhovorech bylo také uvedeno, jaký průběh měla hospitalizace předčasně narozeného novorozence. Každý pobyt byl individuální. Participantka č. 1 uvedla, že její dcera byla monitorována: „*Dcera byla napojená na monitor a ta sestra, co byla na chodbě, o všem věděla, takže kdykoliv něco, tak hned přišla.*“ a krátce měla zavedenou nasogastrickou sondu: „*Ze začátku měla sondičku v nose zavedenou... a potom neměla už ani tu sondičku – si ji vyrvala z nosu... a fungovalo to, takže jedla.*“ U dvou novorozenců se objevila žloutenka, která si vyžadovala vhodnou terapii. „... *můj syn měl novorozeneckou žloutenku a musel podstoupit fototerapii.*“ (participantka č. 2). „*Ze začátku měl dost silnou žloutenku, která byla léčena fototerapií.*“ (participantka č. 3). S řadou komplikací se potýkal syn participantky č. 4. „*Dostal celkem čtyři krevní transfuze. Po druhé mu to přepíchli do nožičky, pak jsem jim nezdálo, že to má takové škaredé, tak mu to dali do ruky. Ale mně se to nezdálo, říkám: „Jemu ta noha nějak natíká“ Ale oni že ne, ale že to budou hlídat. Hlíдали to, ale otekl, jedna celá noha, druhá noha i genitál a zjistili údajně s otazníkem, že máme zlatého stafylokoka, takže ho nevytahovali vůbec z inkubátoru, na dvacet dní měl dvoukombinaci antibiotik, pak mu jedny vzaly a nechaly jen jedny na doléčení toho bacilu, co v sobě měl, ale zlatý stafylokok to nebyl.“* „*Jo a pak jak nám vysadili ty druhý antibiotika, tak jsem ho přebalovala a ve stolici krev. Říkám: „To asi taky není normální že?“ Vyhodnotili zánětlivé márkry, že šli nahoru ale ne zas tolik, nasadili zpět tu dvoukombinaci antibiotik a potom od té doby klid.*“

Podmínky propuštění

V souvislosti s rozhovory můžeme všeobecně za podmínky propuštění předčasně narozeného novorozence považovat: samostatnost, stabilizovaný zdravotní stav, váhové příbytky a dosažení termínu porodu. „Byli jsme úplně samostatní... A doktor mi řekl, že pro nás je to, abychom prostě dosáhli těch dvou kil.“ (participantka č. 1). „Z nemocnice jsme byli propuštěni, až když syn přibíral na váze a žloutenka byla pod kontrolou.“ (participantka č. 2). „Nemocnici jsme opouštěli zdraví, s rozdílem, že vážil méně, 2 300 g.“ (participantka č. 3). „Říkali, že aspoň do toho termínu, kdy jsme tu měli být (rodit).“, „Byl zdravý.“ (participantka č. 4).

Pobyt matky

Každá participantka v rozhovoru sama uvedla, zda byla nebo nebyla „ubytovaná“ po dobu hospitalizace jejího dítěte. U participantky č. 1 došlo k ubytování na společném pokoji pro matku i dítě „Byla v inkubátoru a já jsem za ní docházela co tři hodiny, normálně z pokoje a sestřička potom říkala, že jsme jako šikovní a že se tam uvolní pokojíček, na kterém je i inkubátor a můžeš tam být na tom pokoji.“, ale předtím byla na pokoji s matkami, které porodily v termínu. „Jako co bych vytkla, že jsem docházela na ten intermediál a na pokoji jsem byla s maminkama, které vlastně měly ty děti tam. Ostatním maminkám tam chodily návštěvy a „Jéé ty máš krásný miminko a to“, že a na mě se tak jako dívali „Co je s tou paní, že tam nemá to miminko?“ víš, bylo to takové divné.“ Participantka č. 2 byla také ubytovaná: „Toto oddělení má i kapacitu pro 6 maminek a měla jsem to štěstí, že pro mě bylo volné místo a mohla jsem být celou dobu hospitalizace se svým synem.“ Participantka č. 3 po celou dobu dojížděla a ubytovaná byla až v závěru hospitalizace. „Doktoři mi jasně řekli, že až bude syn připraven jít domů, tak mě povolají.“ Také participantce č. 4 byl umožněn pobyt v nemocnici, který využila, avšak někdy jezdila domů. „Já jsem jezdila domů... už jsem nemohla. Musela jsem se odreagovat... strašné.“

Příchod domů

Mezi otázky patřila i jedna, která se zabývala příchodem domů. Otázka vyvolávala u participantek radost ve tváři. Participantka č. 1 uvedla, že se jí s příchodem domů zastavila laktace. „Myslím si, že ta adaptace byla super... Jen jsme přestali kojít.“ Participantka č. 4 upozorovala vliv změny prostředí na svém synovi. „Probíhalo celkem v klidu. Ale poprvé jsme přijeli domů a to bylo strašné... Já jsem nevěděla co s ním, snad že ho vrátím do nemocnice (smích). Přijeli jsme domů, a od půl šesté do jedenácti nespál, to byla katastro-

fa. „U zbylých dvou participantek probíhal příchod domů bez komplikací. „*Na odchod domů jsem se moc těšila a adaptace proběhla bez problémů.*“ (participantka č. 2). „*Prvních asi 14 dní syn krásně spí, budil se pouze na jídlo po třech hodinách.*“ (participantka č. 3).

Sledování motorického vývoje v prvním roku života dítěte

Vyšetření během hospitalizace

U každého kojence proběhlo během hospitalizace vyšetření zaměřené na motorický vývoj. Každá participantka uvedla, že za nimi přišel odborník, který jejich dceru/syna vyšetřil a volil další kroky. „*Potom jak jsme šli na ten pokoj, tak za mnou přišla paní z neurologie, prohlídla si Adélku a řekla, že tam jsou ještě pohybové nedostatky a že bychom měli začít cvičit Vojtovu metodu.*“ (participantka č. 1). „*Byla jsem poučena o nutnosti rehabilitace. Na oddělení docházel každý den fyzioterapeut, který doporučil cviky, dle Vojtovy metody...*“ (participantka č. 2). „*Byla mi doporučena rehabilitace...*“ (participantka č. 3). „*Došla za námi paní doktorka, něco zkoušela na něm a říkala, že bude cvičit tu Vojtovku.*“ (participantka č. 4).

Proces rehabilitace

V souvislosti s výše uvedenými výpověďmi je zřejmé, že si rehabilitací prošel každý kojeneček. Proto byla participantkám položena otázka, jaké jsou jejich zkušenosti s rehabilitací. Každá odpověděla, že rehabilitaci vidí jako úspěšnou, avšak odlišné byly názory na reakce dcery/ synů během cvičení. „*Myslím, že to jde hodně, že když cvičíme, že to k něčemu je. A snáší to si myslím dobře. Třeba včera doma mi nebrečela vůbec.*“ (participantka č. 1). Participantka č. 2 uvedla účinnost rehabilitace s tím, že už nemusí dál cvičit. „*Ano, tento týden jsme byli na kontrole u fyzioterapeuta a už nemusíme provádět cviky dle Vojtovy metody.*“ Naopak její syn reagoval na cvičení pláčem. „*Synovi se rehabilitace nelíbí, je to pro něj nepříjemné, pláče u ní.*“ Stejný názor měly i poslední dvě dotazované. „*S rehabilitací mám velmi dobré zkušenosti. Syn by byl pravděpodobně jiného názoru, protože vždycky plakal, ale po návštěvě dělal velké pokroky.*“ (participantka č. 3). „*On není spokojený, ale prostě musíme cvičit... každý den. Je zdravý a co se týče rehabilitace, tak jde vidět, že jsou u něho vidět pokroky.*“ (participantka č. 4).

Odchylky motorického vývoje

V rozhovorech bylo zjišťováno, zda kojenci zvládají fáze motorického vývoje správně, nebo zda je přítomno nějaké odchýlení od normy. Participantka č. 1 zmínila predilekci hlavičky u její dcery. „...otáčí hlavu doprava, na druhou stranu jí neotočí v takové míře.“ Tentýž problém uvedla i participantka č. 3. „Ze začátku preferoval levou stranu a na pravou mu to moc nešlo, takže jsem polohovala tak, aby se obě strany vyvážily.“ Zbylé dvě participantky neuvedly žádné odchýlení ani překážku v motorickém vývoji.

Korigovaný věk

Tři participantky uvedly, že motorický vývoj odpovídá korigovanému věku kojence. Konkrétní příklady popsala participantka č. 1. „Ptala jsem se té paní, co s ní cvičíme a ta říkala, že jí přijde, že některé věci má na 3měsíční miminko a něco má zase jako 5měsíční miminko. Například má zatle pěstičky, ale když mi chytne prst tak drží. A pětíměsíční miminko by mělo dlaň uvolnit a prst pustit, ale to ještě nedělá. Když je na zádech, tak má tendence se přetočit na břicho, což je chování 5měsíčního miminka.“ Stejně tak popsala i participantka č. 3. „Ano, paní fyzioterapeutka naznala, že je cca o 2 měsíce pozadu s motorickým vývojem...Plazení mu šlo zhruba v devíti měsících. Lézt začal teprve nedávno a za chvíli mu bude první rok.“ Participantka č. 4 zmínila pouze vědomí korigovaného věku. „Pro nás mu je vlastně půl roku, ale když ho vidím, tak je fakt na ty čtyři měsíce.“

Pediatr

Pravidelné kontroly u pediatra jsou nutností, pro sledování správného a zdravého vývoje kojence. Ve všech případech dochází k pravidelným kontrolám zaměřeným na motorický vývoj a také na další oblasti, jako je váha a prospívání kojence. „Zaměřovala se především na váhu, jestli přibírá, jestli prospívá. Kontroluje jí pohybově.“ (participantka č. 1). „Kontroly probíhají podle plánu...Pediatr pravidelně kontroluje váhové přírůstky, délku, obvod hlavy a celkový motorický vývoj dítěte.“ (participantka č. 2). „Už druhý den po příjezdu domů jsme se měli přijít ukázat. Syna jsem musela svléknout do naha, paní doktorka ho prohlédla, změřila, zvážila, případně doporučila, co bylo třeba.“ (participantka č. 3). „Hlídá úplně všechno. Zkouší i motorický vývoj.“ (participantka č. 4).

Očkování

V návaznosti na otázku, jak probíhají kontroly u pediatra, byly participantkami uvedeny i informace týkající se očkování. Překvapení bylo vyvoláno, když participantka č. 1 uvedla,

že jim nebylo doporučeno očkovat dceru, kvůli vlivu na motorický vývoj. „*Adélku nechtěli naočkovat, nebo paní doktorka říkala, že je to na nás. Ale že má zkušenosti s tím, že když je naočkují, tak že se vždycky trochu pozastaví vývoj, že ty děti začnou stagnovat.*“ Participantka č. 2 uvedla, že její syn má naopak za sebou již některá očkování. „*... máme za sebou už i první očkování.*“ V případě participantky č. 4 má očkování zřejmě spojitost s nepodáním kortikoidů na dozrání plic před porodem. „*Máme jen to očkování Synagis... Je to vlastně pro děti, co byly na plicní ventilaci, a i kvůli plicím, že jsou takové nedovyvinuté.*“

Pohlaví novorozence

Mezi posledními otázkami byla jedna i na vliv pohlaví v rámci motorického vývoje. Odpovědi byly vyrovnané. „*Ted' nevím, jak mi to říkala ta sestřička... „Můžete být ráda, že máte holčičku, protože kluci tady tyto věci snášejí mnohem hůř.*“ *Takhle mi to řekla, že s tím má zkušenost, že holky jsou větší bojovnice.*“ (participantka č. 1). „*Já si myslím, že pohlaví dost ovlivňuje motorický vývoj. Nemyslím si, že je to pravidlo, najdou se i výjimky, ale obecně si myslím, že chlapci jsou lenošnější a rádi se nechají obsloužit. Co jsem měla možnost pozorovat a přečíst od jiných maminek, tak ve více případech jsou šikovnější děvčata. A vidím to i na našem synovi.*“ (participantka č. 3). Naopak zbylé dvě participantky nevidí pohlaví, jako faktor ovlivňující motorický vývoj. „*Každé dítě je individuální a je jedno, jestli se jedná o holčičku nebo o chlapečka.*“ (participantka č. 2). „*To takhle nevím...*“ (participantka č. 4).

Vlastní názory matek

V poslední části rozhovoru byly sledovány názory matek na to, jak ony samy vidí a vnímají motorický vývoj u svého dítěte. Tři ženy vidí své dítě jako šikovné. „*Možná to řekne každá matka, že je její dítě šikovné, ale já si fakt myslím, že je šikovná.*“ (participantka č. 1). „*Já ho pořád vidím jako šikovného chlapečka.*“ (participantka č. 2). „*... je šikovný, snaží se, na všechno reaguje, pro hračky se natahuje a někdy je až moc aktivní.*“ (respondentka č. 4). Jen participantka č. 3 nemluví o svém synovi jako o šikovném. „*„Viděla jsem ho stejně, jako naše fyzioterapeutka, ke které jsme dojížděli. I když nám rehabilitace moc pomohly, tak stejně si Ondřej jel svým tempem. Ačkoliv se neřídím podle tabulek, tak před rehabilitací na nástěnce měli vývojový graf a tam jsem opravdu viděla, že jsme pozadu.*“

6 DISKUZE

Pro získání informací pro výzkumnou část byl použit polostandardizovaný rozhovor. Každý rozhovor začínal otázkami zaměřenými na oblast předčasného porodu a dále na adaptaci matky a kojence v průběhu hospitalizace a v domácím prostředí. V druhé části byly participantkám kladeny otázky orientované na motorický vývoj kojence a na proces rehabilitace. Celkem byly zprostředkovány čtyři rozhovory žen prvorodiček, které porodily mezi 30. – 37. týdnem těhotenství, a jejich kojeneček nebyl starší dvanácti měsíců.

V rámci této práce bylo cílem zjistit dva dílčí cíle.

Dílčím cílem 1 bylo zjistit, jak předčasný porod ovlivňuje matku v péči o motorický vývoj. Na tento cíl byla zaměřena převážně první část rozhovoru. Bylo zjištěno, že péči matky ovlivňuje hned několik faktorů, které navazují na předčasný porod. Dvě participantky uvedly, že po porodu císařským řezem byly převezeny na JIP pro monitoring zdravotního stavu a k převozu zpět na oddělení šestinedělí došlo až po jeho stabilizaci. Tím došlo k odloučení dítěte a matky. Z praxe je známo, že po spontánním porodu obvykle dochází k bondingu a prvnímu přisátí novorozence k prsu, což vytváří citové pouto mezi matkou a dítětem. Slezáková (2013) ve své práci uvádí, že první kontakt po porodu je pro matku velmi intenzivní a dochází k seznamování. Zmínila také, že ženy odloučení od dítěte vnímají negativně a jsou rády, že jejich roli zastane otec. I z rozhovorů vyplývá, jak byl partner či manžel pro matky po porodu důležitý, především v rámci podpory a vzájemného pochopení. Ve třech případech byl sám kojeneček hospitalizován na oddělení JIP či IMP, kde je patrné, že péči poskytuje především zdravotní personál. U všech participantek bylo zjištěno, že jim byl umožněn pobyt v nemocnici a mohly tak docházet na oddělení za svým dítětem a v rámci možností poskytovat svou péči pod dohledem zdravotních sester. Tento způsob je hodnocen kladně, protože v souvislosti s motorickým vývojem je důležitá i správná manipulace s dítětem a u většiny prvorodiček dochází ke strachu, když mají „sáhnout“ na své dítě. V poslední řadě ovlivňuje péči o dítě psychické rozpoložení matky. U žen dominoval strach o dítě, stres, pocity viny z nedonošení dítěte, nemožnost být s dítětem a touha po domácím prostředí. Stejně i další pocity byly prokázány během zahraniční kvalitativní studie, kdy rodiče uváděli překvapení, strach a nejistotu, vinu v důsledku nedonošení dítěte a předčasného porodu, ale naopak od zdravotního personálu cítili důvěru, dobrý vztah a dostupnost kvalitní péče. (MachadoPieszak et al., 2017) Péči matky o nedonošeného kojence po předčasném porodu ovlivňuje řada faktorů a záleží na

ženě, do jaké míry je nechá na sebe působit a jak se postaví k péči o své dítě. Z rozhovorů však vyplynulo, že se matky v rámci hospitalizace se svým dítětem sžily, byly samostatné a měly přehled, co se s jejich dítětem děje.

Dílčí cíl 2 byl zaměřen na sledování motorického vývoje v prvním roce života dítěte. Participantky v rozhovorech uvedly, že kontrola motorického vývoje proběhla již během hospitalizace v nemocnici. Zde spadá kontrola do rukou neurologů a fyzioterapeutů, kteří dítě hodnotí po pohybové stránce a na základě vybavenosti reflexů. Po celkovém zhodnocení určí další kroky, kterými je ve většině případů rehabilitace a ukázka správného provedení. Hlavním pozorovatelem motorického vývoje po propuštění do domácího prostředí se stává především matka dítěte, která si obvykle jako první všimne projevujících se změn či nedokonalostí. Další, kdo kontroluje motorický vývoj je neonatolog v poradně pro rizikové kojení nebo pediatr v místě bydliště. Kontroly zde probíhají v daných intervalech a o návštěvách těchto ordinací píše ve své knize i gynekolog prof. MUDr. Antonín Pařízek. (Pařízek, 2015) Zajímavý názor obohatila pediatrička jednu z participantek, že očkování může zpomalit nebo na chvíli pozastavit motorický vývoj kojení. Fyzioterapeutka v brožuře *Jak zasáhl systém očkování do života některých rodin*, (2017) uvádí stejné poznatky o negativním vlivu očkování na motorický vývoj s tím, že ke každému kojenci by se mělo přistupovat individuálně. Tento fakt nevyvrací ani stanovisko odborných společností, které je zmíněno výše, v kapitole očkování nedonošeného novorozence. Dále z rozhovorů vyplývá, že kojeneček je hlídán nadále v průběhu rehabilitace fyzioterapeutem a neurologem. Ženy považují fyzioterapeuta či neurologa za tak zvaného rádce, na kterého se mohou obrátit s dotazy týkající se vývoje. U nedonošených novorozenců je kladen důraz na multidisciplinární péči, kdy se hlídá zdravotní stav více odborníky (kardiolog, oftalmolog, pneumolog,...). Stejně tak je otázka vývoje a budoucnost předčasně narozených kojenců v zájmu lékařů a specialistů z jiných oborů popsána v odborném článku Mitosek-szewczyk(2018).

Dílčím cílem 3 bylo zjistit, jak matky vnímají proces rehabilitace. V rámci procesu rehabilitace byla u každého kojení zvolena Vojtova metoda. Participantky uvedly pozitivní vliv této metody na vývoj jejich kojení. Rozdílné názory se objevily u otázky, jak jejich dítě rehabilitaci snáší. Tři ze čtyř kojenců se během rehabilitace bránily pláčem a daly tak najevo svou nespokojenost. Participantka č. 1 definovala snášení rehabilitace následovně: „*Ale já si nemyslím, že jí to bolí, spíš že jí je to nepříjemné, že jsou nazí, na podložce, v cizím prostředí (když jsme u doktorky). Třeba včera doma mi nebrečela vůbec.*“ Tento názor po-

tvrzují následující věty. Během cvičení by cvičící neměl brát dítě do náruče, jelikož mu tím dává znamení, že je cvičení u konce a projev zklamání se objeví v momentě, kdy je dítě vráceno zpět na podložku. Tím je zvyšováno napětí a dítě je přetěžováno. Tak odpovídá na otázku, proč děti během cvičení pláčou článek od autorek Skaličková-Kováčiková a Procházková(2019). Z rozhovorů je zřejmé, že účinnost rehabilitace tkví v dodržování frekvence a pravidelnosti cvičení, které je v rukou matek.

Dílčí cíl 4 se zaměřoval na skutečnost, zda se motorický vývoj odchýlil od normy. Dvě participantky uvedly jako odchýlení zpozorovanou predilekci hlavy na levou či pravou stranu, zbylé dvě nevedly žádné odchýlení. Samotná predilekce může být způsobena polohou plodu v děloze, a pokud se včas zahájí adekvátní terapie, do šesti týdnů by mělo toto nesymetrické držení hlavy vymizet. Článek tvořený autory GomesMartins, de Oliveira Pinto a Saccani(2017) zmiňuje, že by motorický vývoj mohl být ovlivněn nízkou porodní hmotností (méně jak 2 500 gramů) především u dětí narozených před 36. týdnem těhotenství. I přesto,že nedonošení novorozenci respondentek vážili méně než 1500 gramů, nebylo prozatím zpozorováno žádné odchýlení. To ale vyvrací klinická studie zabývající se motorickým vývojem u předčasně narozených kojenců mezi 32. -34. týdnem těhotenství. Její výsledky ukazují, že abnormální hodnocení vývoje ve věku 3 až 9 měsíců mělo za následek normální výsledek u téměř 80% dětí ve 4 letech. Na druhé straně, normální výsledek v prvním roce života vedl k abnormálnímu výsledku ve věku čtyř let u 10 % dětí. PRINS, S. A. et al.(2010) V rámci praxe je proto důležité sledovat motorický vývoj nedonošených dětí v průběhu několika let.

Po analýze textů rozhovorů se ukazuje, že péče o motorický vývoj se poskytuje v čas a v dostačující míře, jak ze strany lékařů, tak ze strany rodičů, a to zejména péčí matky. Péče matky může být ovlivněna předčasným porodem v prvních dnech, než dojde k plné adaptaci na nově vzniklou situaci. Kvalita motorického vývoje se v rámci této práce jeví v mezích normy, protože ve všech případech je přihlíženo na korigovaný věk kojence. Do péče zahrnujeme i proces rehabilitace. Z výzkumu vyplývá, že nejpoužívanější rehabilitací je Vojtova metoda, která byla ve všech případech velmi efektivní a matkami kladně hodnocena v rámci účinnosti.

V rámci péče o motorický vývoj mohou matky vytvářet různé strategie, které zabrání špatnému vývoji. Strategie může být chápána jako dlouhodobý plán se snahou dosáhnout zvoleného cíle. V případě matek by mohla být cílem minimalizace odchylek motorického vývoje od normy. Čtyři ze čtyř matek zvolily strategii, která měla jejich dítěte stimulovat

v plné míře a maximálně tak předejít vývojovým komplikacím. Jejich dlouhodobý plán spočíval v pravidelných kontrolách u pediatra i fyzioterapeuta a v poctivém domácím cvičení. Výsledky strategie pak mohou být subjektivní (jak matka vidí kojence) a objektivní (účinnost rehabilitace). V obou případech byly výsledky pozitivní. Strategií, které matky volí, může být daleko více. Ve své podstatě můžeme přistoupit na to, že i žádná strategie je strategií. Myšleno tak, že matky nechají své dítě spontánně procházet fázemi motorického vývoje bez zásahu pediatra či fyzioterapeuta. V dnešní době musíme přistoupit na fakt, že s „nature“ matkami se jakoby „roztrhl pytel“ a s tím souvisí i výskyt této strategie, která není strategií.

Toto výzkumné šetření může být označeno za velmi strohé a chudé na sběr informací. Tato práce však vznikala za účelem zhotovení tzv. „náštrelu“, kdy vznikne náhled na zkoumaný problém. Abychom dosáhly většího množství výsledků, bylo by nutné toto téma zpracovat v daleko obsáhlejší práci nebo daný problém podrobit časově delšímu zkoumání.

6.1 Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných výsledků víme, že během hospitalizace v nemocnici je motorický vývoj kontrolován a lékaři je rozhodnuto o následných krocích pro udržení zdravého motorického vývoje. V rámci této oblasti by měly dominovat také novorozenecké sestry či porodní asistentky, které by v rámci celoživotního vzdělávání měly obohacovat své zkušenosti v rámci motorického vývoje a podílet se tak efektivně na procesu edukace. Samotná edukace matek by měla spočívat v péči o svého předčasně narozeného kojence a také o tom, jak s ním správně manipulovat a předcházet tak vzniku špatných pohybových návyků.

Před odchodem z nemocnice, lékař informuje matku o současném stavu dítěte a obeznámí jí o nutnosti návštěvy u odborných specialistů zaměřujících se na předčasně narozené děti a motorický vývoj.

Pro stručný přehled, co matku v budoucích dnech čeká, může sloužit edukační leták (viz. Příloha P IV), který stručně popisuje, jak s dítětem vhodně manipulovat, které specialisty bude nutné navštívit a také jak přistupovat ke zvolené metodě rehabilitace.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se snažila přiblížit život matek, které pečují o motorický vývoj jejich předčasně narozeného kojence. Motorický vývoj je v životě každého z nás velmi důležitý, neboť špatné pohybové návyky mohou ohrozit naši tělesnou kondici. Pozornost a péče matky proto může odhalit pohybové nedostatky, a tím lze včas zahájit adekvátní terapii. Ženy, které se svými příběhy podílely na této práci, si na vlastní kůži vyzkoušely, jak krutý ale i krásný může život být. Krutost ukrytá v beznaději a strachu o život naprosto bezradného malého človíčka, který opustil lůno matky předtím, než stihl dozrát. Krása a radost přicházející s každou další pozitivní zprávou od zdravotního personálu. Krása a radost v každém dalším dni, který rozzářil úsměv jejich dítěte.

V rámci výzkumu byly provedeny čtyři polostandardizované rozhovory participantek, které předčasně porodily mezi 30. - 37. týdnem těhotenství, a jejich kojenec nepřesáhl věk dvanácti měsíců. Výběr byl zcela náhodný, bez předem provedeného zjištění o stavu motorického vývoje.

Hlavním cílem bylo zjistit způsob péče o motorický vývoj a jeho kvalitu u předčasně narozených kojenců. Tento cíl byl doplněn dalšími čtyřmi dílčími cíli, které se zabývaly vlivem předčasného porodu na péči matky o motorický vývoj, jak je motorický vývoj sledován v prvním roce života kojence, jak matky vnímají proces rehabilitace a zda se motorický vývoj odchýlil od normy. Pro zjištění cílů byla použita kvalitativní metoda výzkumu.

V závěru můžeme shrnout, že hlavní cíl byl dosažen dílčím cílem druhým a čtvrtým. Péče o motorický vývoj je předčasně narozeným dětem poskytovaná již během hospitalizace neonatologů, neurologů, fyzioterapeutů a zdravotními sestrami, které matce pomáhají a především ukazují, jak o novorozence správně pečovat. Péče dále probíhá v domácím prostředí, kdy hlavním pozorovatelem a poskytovatelem péče je matka, která navštěvuje pediatra a ostatní specialisty, kteří se zabývají motorickým vývojem. Sama kvalita motorického vývoje se jeví v rámci normy tím, že u všech kojenců odpovídá motorika korigovanému věku, který je u předčasně narozených dětí důležitější, než kalendářní věk. Předčasný porod ovlivňuje péči matky především po císařském řezu, kdy sama matka potřebuje pomoc druhých, aby se poté mohla sama starat o své dítě. Péči může také ovlivňovat strach a nejistota, či pocity viny z předčasného porodu. V procesu rehabilitace se jako nejvyužívanější terapií prokázala Vojtova metoda, kterou můžeme označit za účinnou vzhledem k neprokázání žádných odchylek motorického vývoje.

Během rozhovorů a psaní samotné práce jsem si uvědomila, kolik rolí matky obsadí během prvního roku života dítěte. Role matky, mající strach o své malé a křehké dítě, role pečovatele, který pečuje s láskou a milujícím dotekem, role nepříjemné cvičitelky, která se snaží rehabilitačními prvky směřovat správným směrem vývoj svého dítěte a role pozorovatele, protože jedině matka dokáže porozumět nemluvněti. Tyto role charakterizují zejména péči matky, přičemž způsob a kvalita takovéto péče ovlivňuje motorický vývoj dítěte.

Protože všechno na všem závisí...

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BINDER, Tomáš, 2011. Porodnictví. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.

DOKOUPILOVÁ, Milena, Barbora FIŠÁRKOVÁ a Lenka NOVOTNÁ, 2009. Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti. Praha: Portál. ISBN 978-807-3675-523.

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA, 2013. Neonatologie. 2., upr. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4622-538.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2011. Nová kniha o těhotenství a mateřství. Praha: Grada. ISBN 978-802-4730-813.

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

JANÁČKOVÁ, Laura a Lumír KANTOR, 2015. Maličké miminko: praktický průvodce pro rodiče předčasně narozených dětí. V Brně: Grifart. ISBN 978-809-0618-527.

KIEDROŇOVÁ, Eva, 2010. Rozvíjej se, děťátko--: moderní poznatky o významu správné stimulace kojence v souladu s jeho psychomotorickou vyspělostí. Praha: Grada. Šťastné dítě (Grada). ISBN 978-80-247-3744-7.

KOBILKOVÁ, Jitka, 2005. Základy gynekologie a porodnictví. Praha: Galén. ISBN 80-726-2315-X.

KOMÁREK, Vladimír a Alena ZUMROVÁ, 2000. Dětská neurologie: vybrané kapitoly. Praha: Galén. Scripta. ISBN 80-726-2081-9.

KOUCKÝ, Michal a Jan SMÍŠEK, 2014. Spontánní předčasný porod. 1. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-416-6.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

LEIFER, Gloria, 2004. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.

ORTH, Heidi, 2009. Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi. České Budějovice: Kopp. ISBN 978-80-7232-378-4.

- BINDER, Tomáš, 2011. Porodnictví. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.
- DOKOUPILOVÁ, Milena, Barbora FIŠÁRKOVÁ a Lenka NOVOTNÁ, 2009. Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti. Praha: Portál. ISBN 978-807-3675-523.
- DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA, 2013. Neonatologie. 2., upr. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4622-538.
- GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2011. Nová kniha o těhotenství a mateřství. Praha: Grada. ISBN 978-802-4730-813.
- HÁJEK, Zdeněk, 2004. Rizikové a patologické těhotenství. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.
- JANÁČKOVÁ, Laura a Lumír KANTOR, 2015. Maličké miminko: praktický průvodce pro rodiče předčasně narozených dětí. V Brně: Grifart. ISBN 978-809-0618-527.
- KIEDROŇOVÁ, Eva, 2010. Rozvíjej se, děťátko--: moderní poznatky o významu správné stimulace kojence v souladu s jeho psychomotorickou vyspělostí. Praha: Grada. Šťastné dítě (Grada). ISBN 978-80-247-3744-7.
- KOBILKOVÁ, Jitka, 2005. Základy gynekologie a porodnictví. Praha: Galén. ISBN 80-726-2315-X.
- KOMÁREK, Vladimír a Alena ZUMROVÁ, 2000. Dětská neurologie: vybrané kapitoly. Praha: Galén. Scripta. ISBN 80-726-2081-9.
- KOUCKÝ, Michal a Jan SMÍŠEK, 2014. Spontánní předčasný porod. 1. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-416-6.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- LEIFER, Gloria, 2004. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.
- ORTH, Heidi, 2009. Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi. České Budějovice: Kopp. ISBN 978-80-7232-378-4.

PAŘÍZEK, Antonín, 2009. Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]. 4. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2626-533.

PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK, 2015. Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-216-9.

ROZTOČIL, Aleš, 2017. Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4757-537.

SKUTILOVÁ, Vladana, 2016. Jak na strach a úzkost v těhotenství. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4754-697.

SOBOTKOVÁ, Daniela, DITTRICHOVÁ, Jaroslava a Eva ROCHÁZKOVÁ, 2015. Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

VOJTA, Václav a Annegret PETERS, 2010. Vojtův princip: svalové souhry v reflexní lokomoci a motorické ontogenezi. Praha: Grada. ISBN 978-802-4727-103

INTERNETOVÉ ZDROJE

ČESKÁ GYNEKOLOGIE, 2017. Spontánní předčasný porod [online], Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2017(2) [cit. 2020-03-19]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2017-spontanni-predcasny-porod.pdf>

GOMES MARTINS, Amanda, Priscila DE OLIVEIRA PINTO a Raquel SACCANI, 2017. Desenvolvimento motor no primeiro ano de vida de crianças prematuras conforme o peso de nascimento. ScientiaMedica [online]. 27(3), 1-7 [cit. 2020-05-07]. DOI: 10.15448/1980-6108.2017.3.27079. ISSN 18065562. Dostupné z: <https://vufind.katalog.k.utb.cz/EdsRecord/edo,125527667>

HÁJEK, Zdeněk, 2008. Farmakoterapie předčasného porodu - tokolytiky, kortikosteroidy. Klinická farmakologie a farmacie: Farmakoterapie předčasného porodu - tokolytiky, kortikosteroidy [online]. Solen, 22(4), 142-144 [cit. 2020-05-14]. ISSN 1803-5353. Dostupné z: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2008/04/05.pdf>

MACHADO PIESZAK, Greice et al., 2017. Hospitalization of premature infants: parents' perceptions and revelations about nursing care. *Rev Rene* [online]. 18(5), 591-597 [cit. 2020-05-07]. DOI: 10.15253/2175-6783.2017000500005. ISSN 15173852. Dostupné z: <https://vufind.katalog.k.utb.cz/EdsRecord/edb,126360552>

MITOSEK-SZEWCZYK, Krystyna, 2018. The course and support of sensorimotor development in a premature infant. *Rehabilitacja Medyczna* [online]. 21(3), 64-69 [cit. 2020-05-07]. DOI: 10.5604/01.3001.0011.6825. ISSN 14279622. Dostupné z: <https://vufind.katalog.k.utb.cz/EdsRecord/edsdoj,edsdoj.7d6575aa44674667a5d11511d2c68941>

MUDr. CÍBOCHOVÁ, Renata, 2004. *Pediatric pro praxi: Psychomotorický vývoj dítěte v prvním roce života* [online]. *Solen*, (6), 291-297 [cit. 2020-05-14]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/06/07.pdf>

MUDr. KOTEROVÁ, Kateřina, 2008. *Moderní babictví: Předčasný porod. Moderní babictví: Předčasný porod* [online]. Praha: *Levret*, (15), 1-5 [cit. 2020-05-14]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=11>

MUDr. KUČEROVSKÁ, Marie, Petra MUDr. HANÁKOVÁ a Hana doc. MUDr. OŠLEJŠKOVÁ, Ph.D., 2013. *Pediatric pro praxi: Vývojové vyšetření novorozence* [online]. *Solen*, (4), 231-234 [cit. 2020-05-14]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/04/05.pdf>

MUDr. VACUŠKA, Milan, Miluše BC. VACUŠKOVÁ a Anna DREISEITLOVÁ, 2003. *Pediatric pro praxi: Rizikový novorozenec propuštěný do domácího prostředí pohledem dětského neurologa* [online]. *Solen*, (3), 145-147 [cit. 2020-05-14]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2003/03/09.pdf>

PRINS, S. A. et al., 2010. Motor Development of Premature Infants Born between 32 and 34 Weeks. *International Journal of Pediatrics* [online]. 2010, 1-4 [cit. 2020-05-07]. DOI: 10.1155/2010/462048. ISSN 1687-9740. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/ijpedi/2010/462048/>

prof. MUDr. VOJTA, DrSc., Václav, *Aktivační systém reflexní lokomoce (Vojtova metoda)*. www.fyzioklinika.cz: *Aktivační systém reflexní lokomoce (Vojtova metoda)* [online]. Praha: *FYZIOklinika* [cit. 2020-05-14]. Dostupné z: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/aktivacni-system-reflexni-lokomoce-vojtova-metoda>

SKALIČKOVÁ-KOVÁČIKOVÁ, V. a M. PROCHÁZKOVÁ, 2019. Doporučený postup vyšetření kojenců a batolat v ordinaci dětského fyzioterapeuta z pohledu vývojové kineziologie a reflexní lokomoce dle Vojty. Rehabilitation [online]. 26(2), 101-106 [cit. 2020-05-07]. ISSN 12112658.

Dostupné z:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=137186907&scope=site>

SLEZÁKOVÁ, Zdenka, 2013. Bonding matky a novorozence. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Mgr. Gabriela Seidlová Málková, Ph.D.

SVAZ PACIENTŮ ČESKÉ REPUBLIKY A ROZALIO – Rodiče za lepší informovanost a svobodnou volbu v očkování z. s. Jak zasáhl systém očkování do života některých rodin, 2017. Praha, 22-24.

Dostupné také z: https://www.pooockovani.cz/downloads/jak_zasahl_system_III.pdf

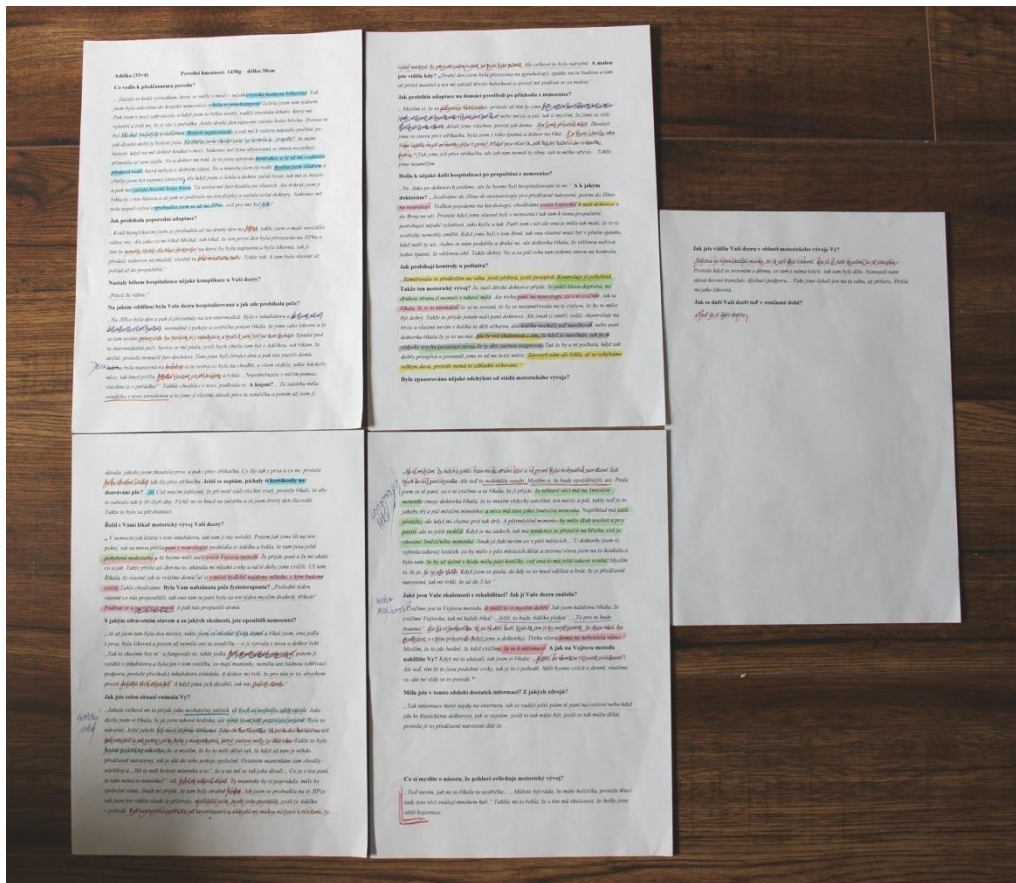
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DMO	Dětská mozková obrna
GBS	Streptococcus agalactiae
IMP	Intermediální péče
JIP	Jednotka intenzivní péče
PP	Předčasný porod
tt.	Týden těhotenství
RDS	Syndrom dechové tísně

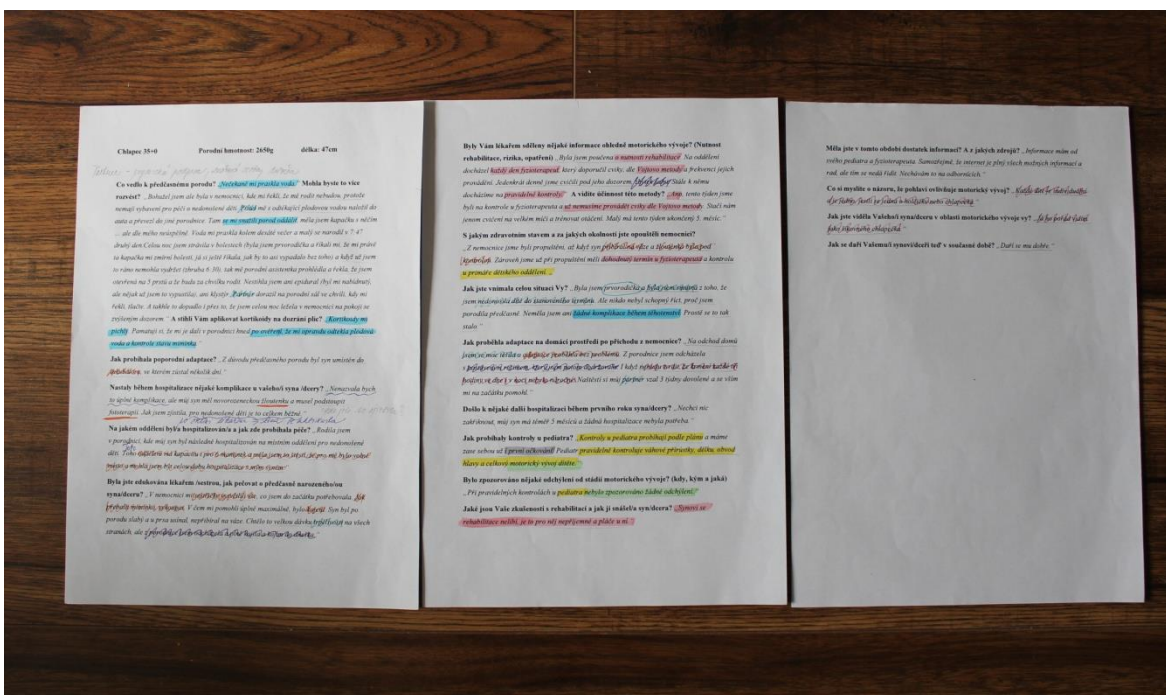
SEZNAM PŘÍLOH

- P I** Fotografie kódování rozhovorů
- P II** Otázky rozhovoru
- P III** Rozhovory participantek č. 1-4
- P IV** Doporučení v rámci edukace – léták

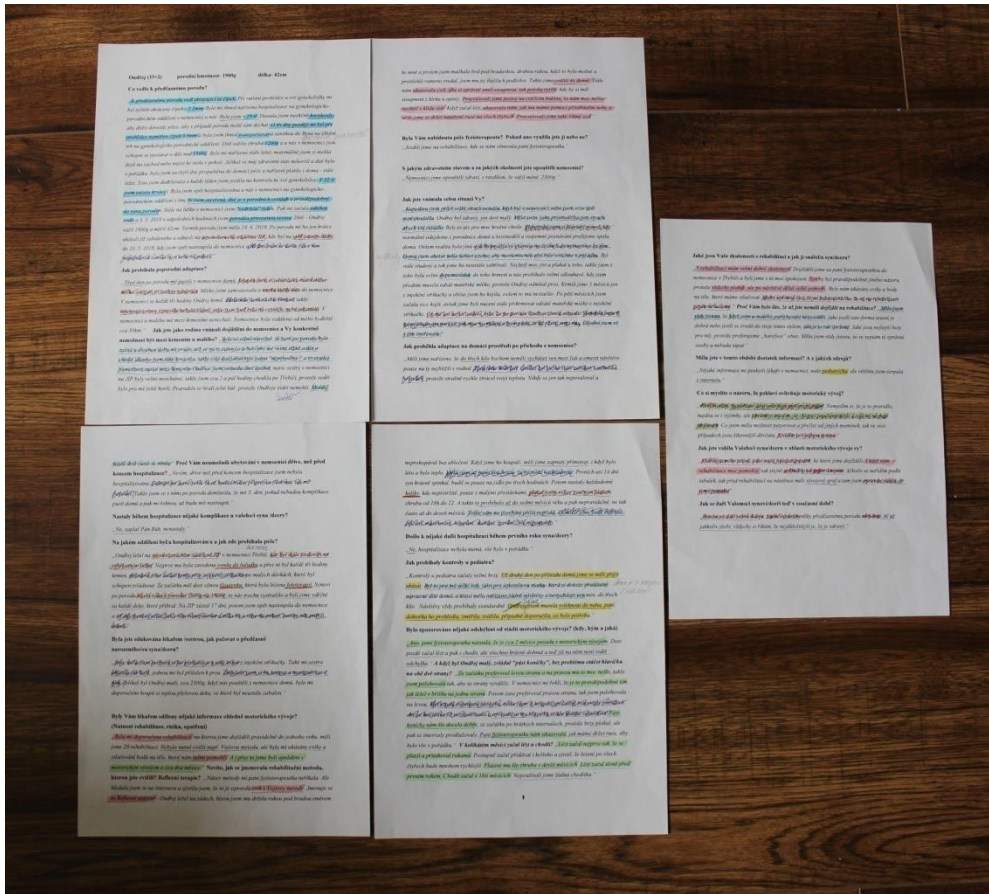
PŘÍLOHA P I: FOTOGRAFIE JEDNOTLIVÝCH ROZHOVORŮ - KÓDOVÁNÍ



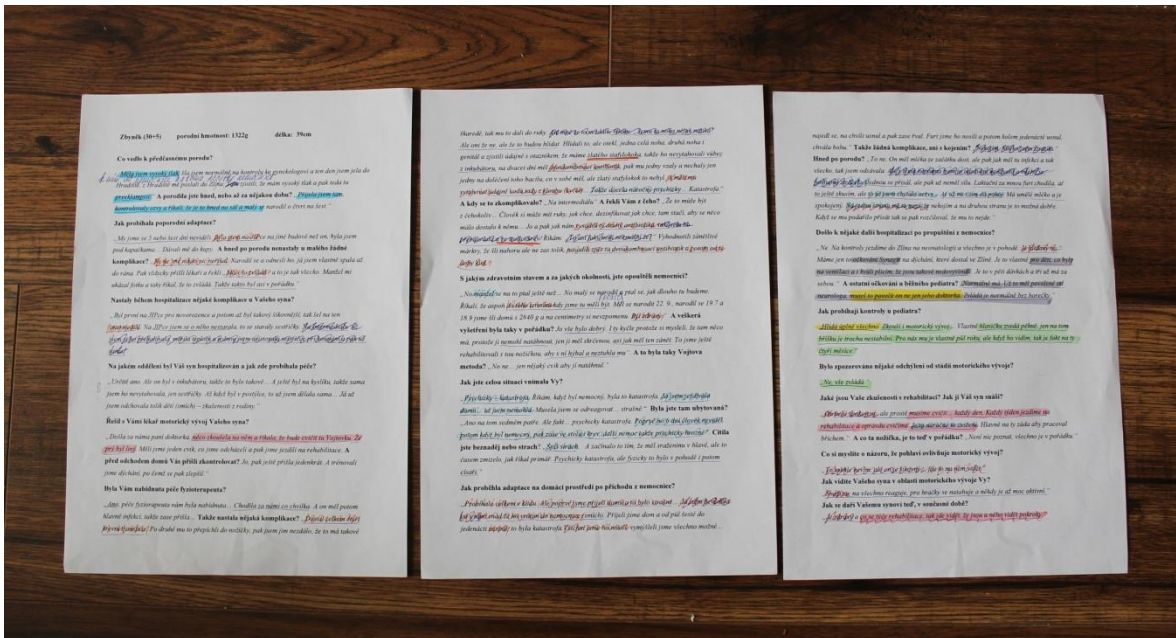
Participantka č. 1



Participantka č. 2



Participantka č. 3



Participantka č. 4

Příloha P II: OTÁZKY ROZHOVORU

Co vedlo k předčasnému porodu? (Proč jste porodila předčasně, jak to probíhalo?)

Jak probíhala poporodní adaptace? (První den po porodu)

Nastaly během hospitalizace nějaké komplikace u vašeho/í syna /dcery? (zdravotní stav, výživa, kojení)

Na jakém oddělení byl/a hospitalizován/a a jak zde probíhala péče?

Byla jste edukována lékařem /sestrou, jak pečovat o předčasně narozeného/ou syna/dceru?

Byly Vám lékařem sděleny nějaké informace ohledně motorického vývoje? (Nutnost rehabilitace, rizika, opatření)

Byla Vám nabídnuta péče fyzioterapeuta? Pokud ano využila jste ji nebo ne?

S jakým zdravotním stavem a za jakých okolností jste opouštěli nemocnici?

Jak jste vnímala celou situaci Vy? (pobyt v nemocnici)

Jak proběhla adaptace na domácí prostředí po příchodu z nemocnice? (nastaly nějaké změny)

Došlo k nějaké další hospitalizaci během prvního roku syna/dcery?

Jak probíhaly kontroly u pediatra? (zaměřoval se na motorický vývoj?, co dalšího sledoval, dal doporučení?)

Bylo zpozorováno nějaké odchýlení od stádií motorického vývoje? (kdy, kým a jaká)

Jaké jsou Vaše zkušenosti s rehabilitací a jak ji snášel/a syn/dcera?

Měla jste v tomto období dostatek informací? A z jakých zdrojů?

Co si myslíte o názoru, že pohlaví ovlivňuje motorický vývoj?

Jak jste viděla Vašeho/í syna/dceru v oblasti motorického vývoje vy?

Jak se daří Vašemu/í synovi/dceři teď v současné době?

Příloha P III: ROZHOVORY PARTICIPANTEK Č. 1-4

Participantka č. 1

Pohlaví: ženské porod v týdnu: 33+4 porodní hmotnost: 1430g délka: 38cm

Co vedlo k předčasnému porodu?

„ Začalo to kvůli výsledkům, které se našly v moči – nějaká vysoká hodnota bílkoviny. Tak jsem byla odeslána do krajské nemocnice a byla to preeklampsie. Ležela jsem tam týdnem. Pak jsem v noci zakrvácela, a když jsem to řekla sestře, raději zavolala lékaře, který mě vyšetřil a řekl mi, že je vše v pořádku. Jenže druhý den ráno mě začalo bolet břicho. Zrovna tu byl Michal (manžel) s rodičema. Bolesti nepřestávaly a tak mě k večeru napadlo počítat, po jak dlouhé době ty bolesti jsou. Nechtěla jsem chodit zase za sestrou a „trapčit“, že mám bolesti, když na mě doktor koukal v noci. Nakonec mě žena ubytovaná se mnou na pokoji přimněla ať tam zajdu. No a doktor mi řekl, že to jsou opravdu kontrakce a že už mi i odtekla plodová voda, která nebyla v dobrém stavu. No a musela jsem jít родit. Rodila jsem císařem a chtěla jsem být uspaná částečně, ale když jsem si lehla a doktor začal řezat, tak mě to bolelo a pak mě začala hrozně bolet hlava. Ta sestra mě furt hladila po vlasech. Asi třikrát jsem jí řekla to s tou hlavou a až pak se podívala na ten displej a začala volat doktory. Nakonec mě teda uspali celou a probudila jsem se až na JIPce, což pro mě byl šok.“

Jak probíhala poporodní adaptace?

„Kvůli komplikacím jsem se probudila až na druhý den na JIPce, takže jsem o malé nevěděla vůbec nic. Ale jako co mi říkal Michal, tak říkal, že ten první den byla převezena na JIPku a tím že neměla žádné dýchací přístroje, na které by byla napojena a byla šikovní, tak jí předaly nahorou na mediál, vlastně ta intermediální péče. Takže tak. A tam byla vlastně už pořádek až do propuštění.“

Nastaly během hospitalizace nějaké komplikace u Vaší dcery?

„Právě že vůbec.“

Na jakém oddělení byla Vaše dcera hospitalizovaná a jak zde probíhala péče?

„Na JIPce byla den a pak jí přesunuly na ten intermediál. Byla v inkubátoru a já jsem za ní docházela co tři hodiny, normálně z pokoje a sestřička potom říkala, že jsme jako šikovní a že se tam uvolní pokojíček, na kterém je i inkubátor a můžeš tam být na tom pokoji.“

*Spadal pod tu intermediální péči. Sestra se mě ptala, jestli bych chtěla tam být s Adélkou, tak říkám, že určitě, protože nemusíš furt docházet. Tam jsme byli čtrnáct dnů a pak nás pustili domů. Dcera byla napojená na monitor a ta sestra co byla na chodbě, o všem věděla, takže kdykoliv něco, tak hned přišla. Přišla vlastně co tři hodiny a řekla: „Nepotřebujete s něčím pomoc, všechno je v pořádku?“ Takhle chodila i v noci, podívala se. **A kojení?** „Ze začátku měla sondičku v nose zavedenou a to jsme ji vlastně dávali přes tu sondičku a potom už jsem jí dávala, jakoby jsem zkoušela prso, a pak i přes stříkačku. Co šlo tak z prsa a co ne, protože byla strašně slabá, tak šlo přes stříkačku. **Ještě se zeptám, píchaly ti kortikoidy na dozrávání plic?** „Jo. Což musím zaklepat, že při mně stáli všichni svatí, protože říkali, že aby to zabralo tak ty tři čtyři dny. Píchli mi to hned na začátku a já jsem čtvrtý den šla родit. Takže to bylo za pět dvanáct.*

Řešil s Vámi lékař motorický vývoj Vaší dcery?

*„V nemocni jak ležela v tom inkubátoru, tak tam jí nic neřekli. Potom jak jsme šli na ten pokoj, tak za mnou přišla paní z neurologie, prohlídla si Adélku a řekla, že tam jsou ještě pohybové nedostatky a že bysme měli začít cvičit Vojtovu metodu. Že přijde paní a že mi ukáže co a jak. Takže přišla asi den na to, ukázala mi nějaké cviky a od té doby jsme cvičili. Už tam. Říkala, že vlastně jak se vrátíme domů, ať si v místě bydliště najdeme někoho, s kým budeme cvičit. Takže chodíváme. **Byla Vám nabídnuta péče fyzioterapeuta?** „Poslední týden, vlastně co nás propouštěli, tak ona tam ta paní byla za ten týden myslím dvakrát, třikrát? Podívat se a zacvičit se mnou. A pak nás propustili domů.*

S jakým zdravotním stavem a za jakých okolností, jste opouštěli nemocnici?

„Já už jsem tam byla dva měsíce, takže jsem se strašně těšila domů a říkal jsem, ona jedla z prsa, byla šikovná a potom už neměla ani tu sondičku – si ji vyrvala z nosu a doktor řekl: „Tak to zkusíme bez ní“ a fungovalo to, takže jedla. Byli jsme úplně samostatní, potom jí vytáhli z inkubátoru a byla jen v tom vozičku, co mají maminky, neměla ani žádnou vyhřívací podporu, protože přechod z inkubátoru zvládala. A doktor mi řekl, že pro nás je to, abychom prostě dosáhli těch dvou kil. A když jsme jich dosáhli, tak nás pustili domů.“

Jak jste celou situaci vnímala Vy?

„Jakože celkově mi to přijde jako neskutečný zážitek, už bych to nechtěla zažít znova. Jako dycky jsem si říkala, že já jsem taková hrdinka, ale tohle jsem fakt prožívala strašně. Bylo to náročné. Ještě jakože být mezi čtyřma stěnami. Jako co bych vytkla, že jsem docházala na ten intermediál a na pokoji jsem byla s maminkama, které vlastně měly ty děti tam. Tak-

že to bylo hodně psychicky náročné, že si myslím, že by to měli dělat tak, že když už tam je někdo předčasně narozený, tak je dát do toho pokoje společně. Ostatním maminkám tam chodily návštěvy a „Jéé ty máš krásný miminko a to“, že a na mě se tak jako dívali „ Co je s tou paní, že tam nemá to miminko?“ víš, bylo to takové divné. Ty maminky by si popovídaly, měly by společné téma. Jinak mi přijde, že tam byly strašně hodní. Jak jsem se probudila na té JIPce tak jsem jen viděla všude ty přístroje, nevěděla jsem, jestli jsem porodila, jestli je Adélka v pohodě. Pak tam přišla sestřička od novorozenců a ukázala mi malou na fotce v telefonu, že volal manžel, že přijede odpoledne, to bylo fakt pěkné. Ale celkově to bylo náročné. **A malou jste viděla kdy?** „Druhý den jsem byla převezena na gynekologii, zpátky na tu budovu a tam až přišel manžel a ten mi zařídil křeslo kolečkové a dovezl mě podívat se za malou.“

Jak proběhla adaptace na domácí prostředí po příchodu z nemocnice?

„ Myslím si, že ta adaptace byla super, protože už tím že jsme byli spolu na pokojíčku a byly jsme vlastně dennodenně spolu dva měsíce, nebo měsíc a půl, tak si myslím, že jsme se sžili. Koupali jsme spolu, dělali jsme všechno, prostě jak doma. Jen jsme přestali kojit. Zkoušeli jsme to znovu přes stříkačku, byla jsem z toho špatná a doktor mi říká: „Co byste chtěla, aby Vám takhle malé miminko pilo z prsa? Vždyť pro ní to je, jak kdyby běžela do sedmého patra.“ Tak jsme jeli přes stříkačku, ale jak tam nemáš ty sliny, tak to mlíko ubývá... Takže jsme neumělým.

Došlo k nějaké další hospitalizaci po propuštění z nemocnice?

„Ne. Jako po doktorech jezdíme, ale že bysme byli hospitalizovaní to ne.“ **A k jakým doktorům?** „ Jezdíváme do Zlína do neonatologie pro předčasně narozené, potom do Zlína na neurologii. Ted'kon pojedeme na kardiologii, chodíváme cvičit Vojtovku, k naší doktorce a do Brna na uši. Protože když jsme vlastně byli v nemocnici tak tam k tomu propuštění potřebuješ nějaké vyšetření, jako kyčle a tak. Patří tam i uši ale ona je měla tak malé, že to ty sestřičky nemohly změřit. Když jsme byli v tom Brně, tak ona vlastně musí být v plném spánku, když měří ty uši. Jedno se nám podařilo a druhé ne, ale doktorka říkala, že většinou nebývá jedno špatné, že většinou obě. Takže dobrý. No a za půl roku tam jedeme znovu na kontrolu.

Jak probíhají kontroly u pediatra?

„Zaměřovala se především na váhu, jestli přibírá, jestli prospívá. Kontroluje jí pohybově. **Takže ten motorický vývoj?** Jo, naší dětské doktorce přijde, že otáčí hlavu doprava,

na druhou stranu jí neotočí v takové míře. Ale třeba paní na neurologii, co s ní cvičíme, tak ta říkala, že je to normální, že se to srovná, že by se nezaměřovala na ty cvičení, že by to mělo být dobrý. Takže to přijde jenom naší paní doktorce. Ale jinak ji změří, zváží, zkontroluje na břiše a vlastně nevím, v kolika se děti očkujou, ale Adélku nechtěli teď naočkovat, nebo paní doktorka říkala, že je to na nás. Ale že má zkušenosti s tím, že když je naočkuje, tak že se vždycky trochu pozastaví vývoj, že ty děti začnou stagnovat. Tak že by u ní počkala, když tak dobře prospívá a posunuli jsme to až na šestý měsíc. Zároveň nám ale řekla, ať se vyhýbáme velkým davů, protože nemá to základní očkování.“

Bylo zpozorováno nějaké odchýlení od stádií motorického vývoje?

„Já si myslím, že kdyby tohle bylo moje druhé dítě a to první bylo normálně narozené, tak bych to asi pozorovala. Ale teď to nedokážu soudit. Myslím si, že bude opožděnější, asi. Ptala jsem se té paní, co s ní cvičíme a ta říkala, že jí přijde, že některé věci má na 3měsíční miminko (moje doktorka říkala, že to musím vždycky odečítat, ten měsíc a půl, takže teď je to jakoby tři a půl měsíční miminko) a něco má zase jako 5měsíční miminko. Například má zatlé pěstičky, ale když mi chytne prst tak drží. A pětíměsíční miminko by mělo dlaň uvolnit a prst pustit, ale to ještě nedělá. Když je na zádech, tak má tendence se přetočit na břicho, což je chování 5měsíčního miminka. Jinak já fakt nevím co v pěti měsících... U doktorky jsem si vyfotila takovej letáček, co by mělo v pěti měsících dělat a zrovna včera jsem na to koukala a bylo tam, že by už úplně v klidu měla pást koničky, což ona to má ještě takové vratké. Myslím si, že je, že to jde vidět. Když jsem se ptala, do kdy se to musí odčítat a brát, že je předčasně narozená, tak mi řekli, že až do 5 let.“

Jaké jsou Vaše zkušenosti s rehabilitací? Jak jí Vaše dcera snášela?

„Cvičíme jen tu Vojtovu metodu. A snáší to si myslím dobře. Jak jsem každému říkala, že cvičíme Vojtovku, tak mi každý říkal: „Jéžíš, to bude Adélka plakat“, „To pro ni bude trauma“. Ale já si nemyslím, že to ty děti bolí, spíš že jim je to nepříjemné, že jsou nazí, na podložce, v cizím prostředí (když jsme u doktorky). Třeba včera doma mi nebrečela vůbec. Myslím, že to jde hodně, že když cvičíme, že to k něčemu je. **A jak na Vojtovu metodu nahlížíte Vy?** Když mi to ukázali, tak jsem si říkala: „Ježíši, to nemůžu v životě zvládnout“. Ale teď, tím že to jsou podobné cviky, tak je to v pohodě. Měli bysme cvičit-x denně, snažíme se, ale ne vždy se to povede.“

Měla jste v tomto období dostatek informací? Z jakých zdrojů?

„Tak informace které najdu na internetu, tak se raději ještě ptám té paní na cvičení nebo když jdu ke klasickému doktorovi, tak se zeptám, jestli to tak může být, jestli to tak můžu dělat, protože je to předčasně narozené dítě že.“

Co si myslíte o názoru, že pohlaví ovlivňuje motorický vývoj?

„Ted' nevím, jak mi to říkala ta sestřička... „Můžete být ráda, že máte holčičku, protože kluci tady tyto věci snášejí mnohem hůř.“ Takhle mi to řekla, že s tím má zkušenost, že holky jsou větší bojovnice.“

Jak jste viděla Vaší dceru v oblasti motorického vývoje Vy?

„Možná to řekne každá matka, že je její dítě šikovné, ale já si fakt myslím, že je šikovná. Protože když to srovnám s dětma, co tam s náma ležely, tak tam byly déle. Nemuseli nám dávat krevní transfuzi, dýchací podporu... Fakt jsme čekali jen na tu váhu, až přibere. Přišla mi jako šikovná.“

Jak se daří Vaší dceři teď v současné době?

„Ted' se jí daří dobře“

Participantka č. 2

Pohlaví: mužské porod v týdnu: 35+0 porodní hmotnost: 2650g délka:47cm

Co vedlo k předčasnému porodu? „Nečekaně mi praskla voda.“ Mohla byste to více rozvést? „Bohužel jsem ale byla v nemocnici, kde mi řekli, že mě rodit nebudou, protože nemají vybavení pro péči o nedonošené děti. Přítel mě s odtékající plodovou vodou naložil do auta a převezl do jiné porodnice. Tam se mi snažili porod oddálit, měla jsem kapačku s něčím ... ale dle mého neúspěšně. Voda mi praskla kolem desáté večer a malý se narodil v 7:47 druhý den. Celou noc jsem strávila v bolestech (byla jsem prvorodička a říkali mi, že mi právě ta kapačka mi zmírní bolesti, já si ještě říkala, jak by to asi vypadalo bez toho) a když už jsem to ráno nemohla vydržet (zhruba 6:30), tak mě porodní asistentka prohlédla a řekla, že jsem otevřená na 5 prstů a že budu za chvíli rodit. Nestihla jsem ani epidural (byl mi nabídnutý, ale nějak už jsem to vypustila), ani klystýr. Partner dorazil na porodní sál ve chvíli, kdy mi řekli, tlačte. A takhle to dopadlo i přes to, že jsem celou noc ležela v nemocnici na pokoji se zvýšeným dozorem.“ **A stihli Vám aplikovat kortikoidy na dozrání plic? „Kortikoidy mi píchly. Pamatuji si, že mi je dali v porodnici hned po ověření, že mi opravdu odtekla plodová voda a kontrole stavu miminka.“**

Jak probíhala poporodní adaptace? „Z důvodu předčasného porodu byl syn umístěn do inkubátoru, ve kterém zůstal několik dní.“

Nastaly během hospitalizace nějaké komplikace u vašeho/í syna /dcery? „Nenazvala bych to úplně komplikace, ale můj syn měl novorozeneckou žloutenku a musel podstoupit fototerapii. Jak jsem zjistila, pro nedonošené děti je to celkem běžné.“

Na jakém oddělení byl/a hospitalizován/a a jak zde probíhala péče? „Rodila jsem v porodnici, kde můj syn byl následně hospitalizován na místním oddělení pro nedonošené děti. Toto oddělení má kapacitu i pro 6 maminek a měla jsem to štěstí, že pro mě bylo volné místo a mohla jsem být celou dobu hospitalizace s mým synem.“

Byla jste edukována lékařem /sestrou, jak pečovat o předčasně narozeného/ou syna/dceru? „V nemocnici mi sestřičky vysvětlili vše, co jsem do začátku potřebovala. Jak přebalit miminko, vykoupat. V čem mi pomohli úplně maximálně, bylo kojení. Syn byl po porodu slabý a u prsa usínal, nepřibíral na váze. Chtělo to velkou dávku trpělivosti na všech stranách, ale z porodnice jsem odcházela a plně kojila a kojím do dneška.“

Byly Vám lékařem sděleny nějaké informace ohledně motorického vývoje? (Nutnost rehabilitace, rizika, opatření), *Byla jsem poučena o nutnosti rehabilitace. Na oddělení docházel každý den fyzioterapeut, který doporučil cviky, dle Vojtovo metody a frekvenci jejich provádění. Jedenkrát denně jsme cvičili pod jeho dozorem, zbytek sami. Stále k němu docházíme na pravidelné kontroly. “A vidíte účinnost této metody?,” Ano, tento týden jsme byli na kontrole u fyzioterapeuta a už nemusíme provádět cviky dle Vojtovo metody. Stačí nám jenom cvičení na velkém míči a trénovat otáčení. Malý má tento týden ukončený 5. měsíc.“*

S jakým zdravotním stavem a za jakých okolností jste opouštěli nemocnici?, *Z nemocnice jsme byli propuštěni, až když syn přibíral na váze a žloutenka byla pod kontrolou. Zároveň jsme už při propuštění měli dohodnutý termín u fyzioterapeuta a kontrolu u primáře dětského oddělení. „*

Jak jste vnímala celou situaci Vy?, *Byla jsem prvorodička a byla jsem smutná z toho, že jsem nedonosila dítě do stanoveného termínu. Ale nikdo nebyl schopný říct, proč jsem porodila předčasně. Neměla jsem ani žádné komplikace během těhotenství. Prostě se to tak stalo.“*

Jak proběhla adaptace na domácí prostředí po příchodu z nemocnice?, *Na odchod domů jsem se moc těšila a adaptace proběhla bez problémů. Z porodnice jsem odcházela s nastaveným režimem, který jsem potom dodržovala. I když nebudu tvrdit, že krmení každé tři hodiny ve dne i v noci nebylo náročné. Naštěstí si můj partner vzal 3 týdny dovolené a se vším mi na začátku pomohl.“*

Došlo k nějaké další hospitalizaci během prvního roku syna/dcery?, *Nechci nic zakřiknout, můj syn má téměř 5 měsíců a žádná hospitalizace nebyla potřeba.“*

Jak probíhaly kontroly u pediatra?, *Kontroly u pediatra probíhají podle plánu a máme zase sebou už i první očkování. Pediatr pravidelně kontroluje váhové přírůstky, délku, obvod hlavy a celkový motorický vývoj dítěte.“*

Bylo zpozorováno nějaké odchýlení od stádií motorického vývoje? (kdy, kým a jaká), *Při pravidelných kontrolách u pediatra nebylo zpozorováno žádné odchýlení.“*

Jaké jsou Vaše zkušenosti s rehabilitací a jak ji snášel/a syn/dcera?, *Synovi se rehabilitace nelíbí, je to pro něj nepříjemné a pláče u ní.“*

Měla jste v tomto období dostatek informací? A z jakých zdrojů? „Informace mám od svého pediatra a fyzioterapeuta. Samozřejmě, že internet je plný všech možných informací a rad, ale tím se nedá řídit. Nechávám to na odbornících.“

Co si myslíte o názoru, že pohlaví ovlivňuje motorický vývoj? „Každé dítě je individuální a je jedno, jestli se jedná o holčičku nebo chlapečka.“

Jak jste viděla Vašeho/í syna/dceru v oblasti motorického vývoje vy? „Já ho pořád vidím jako šikovného chlapečka.“

Jak se daří Vašemu/í synovi/dceři teď v současné době? „Daří se mu dobře.“

Participantka č. 3

Pohlaví: mužské porod v týdnu: 33+2 porodní hmotnost: 1900g délka:42cm

Co vedlo k předčasnému porodu?

„K předčasnému porodu vedl zkracující se čípek. Při rutinní prohlídce u své gynekoložky mi byl zjištěn zkrácený čípek - 1,2mm. Byla mi ihned nařizována hospitalizace na gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnici u nás. Byla jsem v 29.tt. Dostala jsem injekčně kortikoidy, aby dítěti dorostly plíce, aby v případě porodu mohl sám dýchat. O tři dny později mi byl při prohlídce naměřen čípek 0,8mm a byla jsem ihned transportována sanitkou do Brna na Obilní trh na gynekologicko-porodnické oddělení. Dítě vážilo zhruba 1200g a u nás v nemocnici jsou schopni se postarat o děti nad 1500g. Bylo mi nařizováno stále ležet, maximálně jsem si mohla dojít na záchod nebo najíst ke stolu v pokoji. Jelikož se můj zdravotní stav nehoršil a dítě bylo v pořádku, byla jsem za čtyři dny propuštěna do domácí péče a nařízení platilo i doma - stále ležet. Toto jsem dodržovala a každý týden jsem jezdila na kontrolu ke své gynekoložce. V 32.tt jsem začala krvácet. Byla jsem opět hospitalizována u nás v nemocnici na gynekologicko-porodnickém oddělení s tím, že jsem otevřená, dítě je v porodních cestách a pravděpodobně do rána porodím. Stále na lůžku v nemocnici jsem "vydržela" týden. Pak mi začala odtékat voda a 3. 5. 2018 v odpoledních hodinách jsem porodila přirozenou cestou. Dítě - Ondřej vážil 1900g a měřil 42cm. Termín porodu jsem měla 19. 6. 2018. Po porodu mi ho jen krátce ukázali již zabaleného a odnesli na novorozenecké oddělení JIP, kde byl na vyhřívaném lůžku do 20. 5. 2018, kdy jsem opět nastoupila do nemocnice a tři dny jsem se učila, jak s ním manipulovat a měla ho u sebe na pokoji.“

Jak probíhala poporodní adaptace?

„Třetí den po porodu mě pustili z nemocnice domů, koupila jsem si odsávačku mateřského mléka a každé tři hodiny odsávala. Mléko jsem zamrazovala a vozila každý den do nemocnice. V nemocnici se každé tři hodiny Ondřej krmil. Zůstávala jsem na dvě krmení, takže rekonvalescence z porodu nebyla žádná, stále jsem buď byla na cestách, nebo odsávala. V nemocnici u malého mě mezi krmeními nenechali. Nemocnice byla vzdálená od mého bydliště cca 30km.“ **Jak jste jako rodina vnímali dojíždění do nemocnice a Vy konkrétně nemožnost být mezi krmením u malého?** *„Bylo to velmi náročné, já jsem po porodu byla zašitá a dlouhou dobu mi trvalo, než se mi to zahojilo a bylo pro mě velmi těžké sedět a chodit, dlouho jsem taky krvácela, takže celé dojíždění bylo velmi "nepohodlné" a stre-*

sující. Nemožnost zůstat mezi krmením Ondřeje jsem vnímala dost špatně, navíc sestry v nemocnici na JIP byly velmi neochotné, takže jsem cca 2 a půl hodiny chodila po městě, protože sedět bylo pro mě ještě horší. Prarodiče to brali ještě hůř, protože Ondřeje vidět nemohli. Manžel jezdil dost často se mnou. “ **Proč Vám neumožnili ubytování v nemocnici dříve, než před koncem hospitalizace?** „Nevím, dříve než před koncem hospitalizace jsem nebyla hospitalizována. Doktoři mi jasně řekli, že až bude Ondřej připraven jít domů, tak mě povolají. Takže jsem se s nimi po porodu domluvila, že mě 3.den, pokud nebudou komplikace, pustí domů a pak mi řeknou, až budu mít nastoupit. “

Nastaly během hospitalizace nějaké komplikace u vašeho/í syna /dcery?

„Ne, zaplat' Pán Bůh, nenastaly. “

Na jakém oddělení byl/a hospitalizován/a a jak zde probíhala péče?

„Ondřej ležel na novorozeneckém oddělení JIP, kde byl stále sledován na vyhřívaném lůžku. Nejprve mu byla zavedena sonda do žaludku a přes ni byl každé tři hodiny krměn, postupně jsme začali krmit přes injekční stříkačku po malých dávkách, které byl schopen zvládnout. Ze začátku měl dost silnou žloutenku, která byla léčena fototerapií. Synovi po porodu klesla váha z porodní 1900g na 1800g, to nás trochu vystrašilo a byli jsme vděční za každé deko, které přibral. Na JIP zůstal 17 dní, potom jsem opět nastoupila do nemocnice a tři dny jsem se učila, jak s ním manipulovat a měla ho u sebe na pokoji, potom nás pustili domů. “

Byla jste edukována lékařem /sestrou, jak pečovat o předčasně narozeného/ou syna/dceru?

„Ano, měla jsem možnost si ho přebalovat a také krmit z injekční stříkačky. Také mi sestra ukázala jak kojit, jednou mi byl přiložen k prsu. Zkoušela jsem si ho koupat a manipulovat s ním. Jelikož byl Ondřej malý, cca 2300g, když nás pouštěli z nemocnice domů, bylo mi doporučeno koupit si teplou plyšovou deku, ve které byl neustále zabalen. “

Byly Vám lékařem sděleny nějaké informace ohledně motorického vývoje? (Nutnost rehabilitace, rizika, opatření)

„Byla mi doporučena rehabilitace, na kterou jsme dojížděli pravidelně do jednoho roku, měli jsme 20 rehabilitací. Nebylo nutné cvičit např. Vojtovu metodu, ale byly mi ukázány cviky a stlačování bodů na těle, které nám velmi pomohly. A i přes to jsme byli opožděni s motorickým vývojem o cca dva měsíce. “**Nevíte, jak se jmenovala rehabilitační meto-**

da, kterou jste cvičili? Reflexní terapie? „Název metody mi paní fyzioterapeutka neřikala, ale hledala jsem to na internetu a zjistila jsem, že to je opravdu cvik z Vojtovy metody. Jmenuje se to Reflexní otáčení - Ondřej ležel na zádech, hlavu jsem mu držela rukou pod bradou směrem ke mně a prstem jsem mačkala bod pod bradavkou, druhou rukou, když to bylo možné a protilehlé rameno zvedal, jsem mu jej tlačila k podložce. Takto jsme cvičili 4x denně. Dále nám ukazovala cvik, aby si správně uměl stoupnout, tak polohu rytíře, kdy by si měl stoupnout z kleku u opory. Procvičovali jsme postoj na cvičícím balónu, to nám moc nešlo, nechtěl v klidu stát. Když začal lézt, ukazovala nám, jak mu máme pomoci při táhnutím nohy a učili jsme se držet natažené ruce na všech čtyřech. Procvičovali jsme také šikmý sed.“

Byla Vám nabídnuta péče fyzioterapeuta? Pokud ano využila jste ji nebo ne?

„Jezdili jsme na rehabilitace, kde se nám věnovala paní fyzioterapeutka.“

S jakým zdravotním stavem a za jakých okolností jste opouštěli nemocnici?

„Nemocnici jsme opouštěli zdraví, s rozdílem, že vážil méně, 2300g.“

Jak jste vnímala celou situaci Vy?

„Kupodivu jsem příliš velký strach neměla, když byl v nemocnici nebo jsem si to spíš nepřipouštěla. Ondřej byl zdravý, jen dost malý. Měla jsem, jako prvorodička, jen strach, abych vše zvládla. Byly to ale pro mne krušné chvíle. Plánovala jsem si klasický porod, kdy normálně odejdeme z porodnice domů a šestinedělí a vzájemné poznávání prožijeme spolu doma. Ovšem realita byla jiná a já ho prožila ve shonu a na cestách do nemocnice za ním. Doma jsem akorát měla úzkost z toho, aby neonemocněl, aby bylo všechno v pořádku. Byl stále studený a tak jsme ho neustále zahřívali. Nechtěl moc jíst a plakal u toho, takže jsem z toho byla velmi deprimovaná, do toho krmení u nás probíhalo velmi zdoluhavě, kdy jsem předtím musela odsát mateřské mléko, protože Ondřej odmítal prso. Krmili jsme 5 měsíců jen z injekční stříkačky a občas jsem ho kojila, ovšem to mu nestačilo. Po pěti měsících jsem začala více kojit, avšak jsme byli nuceni stále přikrmovat odsáté mateřské mléko z injekční stříkačky. Co mě asi nejvíc vadilo, bylo, že po porodu Ondřeje ihned odnesli. Nemohla jsem si ho pohladit ani mu říct, jak moc ho miluju a jsem ráda, že už přišel mezi nás. Dlouho jsem se s tím smířovala.“

Jak proběhla adaptace na domácí prostředí po příchodu z nemocnice?

„Měli jsme nařízeno, že do třech kilo bychom neměli vycházet ven mezi lidi a omezit návštěvy pouze na ty nejbližší v rodině. Toto jsme dodrželi, Ondřej byl stejně stále zabalen v

několika vrstvách, protože strašně rychle ztrácel svoji teplotu. Nikdy se jen tak nepovaloval a neprokopával bez oblečení. Když jsme ho koupali, měli jsme zapnutý přímotop, i když bylo léto a bylo teplo. Měla jsem až panickou hrůzu, že by mohl nachladnout. Prvních asi 14 dní syn krásně spí, budil se pouze na jídlo po třech hodinách. Potom nastaly každodenní koliky, kdy nepřetržitě, pouze s malými přestávkami, plakal svým velice zvučným hlasem zhruba od 18h do 22. A takto to probíhalo až do sedmi měsíců věku a pak nepravidelně, ne tak často až do deseti měsíců. Tohle vám na psychiku příliš nepřidá. Zkoušeli jsme snad všechno, cvičení, masírování, houpání, skákání, zpívání. Nic nepomohlo.“

Došlo k nějaké další hospitalizaci během prvního roku syna/dcery?

„Ne, hospitalizace nebyla nutná, vše bylo v pořádku.“

Jak probíhaly kontroly u pediatra?

„Kontroly u pediatra začaly velmi brzy. Už druhý den po příjezdu domů jsme se měli přijít ukázat. Byl to pro mě velký šok, jako pro úzkostlivou matku, která si doveze předčasně narozené dítě domů, a která měla nařizeno žádné návštěvy a nevycházet ven min. do třech kilo. Návštěvy vždy probíhaly standardně. Ondřeje jsem musela svléknout do naha, paní doktorka ho prohlédla, změřila, zvážila, případně doporučila, co bylo potřeba.“

Bylo zpozorováno nějaké odchýlení od stádií motorického vývoje? (kdy, kým a jaká)

*„Ano, paní fyzioterapeutka naznala, že je cca 2 měsíce pozadu s motorickým vývojem. Dost pozdě začal lézt a pak i chodit, ale všechno krásně dohnal a teď již na něm není vidět odchylka.“ **A když byl Váš syn malý, zvládal "pást koničky", bez problému otáčet hlavičku na obě dvě strany?** „Ze začátku preferoval levou stranu a na pravou mu to moc nešlo, takže jsem polohovala tak, aby se strany vyvážily. V nemocnici mi řekli, že je to pravděpodobně tím, jak ležel v bříšku na jednu stranu. Potom zase preferoval pravou stranu, tak jsem polohovala na levou. Měl vzadu slehnutou hlavičku, takže jsem si koupila speciálně tvarovaný polštářek, aby se mu hlava již nezplošťovala a opravdu se mu hlavička vzadu krásně zakulatila. Pást koničky nám šlo docela dobře, ze začátku po krátkých intervalech, protože brzy plakal, ale pak se intervaly prodlužovaly. Paní fyzioterapeutka nám ukazovala, jak máme držet ruce, aby bylo vše v pořádku.“ **V kolikátém měsíci začal lézt?** „Lézt začal nejprve tak, že se plazil a přitahoval rukama. Postupně začal přidávat i kolínko a zjistil, že lezení po všech čtyřech bude mnohem rychlejší. Plazení mu šlo zhruba v devíti měsících. Lézt začal teprve nedávno a za chvíli mu bude první rok.“*

Jaké jsou Vaše zkušenosti s rehabilitací a jak ji snášel/a syn/dcera?

*„S rehabilitací mám velmi dobré zkušenosti. Dojízděli jsme za paní fyzioterapeutkou do nemocnice v Třebíči a byli jsme s ní moc spokojeni. Syn by byl pravděpodobně jiného názoru, protože vždycky plakal, ale po návštěvě dělal velké pokroky. Byly nám ukázány cviky a body na těle, které máme stlačovat. Mohu upřímně říct, že mi bylo velmi líto, že už na rehabilitace jezdit nebudeme.“ **Proč Vám bylo líto, že už jste neměli dojíždět na rehabilitace?** „Měla jsem vždy jistotu, že když jsem u malého potřebovala něco vědět, jako jestli tato forma sezení je dobrá nebo jestli se zvedá do stoje tímto stylem, zda je to tak správně. Jaké jsou nejlepší boty pro něj, protože preferujeme „barefoot“ obuv. Měla jsem vždy jistotu, že se zeptám té správné osoby a nebudu tápat.“*

Měla jste v tomto období dostatek informací? A z jakých zdrojů?

„Nějaké informace mi poskytli lékaři v nemocnici, naše pediatrička, ale většinu jsem čerpala z internetu.“

Co si myslíte o názoru, že pohlaví ovlivňuje motorický vývoj?

„Já si myslím, že pohlaví dost ovlivňuje motorický vývoj. Nemyslím si, že je to pravidlo, najdou se i výjimky, ale obecně si myslím, že chlapci jsou lenošnější a rádi se nechají obsloužit. Co jsem měla možnost pozorovat a přechíst od jiných maminek, tak ve více případech jsou šikovnější děvčata. A vidím to i na našem synovi.“

Jak jste viděla Vašeho/í syna/dceru v oblasti motorického vývoje vy?

„Viděla jsem ho stejně, jako naše fyzioterapeutka, ke které jsme dojížděli. I když nám rehabilitace moc pomohly, tak stejně si Ondřej jel svým tempem. Ačkoliv se neřídím podle tabulek, tak před rehabilitací na nástěnce měli vývojový graf a tam jsem opravdu viděla, že jsme pozadu.“

Jak se daří Vašemu/í synovi/dceři teď v současné době?

„Synovi se daří velmi dobře, žádné následky díky předčasnému porodu nemáme. Ať už jakkoliv zlobí, vždycky si říkám, že nejdůležitější je, že je zdravý.“

Participantka č. 4

Pohlaví: mužské porod v týdnu: 30+5 porodní hmotnost: 1322g délka:39cm

Co vedlo k předčasnému porodu?

*„Měla jsem vysoký tlak, šla jsem normálně na kontrolu ke gynekologovi a ten den jsem jela k nám do nemocnice a z tam do krajské nemocnice. Tam zjistili, že mám vysoký tlak a pak teda tu preeklampsii.“ **A porodila jste hned, nebo až za nějakou dobu?** „Přijela jsem tam, kontrolovaly ozvy a říkali, že je to hned na sál a malý se narodil o čtvrt na šest.“*

Jak probíhala poporodní adaptace?

*„My jsme se 5 nebo šest dní neviděli. Byla jsem na JIPce na jiné budově než on, byla jsem pod kapačkama... Dávali mě do kupy. **A hned po porodu nenastaly u malého žádné komplikace?** „Ne ne, mě nikdo nic neříkal. Narodil se a odnesli ho, já jsem vlastně spala až do rána. Pak vždycky přišli lékaři a řekli „Malý to zvládá“ a to je tak všecko. Manžel mi ukázal fotku a taky říkal, že to zvládá. Takže takto byl asi v pořádku.“*

Nastaly během hospitalizace nějaké komplikace u Vašeho syna?

„Byl první na JIPce pro novorozence a potom až byl takový šikovnější, tak šel na ten intermediál. Na JIPce jsem se o něho nestarala, to se staraly sestřičky. Na intermediálu už jsem si ho přebalovala, měřila teplotu a jednou jsem asistovala sestřičce při koupání a pak už sama.“

Na jakém oddělení byl Váš syn hospitalizován a jak zde probíhala péče?

„Určitě ano. Ale on byl v inkubátoru, takže to bylo takové... A ještě byl na kyslíku, takže sama jsem ho nevytáhla, jen sestřičky. Až když byl v postýlce, to už jsem dělala sama... Já už jsem odchovala tolik dětí (smích) – zkušenosti z rodiny.“

Řešil s Vámi lékař motorický vývoj Vašeho syna?

*„Došla za náma paní doktorka, něco zkoušela na něm a říkala, že bude cvičit tu Vojtovku. Že prý byl líný. Měli jsme jeden cvik, co jsme odcházeli a pak jsme jezdili na rehabilitace. **A před odchodem domů Vás přišli zkontrolovat?** Jo, pak ještě přišla jedenkrát. A trénovali jsme dýchání, po čemž se pak zlepšil.“*

Byla Vám nabídnuta péče fyzioterapeuta?

„Ano, péče fyzioterapeuta nám byla nabídnuta... Chodila za námi co chvíli. A on měl potom hlavně infekci, takže zase přišla... **Takže nastala nějaká komplikace?** „Dostal celkem čtyři krevní transfuze. Po druhé mu to přepíchli do nožičky, pak jsem jim nezdálo, že to má takové škaredé, tak mu to dali do ruky. Ale mně se to nezdálo, říkám: „Jemu ta noha nějak natíká“ Ale oni že ne, ale že to budou hlídat. Hlíдали to, ale otekl, jedna celá noha, druhá noha i genitál a zjistili údajně s otazníkem, že máme zlatého stafylokoka, takže ho nevytáhali vůbec z inkubátoru, na dvacet dní měl dvoukombinaci antibiotik, pak mu jedny vzaly a nechaly jen jedny na doléčení toho bacilu, co v sobě měl, ale zlatý stafylokok to nebyl. A měli mu vytahovat údajně vodu tady z kloubu (kyčel)... Takže docela náročný psychicky... **Katastrofa.**“ **A kdy se to zkomplikovalo?** „Na intermediálu“ **A řekli Vám z čeho?** „Že to může být z čehokoliv... Člověk si může mít ruky, jak chce, dezinfikovat jak chce, tam stačí, aby se něco málo dostalo k němu... Jo a pak jak nám vysadili ty druhý antibiotika, tak jsem ho přebalovala a ve stolici krev. Říkám: „To asi taky není normální že?“ Vyhodnotili závažné známky, že šli nahoru ale ne zas tolik, nasadili zpět tu dvoukombinaci antibiotik a potom od té doby klid.“

S jakým zdravotním stavem a za jakých okolností, jste opouštěli nemocnici?

„No manžel se na to ptal ještě než... No malý se narodil a ptal se, jak dlouho tu budeme. Říkali, že aspoň do toho termínu kdy jsme tu měli родit. Měl se narodit 22. 9., narodil se 19.7 a 18.9 jsme šli domů s 2840 g a na centimetry si nevzpomenu. Byl zdravý.“ **A veškerá vyšetření byla taky v pořádku?** „Jo vše bylo dobré. I ty kyčle protože si mysleli, že tam něco má, protože ji nemohl natáhnout, jen ji měl skrčenou, asi jak měl ten zánět. To jsme ještě rehabilitovali s tou nožičkou, aby s ní hýbal a neztuhla mu.“ **A to byla taky Vojtova metoda?** „No ne... jen nějaký cvik aby jí natáhnul.“

Jak jste celou situaci vnímala Vy?

„Psychicky – katastrofa. Říkám, když byl nemocný, byla to katastrofa. Já jsem jezdila domů... už jsem nemohla. Musela jsem se odreagovat... strašně.“ **Byla jste tam ubytována?** „Ano na tom sedmém patře. Ale fakt... psychicky katastrofa. Poprvé ho 6 dní člověk neviděl, potom když byl nemocný, pak zase ve stolici krev, další nemoc takže psychicky hrozné.“ **Cítila jste beznaděj nebo strach?** „Spíš strach. A začínalo to tím, že měl sraženinu v hlavě, ale to časem zmizelo, jak říkal primář. Psychicky katastrofa, ale fyzicky to bylo v pohodě i potom císaři.“

Jak proběhla adaptace na domácí prostředí po příchodu z nemocnice?

„Probíhalo celkem v klidu. Ale poprvé jsme přijeli domů a to bylo strašné... Já jsem nevěděla co s ním, snad že ho vrátím do nemocnice (smích). Přijeli jsme dom a od půl šesté do jedenácti nespál, to byla katastrofa. Všichni jsme ho nosili, vymýšleli jsme všechno možné... najedl se, na chvíli usnul a pak zase řval. Furt jsme ho nosili a potom kolem jedenácté usnul, chvála bohu.“ **Takže žádná komplikace, ani s kojením?** „Nekojím. Mléko jsem ztratila.“ **Hned po porodu?** „To ne. On měl mléka ze začátku dost, ale pak jak měl tu infekci a tak všechno, tak jsem odsávala. Ale s těma nervama jsem to odsávání nedávala a mléko se postupně ztrácelo. Jednou se přisál, ale pak už neměl sílu. Laktační za mnou furt chodila, ať to ještě zkusím, ale to už jsem chytala nervy... Ať už mi s tím dá pokoj. Má umělé mléko a je spokojený. Na jednu stranu mě to mrzí, že nekojím a na druhou stranu je to možná dobře. Když se mu podařilo přisát tak se pak rozčiloval, že mu to nejde.“

Došlo k nějaké další hospitalizaci po propuštění z nemocnice?

„Ne. Na kontroly jezdíme do Zlína na neonatologii a všechno je v pohodě. Je hlídáný no.“ Máme jen to očkování Synagis na dýchání, které dostal ve Zlíně. Je to vlastně pro děti, co byly na ventilaci a i kvůli plicím, že jsou takové nedovyvinuté. Je to v pěti dávkách a tři už má za sebou.“ **A ostatní očkování u běžného pediatra?** „Normálně má. Už to měl povolené od neurologa, musel to povolit on ne jen jeho doktorka. Zvládá je normálně bez horečky.“

Jak probíhají kontroly u pediatra?

„Hlídá úplně všechno. Zkouší i motorický vývoj... Vlastně hlavičku zvedá pěkně, jen na tom bříšku je trochu nestabilní. Pro nás mu je vlastně půl roku, ale když ho vidím, tak je fakt na ty čtyři měsíce.“

Bylo zpozorováno nějaké odchýlení od stádií motorického vývoje?

„Ne, vše zvládá.“

Jaké jsou Vaše zkušenosti s rehabilitací? Jak jí Váš syn snáší?

„On není spokojený, ale prostě musíme cvičit... každý den. Každý týden jezdíme na rehabilitace a opravdu cvičíme. Je to náročné to cvičení. Hlavně na ty záda aby pracoval břichem.“ **A co ta nožička, je to teď v pořádku?** „Není nic poznat, všechno je v pořádku.“

Co si myslíte o názoru, že pohlaví ovlivňuje motorický vývoj?

„To takhle nevím, ale on je šikovný... jde to na něm vidět.“

Jak vidíte Vašeho syna v oblasti motorického vývoje Vy?

„Snaží se, na všechno reaguje, pro hračky se natahuje a někdy je až moc aktivní.“

Jak se daří Vašemu synovi teď, v současné době?

„Je zdravý a co se týče rehabilitace, tak jde vidět, že jsou u něho vidět pokroky.“

Příloha P IV: Doporučení v rámci edukace – léták

Porodila jste předčasně a máte obavy jak se bude dál vyvíjet Váše miminko?
Co Vás čeká v následujících dnech po odchodu z nemocnice?
Přečtěte si tento léták...

Motorický vývoj předčasně narozeného miminka



MAMINKO...

Váše předčasně narozené miminko potřebuje dostatečnou péči a jemný dotek.

Manipulujte s ním pomalu a jemně - podepírejte hlavičku, neuchopujte kojence za krkem. Vždy jednu ruku položte pod hlavičku a druhou pod zadeček.

Poskytněte miminku STIMULY = vyprávějte mu, smějte se, nechejte ho objevovat.



CO VÁS ČEKÁ?

- Než Vás pustí domů, navštíví Vás dětský neurolog, který miminko prohlídne a zjistí stav motorických dovedností.
- Na základě vyšetření může doporučit vhodný typ rehabilitace.
- Fyzioterapeut Vám následně ukáže konkrétní cviky.
- Po příchodu domů navštěvujte pravidelně svého pediatra a fyzioterapeuta.
- Sledujte pozorně Vaše dítě a v případě podezření na nesprávný vývoj informujte svého pediatra či fyzioterapeuta.
- O frekvenci rehabilitačního cvičení se poraďte se svým fyzioterapeutem či dětským neurologem.



MUSÍME REHABILITOVAT...

Zachovejte klid, rehabilitaci zvládne každá maminka. Nejčastěji používanou rehabilitací je Vojtova metoda, ale jsou i další - Bobath koncept, teapeutické metody (hypoterapie, canisterapii,...)

Pokud Vaše miminko během cvičení pláče, nebojte, nebolí ho to. Je mu to pouze nepříjemné.

Buďte trpělivá u jakékoliv rehabilitační metody a výsledky se brzy objeví.

Další užitečné informace naleznete zde:



Tento léták byl vypracován v rámci bakalářské práce:

KUŘOVÁ, Helena a Mgr. Kateřina Žárská. Motorický vývoj u předčasně narozených kojenců. Zlín: 2020. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Ústav zdravotnických věd.
KIEDROŇOVÁ, Eva, 2010. Rozvíjej se, dítěátko--: moderní poznatky o významu správné stimulace kojence v souladu s jeho psychomotorickou vyspělostí. Praha: Grada. Šťastné dítě (Grada). ISBN 978-80-247-3744-7.