

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika předškolního věku

**RANÁ PÉČE V RODINÁCH S RIZIKOVÝMI
DĚTMI**

**EARLY CARE IN FAMILIES WITH RISK
CHILDREN**

Bakalářská práce: 12-FP-KSS-2005

Autor:

Ing. Gabriela Čavojská

Podpis:

Vedoucí práce: Ing. Zuzana Palounková, Ph.D.

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
71	19	0	6	20	3

V Liberci dne: 18. 4. 2013

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Ing. Gabriela Čavojská
Osobní číslo: P10000151
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika předškolního věku
Název tématu: Raná péče v rodinách s rizikovými dětmi
Zadávající katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Cílem bakalářské práce je zjistit obtíže rodin s předčasně narozenými dětmi do nástupu povinné školní docházky.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

BAYER, M., ed., 2011. *Pediatricie*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-388-2.

DOKOUPÍLOVÁ, M., et al., 2009. *Narodilo se předčasně*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-552-3.

PEYCHL, I., 2005. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-283-8.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.

ŠÁNDOROVÁ, Z., 2005. *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky raného věku*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-259-3.

ŠPRYNAROVÁ, Š., 2005. *Raná péče v rodinách s dětmi ohroženými v motorickém vývoji*. In: NOVOSAD, L., ed. *Handicap 2005: sborník z 10. ročníku odborné konference s mezinárodní účastí*. 1. vydání. Liberec : Technická univerzita v Liberci, s. 46-48. ISBN 80-7372-022-1.

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Zuzana Palounková

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

1. dubna 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

26. dubna 2013

doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.

doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2012

Čestné prohlášení

Název práce: Raná péče v rodinách s rizikovými dětmi
Jméno a příjmení autora: Ing. Gabriela Čavojská
Osobní číslo: P10000151

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 18. 4. 2013

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala mé vedoucí bakalářské práce, paní Ing. Zuzaně Palounkové, Ph.D. Díky jejímu odbornému vedení a věcným připomínkám, profesní i osobní podpoře, trpělivosti a pochopení mohla tato bakalářská práce vzniknout. Mé díky patří také všem rodičům předčasně narozených dětí, kteří svou ochotou přispěli k vytvoření praktické části této práce.

V Liberci dne:

Název bakalářské práce: Raná péče v rodinách s rizikovými dětmi

Jméno a příjmení autora: Ing. Gabriela Čavojská

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2012/2013

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Zuzana Palouňková, Ph.D.

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá problematikou rané péče v rodinách s rizikovými dětmi. Jejím cílem je zjistit úroveň informovanosti o rané péči a jejího využití rodinami s předčasně narozenými dětmi. Dále si práce klade za cíl popsat problematiku předčasně narozených dětí s ohledem na specifika jejich vývoje a s přesahem do jejich následného předškolního vzdělávání. Práce je zpracována ve dvou částech, teoretické a praktické. Teoretická část bakalářské práce popisuje s pomocí odborných publikací, internetových zdrojů a dalších pramenů ranou péči s důrazem na její využití v rodinách s dětmi, které se narodily předčasně. Dále popisuje specifika ve vývoji těchto dětí během prvních let jejich života, možné zdravotní následky nedonošenosti a další aspekty, mající významný vliv na výchovu a vzdělávání těchto dětí a na jejich rodinu. Praktická část pomocí průzkumného dotazníkového šetření zjišťuje, jak jsou rodiče předčasně narozených dětí informováni o službě rané péče a jak ji využívají. Dále zjišťuje, do jaké míry ovlivňuje předčasné narození docházku dětí do mateřských škol, adaptaci na pobyt v mateřské škole a přípravu na zahájení školní docházky, a zda se v průběhu předškolního věku u těchto dětí projevují určitá postižení či oslabení ve vývojových oblastech. Opatření, navrhaná v závěru bakalářské práce, směřují ke zlepšení spolupráce mezi všemi zainteresovanými stranami, a to zejména rodiči, odborným zdravotním personálem, pracovníky rané péče a také mateřskou školou.

Klíčová slova:

raná péče, předčasný porod, předčasně narozené děti, nedonošenost, riziko vzniku postižení, mateřská škola, adaptační obtíže, odklad školní docházky

Title of the bachelor thesis: Early Care in Families with risk Children

Author: Ing. Gabriela Čavojská

Academic year of the bachelor thesis submission: 2012/2013

Supervisor: Ing. Zuzana Palounková, Ph.D.

Summary:

The thesis deals with problems of early care in families with risk children. Its aim is to determine the level of awareness of early care in families with prematurely born children. Furthermore, the thesis aims to describe the problems of preterm infants with regard to their specific development overlapping their subsequent preschool education. The thesis is in two parts: theoretical and practical. The theoretical part of the thesis describes with the help of professional publications, internet sources and further sources the early care with emphasis on the families with prematurely born children. It describes the specifics of the development of such children during the first years of their lives, possible health consequences of prematurity and other aspects having a significant impact on education and training of such children and their families. The practical part determines by random surveys how the preterm children's parents are informed about early care services and how they are used. It also investigates to what extent the premature birth influences the attendance of children in kindergarten, adaptation to stay in a nursery, preparation to start school, and whether during the preschool age a sort of disability or weakness in the development areas is manifested in such children. Measures proposed in the concluding part of the thesis are intended to improve cooperation between interested parties, especially parents, professional health staff, early care workers as well as kindergartens.

Key words:

early care, premature birth, prematurely born children, prematurity, risk of disability, kindergarten, adaptation difficulties, suspension of school attendance

Obsah

Obsah	8
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	10
SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ	11
ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Raná péče.....	14
1.1 Definice služby Raná péče	15
1.2 Koncepce a cíle služby rané péče.....	16
1.3 Klientela služby rané péče	17
1.4 Poskytovatelé služby rané péče.....	17
2 Problematika předčasně narozených dětí	18
2.1 Klasifikace novorozenců	19
2.2 Rizikový novorozenec.....	20
2.3 Nedonošený novorozenec	21
2.4 Příčiny předčasného porodu.....	22
2.5 Lékařská péče po narození	23
2.5.1 Systém poporodní lékařské péče v ČR.....	23
2.5.2 Zajištění nedonošence bezprostředně po porodu.....	24
2.5.3 Pobyť nedonošence na specializovaném oddělení.....	25
2.6 Možné zdravotní následky nedonošenosti	29
2.6.1 Problémy dechové soustavy	29
2.6.2 Postižení centrálního nervového systému	31
2.6.3 Poruchy imunity	32
2.6.4 Poruchy smyslových orgánů	32
2.6.5 Poruchy trávicího ústrojí	33
2.6.6 Poruchy oběhové soustavy	33
2.6.7 Specifické poruchy učení a chování	34
2.7 Prognóza předčasně narozených dětí	34
2.8 Následná péče po propuštění.....	35
2.8.1 Dlouhodobé sledování a možnosti vývojové intervence	35
3 Rodina předčasně narozeného dítěte	38

3.1	Pocity a prožívání rodičů	38
3.2	Úskalí rodičovské role	39
3.3	Pomoc rodičům	40
PRAKTICKÁ ČÁST.....		41
4	Cíl praktické části a účel průzkumu	41
4.1	Stanovení předpokladů	41
5	Použitá metoda a technika sběru dat	42
6	Popis zkoumaného vzorku.....	42
7	Průběh průzkumu.....	44
8	Interpretace získaných dat	44
9	Souhrn výsledků a diskuse	60
ZÁVĚR		65
NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ		67
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ		69
SEZNAM PŘÍLOH.....		71

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1: Apgar skóre (viz s. 25)

Tabulka č. 2: Počet narozených dětí v jednotlivých týdnech těhotenství (viz s.43)

Tabulka č. 3: Místo narození dítěte (viz s. 45)

Tabulka č. 4: Apgar skóre dětí respondentů (viz s. 46)

Tabulka č. 5: Pocity prožívané rodiči (viz s. 49)

Tabulka č. 6: Důvody pozdějšího nástupu do MŠ (viz s. 55)

Graf č. 1: Zastoupení jednotlivých neonatologických oddělení v procentech (viz s. 45)

Graf č. 2: Výskyt postižení v procentech (viz s. 47)

Graf č. 3: Výskyt postižení dle stupně nezralosti v procentech (viz s. 47)

Graf č. 4: Příčina vedení těhotenství jako rizikového v procentech (viz s. 48)

Graf č. 5: Příčina předčasného porodu v procentech (viz s.59)

Graf č. 6: Poskytnutí podpory rodičům ošetřujícím personálem v procentech (viz s. 50)

Graf č. 7: Sdělení informace o rané péči v procentech (viz s. 51)

Graf č. 8: Využití služeb rané péče v procentech (viz s. 52)

Graf č. 9: Možné využití služeb rané péče v procentech (pokud by respondenti o ní věděli) (viz s. 52)

Graf č. 10: Oblasti využití služeb rané péče v procentech (viz s. 52)

Graf č. 11: Věk zahájení docházky do MŠ v procentech (viz s. 54)

Graf č. 12: Věk zahájení docházky do MŠ dle stupně nezralosti v procentech (viz s.54)

Graf č. 13: Zastoupení typů mateřských škol v procentech (viz s. 55)

Graf č. 14: Adaptace dítěte na pobyt v MŠ v procentech (viz s. 56)

Graf č. 15: Výskyt oslabení v předškolním věku v procentech (viz s. 57)

Graf č. 16: Výskyt oslabení v předškolním věku podle stupně nezralosti v procentech (viz s. 57)

Graf č. 17: Výskyt potíží při adaptaci na mateřskou školu v procentech (viz s. 58)

Graf č. 18: Výskyt odkladu povinné školní docházky v procentech (viz s. 59)

Graf č. 19: Výskyt odkladu povinné školní docházky dle stupně nezralosti v procentech (viz s. 59)

SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

ADHD/ADD:	porucha pozornosti s hyperaktivitou / porucha pozornosti
CAN:	syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
CNS:	centrální nervová soustava
DMO:	dětská mozková obrna
IMP:	intermediární péče
JIRP:	jednotka intenzivní a resuscitační péče
LMD:	lehká mozková dysfunkce
MŠ:	mateřská škola
MŠMT:	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
PPP:	pedagogicko-psychologická poradna
SPC:	speciálně pedagogické centrum
ZŠ:	základní škola

ÚVOD

V současné době jde pokrok celého lidstva velmi rychle kupředu. Nejinak je tomu i v medicínských oborech. Mohutně se vyvíjejí a zdokonalují lékařské postupy, technologická vybavení i personální zabezpečení v nemocnicích. V péči o novorozence to platí dvojnásob. Lékaři dnes umějí zachránit i děti extrémně nezralé, často na hranici životaschopnosti. Počet přeživších dětí stále stoupá. S tímto fenoménem je však spojeno také několik nepříznivých skutečností. Přestože je současná neonatologie v mnoha zemích na špičkové úrovni (a Česká republika k těmto zemím patří), mnoho dětí vstupuje do života s riziky vzniku či s již vzniklým postižením, které má úzkou souvislost s jejich předčasným narozením.

Narození dítěte vnímá většina rodičů jako jeden z nejkrásnějších okamžiků v jejich životě. Vše se však může změnit ve chvíli, kdy všechno není tak, jak by mělo být, jak si rodiče představují. Pokud porod přijde dříve, pokud se dítě narodí s postižením či s velkým rizikem vzniku postižení, nastává pro dítě samotné, pro jeho rodiče i pro širší rodinu velmi těžká situace.

S pokrokem lidstva je naštěstí spojeno také zvýšené vnímání potřeby pomoci lidem v tíživých životních situacích, lidem, jejichž osudy vyžadují zvýšenou péči odborníků jak z řad lékařů, tak také v oblasti psychologické, speciálně pedagogické či sociální.

V této bakalářské práci se autorka věnuje problematice předčasně narozených dětí. Klade si za cíl nastínit specifika ve vývoji dítěte, které přišlo na svět předčasně, rizika vzniku postižení v důsledku nedonošenosti a stav péče o tyto děti v České republice. Nezapomíná však také na jejich rodinu, neboť nedonošenost se netýká jen dítěte samotného, ale také jeho nejbližších.

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část v první kapitole pojednává o rané péči a její úloze při komplexní péči o předčasně narozené děti. Charakterizuje podstatu rané intervence u dětí, které přišli na svět předčasně, a tedy s určitým handicapem do prvních několika let života. Zabývá se popisem rané péče jako interdisciplinární spolupráce rodičů dítěte, odborníků, poskytujících pomoc v nejrůznějších oblastech vývoje dítěte, i dítěte samotného. Věnuje se seznámení se sociální službou rané péče, která je v České republice institucionalizována ve střediscích rané péče. V dalších kapitolách popisuje dělení novorozenců obecně a dále dělení novorozenců nedonošených,

příčiny předčasného porodu, systém péče o nedonošené děti bezprostředně po porodu a následně po propuštění do domácí péče. Je zde věnován prostor popisu možných postižení, jimiž jsou předčasně narozené děti ohroženy. V neposlední řadě je zde také nastíněno, jak tuto těžkou životní situaci vnímají rodiče nedonošených dětí a jakým způsobem daná skutečnost mění jejich stavy, prožívání narození potomka i jejich následný celoživotní přístup k němu.

V praktické části si autorka klade za cíl zjistit, jaká jsou specifika ve vývoji předčasně narozených dětí, zda existují specifika v nástupu předčasně narozených dětí do mateřských a základních škol a dále zjišťuje informovanost rodičů předčasně narozených dětí o možnostech využití služeb rané péče a její následné využití.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Raná péče

Slovní spojení „raná péče“ lze chápat v několika významech. Prvním z nich je vnímání tohoto pojmu v nejširším slova smyslu jako prvopočáteční „starání se“ o narozené dítě. Tuto láskyplnou péči mu věnují jeho rodiče a celá blízká i širší rodina v raných obdobích jeho života. Se správnou péčí o miminko pomáhá rodičům také pediatr a další lidé, které zpravidla rodiče sami k péči přizvou. Dnešním rodičům se nabízí široká škála možností, jak smysluplně trávit se svým dítětem společný čas a jak podporovat své dítě ve správném a zdravém vývoji. Maminky s dětmi navštěvují mateřská centra, kojenecké masáže, kurzy cvičení či plavání kojenců a batolat a mnoho dalších aktivit. Postupem času se na péči o dítě, která zahrnuje nejen podporu jejich psychomotorického vývoje, ale také socializaci, podporu emočního vývoje, výchovu a vzdělávání, začínají podílet učitelky v mateřské škole, instruktorky či trenérky v různých kroužcích a zájmových činnostech.

Mnoho dětí však hned po svém narození musí překonávat překážky v podobě zdravotního postižení, mírné odchylky v psychomotorickém vývoji či jen v podobě rizika vzniku postižení. Tyto děti potřebují co nejdříve po narození ranou péči v jejím užším slova smyslu. Tato raná péče zahrnuje komplexní péči a podporu vývoje dítěte ve všech oblastech jeho života. Podporu potřebuje také jeho rodina, která je v péči o ně nezastupitelná, a jejíž přístup hraje v životě takového dítěte stěžejní roli.

Již delší dobu je známo, jak velký je význam včasné péče a podpory dítěte s vývojovými poruchami. Pokud nebudou například u dítěte se sluchovou či zrakovou vadou včas podchyceny a cvičeny zbytku sluchu či zraku, dojde k jejich ztrátě. Stejně tak je tomu také u dětí s dětskou mozkovou obrnou a u řady dalších postižení či ohrožení správného vývoje jedince. Jestliže v prvních letech života dítěte dojde k promeškání možností a šancí a nedojde k poskytnutí odpovídající podpory, tolik důležité pro jeho celkový tělesný, duševní a sociální vývoj, je obtížné a často nemožné později situaci napravit. Tyto zvláštní šance a možnosti spočívají v eliminaci či zmírnění vznikajícího postižení a jsou determinovány významnou účinností rané stimulace a včasných zkušeností, získaných v co nejranějších edukativních procesech, které působí na vyvíjející se dětský mozek. Se započatím speciálně

pedagogických aktivit, podporujících vlastní vývoj mozku, a s včasnou realizací ovlivňování ohroženého vývoje či začínajícího postižení se významně zvyšují šance dítěte na dosažení co nejlepší úrovně v těchto ohrožených oblastech jeho vývoje a následně celého jeho života (Opatřilová, 2006, s. 119, 120).

Zásadní roli ve vývoji dítěte hrají první tři roky po narození. V tomto období jsou kompenzační schopnosti mozku největší a nejlépe umožňují rozvinout náhradní mechanismy i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývoje vážný handicap. Toto období je potřeba nezanedbat, neboť možnosti vývoje dítěte v určitých oblastech se mohou později zcela uzavřít nebo extrémně snížit. Přestože je mozek schopen vytvářet nová nervová spojení po celý život, člověk se nejrychleji rozvíjí v raném dětství, a také se v tuto dobu nejlépe přizpůsobuje jakýmkoli změnám (Raná péče.cz, 2013).

V neposlední řadě slovní spojení „raná péče“ označuje sociální službu, která je poskytována rodinám s dítětem v raném věku, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu.

1.1 Definice služby Raná péče

Raná péče spadá do systému sociálních služeb, přesněji do služeb sociální prevence. Pod pojmem „sociální služba“ se rozumí takové činnosti, kterými má být zajištěna pomoc a podpora osobám za účelem jejich sociálního začlenění a dále činnosti zajišťující prevenci sociálního vyloučení (zák. č. 108/2006, § 3, odst. 1). Je upravována zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, kde je definována takto:

Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

c) *sociálně terapeutické činnosti,*

d) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

(zák. č. 108/2006, par. § 54, odst. 1,2).

V různých odborných publikacích se setkáváme s dalšími, upřesňujícími, definicemi této služby, které ji více objasňují z hlediska potřeby pro dané konkrétní situace. Například Opatřilová (2006, s. 119) uvádí: *Ranou péčí (ranou podporou) se rozumí systém služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejím rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout rodině i dítěti možnosti sociální integrace.* Šándorová (2005, s. 42) ji definuje jako službu, jejímž cílem je pomoc dítěti vyrovnat se předčasným narozením a upravit prostředí a způsob péče tak, aby mu vyhovovalo.

1.2 Koncepce a cíle služby rané péče

Rané péče, jak již bylo výše uvedeno, má preventivní charakter a klade si za cíl pomáhat klientům ve všech rovinách jejich života. Usiluje o snížení vlivu prvotního postižení a brání vzniku postižení druhotného. Tím je myšleno následné nedostatečné rozvinutí funkcí postižené oblasti vývoje, ale také narušení vazeb dítěte s jeho okolím. Svou intervencí se snaží posílit rodinu a využívá jejích přirozených zdrojů tak, že i dítě s postižením může vyrůstat a prospívat v jejím prostředí. S tím úzce souvisí skutečnost, že je poskytována převážně v přirozeném prostředí dítěte, kterým je jeho rodina. To platí zejména pro období od narození do tří let věku, kdy právě láskyplná a stimulující interakce mezi dítětem, rodičem a případně dalšími členy blízké rodiny je podle posledních výzkumů podstatným faktorem celkového rozvoje. Neméně důležitý je také ekonomický přínos využívání služeb rané péče. Snaží se postupně činit rodiče nezávislémi na institucích a také snižuje nutnost ústavního pobytu dítěte (Raná péče, 2013).

Ranou podporou dítěte se rozumí všechna opatření, která slouží ke zlepšení organických funkcí, vytvoření přiměřených způsobů chování a k vývoji osobnosti. V naší republice je od sebe zpravidla oddělena část včasné terapie v lékařství od rané péče či, jinak řečeno, rané pedagogické podpory v oblasti speciálně pedagogické. Zatímco lékaři

a rehabilitační pracovníci intervenují včas (u rizikových dětí ihned po narození, u ostatních bezprostředně po zjištění postižení), u speciálních pedagogů to není pravidlem, i když se situace postupně zlepšuje.

Centrum rané péče v Praze 11 prosazuje myšlenku preventivně pojaté rané péče, kterou vidí jako terapeutickou intervenci na rodinu s dítětem raného věku. Prevence se v tomto smyslu vztahuje k poruchám chování, ke školnímu neúspěchu, k sociálnímu selhávání či výskytu psychopatologie u dítěte v pozdějším věku. Preventivní charakter takto pojaté rané péče spočívá v tom, že se neorientuje pouze na děti s postižením, ale nabízí služby všem rodičům, kteří si tyto služby vyžádají či jim byly doporučeny z důvodu jakékoliv odchylky ve vývoji dítěte (Opatřilová, 2006, s. 122).

1.3 Klientela služby rané péče

Obecně mohou služeb rané péče využívat lidé, kteří v souvislosti s nepříznivým vývojem svého dítěte hledají pomoc, podporu a další informace, které by jim pomohly v jejich aktuální životní situaci. Je poskytována klientům od narození dítěte do sedmi let věku, respektive do chvíle, kdy je dítě zařazeno do některé z forem školního vzdělávání. Jsou jimi rodiče, kteří mají pochybnosti ohledně vývoje svého dítěte, rodiče dítěte s podezřením na konkrétní postižení nebo s již diagnostikovaným postižením. Dále pak rodiny, u kterých je v důsledku komplikovaného těhotenství nebo porodu reálné nebezpečí vzniku postižení dítěte (např. velmi nízká porodní hmotnost, předčasná narození, komplikované porody, vícečetná gravidita ad.). Patří sem také děti s psychickými problémy (nerovnoměrný vývoj, poruchy chování a další), děti, jejichž vývoj je vážně ohrožen, a to nejen vlastními biologickými a konstitučními problémy, ale také například nemocí matky, slabou sociokulturní úrovní rodiny či syndromem CAN. Dále děti adolescenčních rodičů, děti z náhradních rodin, rodiny s mnoha dětmi a další (Opatřilová, 2006, s. 120).

1.4 Poskytovatelé služby rané péče

Poskytovateli služby rané péče jsou týmy odborníků, sdružené do středisek rané péče. Složení týmu musí respektovat potřeby konkrétního dítěte a jeho rodiny. Na realizaci rané intervence se podílejí zejména:

- oboroví lékaři specialisté, rehabilitační pracovníci
- psychologové
- speciální pedagogové
- sociální pracovníci, případně pracovníci dalších profesí.

V České republice v současnosti působí několik pracovišť rané péče. Některé z nich se specializují na klienty s různými typy postižení. Uvedme například Střediska rané péče Liberec, Plzeň a Eda Praha (které poskytují odborné služby, podporu a pomoc rodinám, ve kterých vyrůstá dítě se zrakovým či jiným postižením nebo ohrožením vývoje v raném věku), Společnost pro ranou péči se svými středisky v Brně, Ostravě či Olomouci (která poskytuje své služby dětem se zrakovým a kombinovaným postižením a jejich rodinám) či Středisko rané péče Tamtam (pomáhající rodičům dětí do šesti let, které mají sluchové nebo kombinované postižení nebo které slyší, ale řeč se u nich nevyvíjí). Mnozí poskytovatelé této sociální služby jsou členy Asociace pracovníků v rané péči, což je celostátní profesní organizace, jejímž posláním je prosazování oboru rané péče jako terénní sociální služby.

2 Problematika předčasně narozených dětí

Nemalé procento dětí se speciálními vzdělávacími potřebami patří mezi děti předčasně narozené. Těmto dětem je potřeba ihned po jejich příchodu na svět věnovat dostatečnou péči a zvýšenou pozornost, a to po několik prvních let jejich života. A to nejen z lékařského hlediska, ale také z hlediska psychologického a speciálně pedagogického.

Nedonošenost a předčasný porod jsou nejen zdravotním problémem s určitým průběhem, komplikacemi a prognózami. Jedná se o problém složitě strukturovaný. Týká nejen samotného předčasně narozeného dítěte a jeho rodičů, ale postihuje také sourozence a celou širokou rodinu, příbuzné, odbornou i laickou veřejnost. Je potřeba brát v úvahu veškeré medicínské, psychologické, etické, legislativní, ekonomické i kulturní a náboženské aspekty. Nedonošenost se pro dítě a jeho rodiče stává celoživotním tématem (Dokoupilová, et al. 2009, s. 9).

2.1 Klasifikace novorozenců

Každé novorozené dítě je charakterizováno svým gestačním věkem a porodní hmotností. Důležitý je také vzájemný vztah těchto dvou charakteristik.

Podle gestačního věku dělíme novorozence na nedonošené, donošené a přenošené. Těhotenství trvá 40 týdnů. Většina literárních pramenů (např. Dokoupilová a kol., Opatřilová, Bayer) i odborníků v praxi uvádí, že **nedonošený novorozenec** je takový, který se narodí před ukončeným 38 týdnem těhotenství, to je do 37+6 donošených týdnů a dnů. **Donošený novorozenec** se rodí v intervalu 14 dní před až 14 dní po předpokládaném termínu porodu, tedy 38+0 až 41+6 dokončených týdnů a dnů. Pokud se dítě narodí po uplynutí 42 týdnů těhotenství, mluvíme o **novorozenci přenošeném**. Naproti tomu Dort a kol. (2011, s. 14) ve své publikaci řadí děti, narozené v průběhu 38. týdne, již jako donošené. V praxi je potřeba se vždy řídit individualitou každého jednoho případu, proto je toto dělení bráno spíše jako orientační.

Děti nedonošené, neboli nezralé, ještě podle gestačního stáří dále dělíme, přičemž rozlišujeme tyto 4 stupně nezralosti:

- 1) extrémní nezralost ... pod 28. týden těhotenství
- 2) těžká nezralost ... 28. – 31. týden těhotenství
- 3) střední nezralost ... 32. – 35. týden těhotenství
- 4) lehká nezralost ... 36. – 37. týden těhotenství

(Dokoupilová, et al. 2009, s. 32,33).

Podle porodní hmotnosti se novorozenci řadí do pěti skupin:

- 1) novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností ... váha pod 1000 g
- 2) novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností ... váha 1000 – 1499 g
- 3) novorozenec s nízkou porodní hmotností ... váha 1500 – 2499 g
- 4) novorozenec s normální porodní hmotností ... váha 2500 – 4499 g
- 5) novorozenec obrovský (makrosomie) ... váha 4500 g a vyšší

Podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku klasifikujeme novorozence:

- 1) eutrofické, kdy porodní hmotnost odpovídá gestačnímu věku,
- 2) hypotrofické, kdy hmotnost je pod 10. percentilem hmotnosti pro daný dokončený týden gestačního věku,
- 3) hypertrofické, kdy hmotnost je nad 90. percentilem hmotnosti pro daný dokončený týden gestačního věku

(Dort, a kol. 2011, s. 14, 15).

Při klasifikaci dětí, které se narodily z vícečetného těhotenství, je třeba vycházet ze skutečnosti, že tyto děti mívají drobnější konstituci a tedy i nižší porodní váhu a kratší délku z jiných příčin. Vícečetná těhotenství (převážně těhotenství s dvojčaty) však často představují určité riziko vzniku postižení. Tomuto riziku je více vystaveno dvojče, které se rodí jako druhé v pořadí, čímž je vystaveno nebezpečí nedostatku kyslíku, a proto bývá i častěji postiženo (Opatřilová, 2006, s. 13).

2.2 Rizikový novorozenec

V novorozeneckém období se dítě adaptuje na nové životní prostředí. Na svět přichází s určitou výbavou základních nepodmíněných reflexů, které mu v adaptaci pomáhají. Vnímá nové smyslové podněty, vytváří si své první zkušenosti, dochází k prvnímu učení v rámci sociální interakce a uspokojení jeho základních životních potřeb. Postupně se rozvíjí a posiluje základní citová vazba mezi matkou dítěte, otcem a ostatními členy rodiny. Rizikovost tohoto období spočívá v možnosti poškození dítěte již v průběhu těhotenství, při nebo těsně po porodu či v raném postnatálním období. Zde mohou vznikat příčiny následného zdravotního znevýhodnění dítěte. Ty se mohou projevit nejen brzy po narození, ale také později, v následujících vývojových obdobích. Z hlediska prevence tohoto znevýhodnění je stěžejní kvalitní prenatální a neonatální lékařská péče a následně odpovídající terapie a podpora po narození (Opatřilová, 2006, s. 13).

Opatřilová ve své publikaci (2006, s. 12) uvádí, že „*rizikový novorozenec je novorozenec, který je ohrožen ve svém zdravotním stavu a vývoji*“. Šándorová (2005, s. 39) k tomu dodává, že toto ohrožení se týká jak biologické, tak i sociální a psychologické oblasti vývoje dítěte.

Příčiny tohoto ohrožení mohou být různé, vnitřní nebo vnější, vztahující se k prenatálnímu, perinatálnímu i postnatálnímu vývoji. Nejčastějšími příčinami ohrožení bývají:

- vrozené vývojové vady,
- komplikovaný porod (hypoxie, asfixie, poranění při porodu,...),
- nízká porodní hmotnost (dětí nedonošené, hypotrofické, z vícečetných gravidit),
- zdravotní stav matky (diabetes, těhotenské gestózy, AIDS, infekční či chronická onemocnění),
- věk matky (mladší 17 let, starší 35 let), předcházející potraty a interrupce,
- nezdravý životní styl matky (užívání drog, alkoholu, kouření, nedostatečná výživa)
- nedostatečná prenatální péče a další.

V této bakalářské práci, jak již bylo výše uvedeno, se budeme věnovat jedné ze skupin rizikových dětí, a to dětem předčasně narozeným. Ty patří dle Dittrichové a kol. (2004, s. 139) mezi největší rizikovou skupinu. Toto riziko vyplývá zejména z biologických faktorů, ze skutečnosti nezralosti fyziologických funkcí a orgánů dítěte v okamžiku porodu. Nepříznivě působit však mohou také faktory psychosociální, vztah matky k dítěti po narození a také psychosociální zázemí, v němž dítě vyrůstá.

2.3 Nedonošený novorozenec

Z hlediska terminologie označujeme dítě narozené před ukončeným 37. týdnem gestace několika termíny. Tedy výrazy předčasně narozené dítě, nezralé dítě, nedonošené dítě či nedonošenec jsou synonyma, která lze mezi sebou zaměňovat, a která budou i v této bakalářské práci používána.

Lékařská péče o předčasně narozené děti je v České republice na špičkové úrovni. Je jim poskytována mnohdy ještě před narozením, po narození a poté, systémem následné péče, do věku minimálně dvou, u těžce a extrémně nezralých dětí až do pěti let věku. Tato lékařská péče je však pouze jednou z dílčích složek celkové péče a snahy všech zúčastněných o co

nejkvalitnější život těchto dětí. V systému následné péče má své nezastupitelné místo také speciálně pedagogické poradenství, velký vliv na celkovou situaci rodiny má psychologická a sociální pomoc rodičům a ostatním členům rodiny v péči o nedonošené dítě, obzvláště v případě výskytu či rizika vzniku určitého postižení.

V současné době se v České republice narodí ročně okolo 7000 – 8000 dětí před řádným termínem porodu, 1500 z nich s velmi nízkou porodní hmotností (Dokoupilová, et al. 2009, s. 9), přičemž Česká republika patří ke státům, které mají nejnižší novorozeneckou a kojeneckou úmrtnost na světě. Mortalita u novorozenců s porodní hmotností pod 750 g se pohybuje v rozmezí 25 – 40 %, při hmotnosti 1000 – 1500 g je to už jen 3 – 5 %. Z těchto přeživších dětí má závažná vývojová postižení asi 60 – 70 % dětí narozených okolo 24. týdne těhotenství a děti narozené ve 27 – 29. týdnu těhotenství bývají postižené z 10 – 30 % (Peychl 2005, s. 19, 20).

2.4 Příčiny předčasného porodu

Příčin předčasného porodu může být mnoho. Mohou se vyskytnout na straně matky, na straně plodu či může být důvodem špatná funkce placenty. Mnohdy se faktory kombinují a u některých případů nemusí být vůbec zjištěno, proč k předčasnému porodu došlo.

Příčiny na straně matky

Mezi tyto příčiny patří nízký, nebo naopak vysoký věk matky, vývojové vady a onemocnění dělohy, chronická onemocnění matky (hypertenze, diabetes melitus, kardiopulmonální onemocnění a další) či infekční nemoci matky (zápal plic, chřipka, malárie, hepatitida, pohlavní choroby). Dále to mohou být různá tělesná a psychická traumata, poruchy životosprávy (kouření, alkohol nebo užívání drog), léčená sterilita, předchozí předčasné porody nebo komplikace v těhotenství (preeklampsie, HELLP syndrom a další) (Dort, a kol. 2011, s. 99).

Příčiny na straně plodu

Mezi nejčastější fetální příčiny předčasného porodu patří vrozené vývojové vady plodu, vícečetné těhotenství, a také kongenitální infekce (syfilis, toxoplazmóza, rubeola, herpes atd.) (Dort, a kol. 2011, s. 100).

Příčiny na straně placenty

Sem řadíme poruchy placenty, plodových obalů a plodové vody. Může se jednat o nedostatečnou funkci placenty z důvodu akutní nebo chronické insuficience (malá placenta, vcestná placenta, abrupce či předčasné degenerativní změny placenty), předčasný odtok plodové vody či syndrom infikovaného amnia (Dort, a kol. 2011, s. 100).

2.5 Lékařská péče po narození

2.5.1 Systém poporodní lékařské péče v ČR

Zahájení péče o předčasně narozené děti není ve všech zemích světa jednotná. Ve většině vyspělých států se intenzivní péče o nezralé děti zahajuje ve 24. týdnu těhotenství, kdy jsou tyto děti nejen živé nebo vitální, ale také života schopné nebo viabilní. Ale například ve skandinávských zemích nebo ve Švýcarsku je tato hranice stanovena na 25. týden těhotenství, naproti tomu v Japonsku je tato péče zahajována již od 22. týdne těhotenství (Dokoupilová, et al. 2009, s. 36) .

Díky vysoce funkčnímu technickému vybavení a díky kvalitní péči v perinatologických centrech jsou dnes zachraňovány děti s porodní hmotností okolo 500 g. Novorozenecká úmrtnost se v souvislosti s výše uvedeným snižuje, avšak s prohlubováním diagnostických a terapeutických postupů zůstává určitý počet sice přeživších, ale primárně těžce postižených dětí. I u dětí, které se narodily pouze jako lehce nedonošené se mohou v pozdějším věku objevit problémy s adaptací na nové prostředí a různé patologie v tělesných systémech (Šándorová, 2005, s. 42).

Lékařský obor, který se zabývá péčí o novorozence, se nazývá neonatologie. V České republice je zavedena třístupňová péče o novorozence.

Prvním stupněm jsou veškeré městské porodnice s novorozeneckým oddělením. Zde se starají o zdravé donošené novorozence, a také o novorozence lehce nezralé, narozené po 35. týdnu těhotenství, jejichž poporodní adaptace je zcela bez komplikací (Dokoupilová, et al. 2009, s. 37– 38).

Druhý stupeň představují centra intermediární péče, která se nacházejí v některých větších městech. Zde je poskytována péče novorozencům, narozeným po 32. týdnu

těhotenství, případně i v týdnu nižším, pokud jsou v dobrém poporodním stavu. Na těchto pracovištích, kterých je v současnosti v ČR dvacet, je již možnost napojení nedonošence na ventilační podpory, infuzní výživy a je zde speciálně vyškolený personál (Dokoupilová, et al. 2009, s. 37 – 38).

Jako třetí a nejvyšší stupeň jsou označována perinatologická centra, kterých je v České republice dvanáct (např. Praha – UPMD Podolí, FN Motol, Brno, Ostrava, Olomouc, Hradec Králové). V těchto centrech se nacházejí jednotky intenzivní péče pro novorozence a je zde možné pečovat o děti se všemi stupni nezralosti a poskytovat maximální možnou intenzivní péči (Dokoupilová, et al. 2009, s. 37 – 38).

Do nemocnic, kde se tato centra nacházejí jsou převáženy těhotné ženy, jejichž těhotenství jsou problémová. Také pokud se miminko narodí před 35. týdnem těhotenství v běžné porodnici nebo je donošené, ale poporodní adaptace je obtížná, bývá převáženo na pracoviště vyššího stupně. Někteří novorozenci potřebují specializovanou péči jen pár hodin po porodu, jiní tu musí zůstat i několik týdnů až měsíců (Dokoupilová, et al. 2009, s. 37 – 38).

2.5.2 Zajištění nedonošence bezprostředně po porodu

Bezprostředně po porodu jsou u novorozence zajištěny veškeré životní funkce, v případě nutnosti se použijí přístroje pro podporu dýchání nebo musí být provedena intubace a aplikován přímo do plic surfaktant na jejich dozrání. V některých případech musí být zahájena kompletní resuscitace.

Ještě na porodním sále neonatolog či pediatr v rámci vyšetření sleduje časnou poporodní adaptaci dítěte. Tato adaptace se hodnotí pomocí tzv. Apgar skóre. Toto hodnocení se provádí v 1., 5. a 10. minutě a zahrnuje pět významných ukazatelů kvalit této bezprostřední poporodní adaptace, viz. tabulka č. 1. Každý projev je hodnocen 0 až 2 body, tedy nejlepší Apgar skóre je 10-10-10. Čím je novorozenec nezralejší, tím je menší pravděpodobnost dosažení plného počtu bodů. Průběh adaptace novorozence ovlivňuje předchozí nitroděložní vývoj plodu, průběh porodu a dosažený týden těhotenství (Dokoupilová, et al. 2009 s. 54 – 56).

Tabulka č. 1 Apgar skóre

Parametr	Hodnocení		
	2 body	1 bod	0 bodů
Srdeční akce	nad 100/min	pod 100/min	asystolie
Dýchání	pravidelné vydatné	nepravidelné lapavé	apnoe
Svalový tonus	flekční držení	snížený tonus	vymizelý
Reflexní reaktivita	živá	snížená	vymizelá
Barva kůže	růžová	akrocyanóza	centrální cyanóza

Zdravý novorozenec dosáhne skóre 8 až 10 bodů, 7 až 4 body znamenají lehkou porodní asfyxii a 3 a méně bodů značí těžkou porodní asfyxii (Dort, a kol. 2011, s. 25).

2.5.3 Pobyt nedonošence na specializovaném oddělení

Po časně adaptaci na porodním sále je novorozenec převezen na JIRP nebo na oddělení IMP dle stupně nezralosti a poruchy poporodní adaptace. Zde je napojeno a hlídáno pomocí přístrojů, monitorujících srdeční činnost, dechovou frekvenci, saturaci a tělesnou teplotu. Je jim zaveden centrální katetr do pupečního pahýlu, později kanyly na odběry krve a aplikaci léků, infuze na podání výživy, později sonda do žaludku (Dokoupilová, et al. 2009, s. 62, 63).

Stejně jako u všech narozených dětí se i u nedonošených v prvních dnech života provádějí některá vyšetření a screeningové testy na daná onemocnění a metabolické vady (např. fenylketonurie nebo hypothyreóza). Dále se u nich navíc provádějí mimo jiné kontroly krevního obrazu k časnému záchytu případné infekce či ubývání červených krvinek, Astrupovo vyšetření ke zjištění acidobazické rovnováhy, biochemická vyšetření pro kontrolu funkcí některých vnitřních orgánů a další specializované testy dle potřeby (Dokoupilová, et al. 2009, s. 86 – 87) .

2.5.3.1 Kvalita prostředí na novorozenecké JIRP

Lepší adaptaci novorozenců napomáhá vlídné prostředí JIRP. Dítě se najednou ocitá v diametrálně odlišném prostředí než je matčina děloha, která mu měla ještě několik týdnů poskytovat ideální prostředí pro jeho vývoj, ticho, teplo, šero. Nedonošenec je velmi náchylný na působení stresorů prostředí jako je hluk, prudké světlo či změny teplot. V rámci intenzivní péče bývá vystavováno nepříjemným a bolestivým zákrokům (intubace, odsávání, zavádění sond apod.). Všechny tyto senzorické zkušenosti dítěte v raném období ovlivňují vývoj mozku. Mnohé studie prokázali, že tyto rušivé podněty vyvolávají fyziologické změny s negativním dopadem na stav dítěte. Ovlivňují dýchání, kardiovaskulární funkce, zvyšují riziko vzniku intraventrikulárního krvácení, zvýšená motorická aktivita spotřebovává energii potřebnou pro růst, zvýšeným buzením je narušen spánek, důležitý pro vývoj mozku. Nepříznivé vlivy prostředí mohou způsobit nižší schopnost dítěte reagovat na rodiče, čímž se narušuje vytváření jejich vzájemného vztahu. Proto je nutné usilovat o vytvoření takového prostředí JIRP, které respektuje právo dítěte na individuální odpočinek, ochranu před bolestí a nepříznivými vlivy prostředí, je nutná snaha o vytvoření rovnováhy mezi intenzivní péčí o novorozence a jeho odpočinkem (Dort, a kol. 2011, s. 109, 110).

2.5.3.2 Senzorická zkušenost novorozence na JIRP

Bolest

Je zřejmé, že již v prenatálním období je jedinec schopný vnímat bolest. Senzorické dráhy bolesti fungují zhruba od 20. týdne těhotenství, i když o intenzitě vnímání této bolesti nejsou naše představy zcela jasné. Současné výzkumy nejsou schopné odpovědět na otázku, zda stejně intenzivně vnímá bolest dospělý jedinec, malé dítě či právě narozený, těžce nezralý novorozenec. Negativní důsledky opakovaných prožitků bolesti však byly prokázány již u dětí ve 26. týdnu postkoncepčního věku. Tyto děti, které prodělaly větší množství invazivních zákroků bezprostředně po narození, byly později méně reaktivní a fyziologicky stabilní než děti, u kterých nebyly prožitky bolesti tak časté. U velmi malých nedonošených dětí jsou navíc behaviorální reakce, jako je pláč, obranné pohyby apod., na bolestivé zákroky (vpich jehly, zavádění sondy, ...) méně zřetelné, a dítě je tedy pro okolí méně „čitelné“.

S ohledem na skutečnost, že v současné době přežívá stále více těžce nedonošených dětí s hmotností pod 1000 g, je nutnost pomýšlet na jejich ochranu před bolestí o to naléhavější. U takto rizikových dětí je značná pravděpodobnost vzniku lehčích postižení či

funkčních odchylek CNS a právě u nich jsou vlivy prostředí ještě významnější než u dětí biologicky odolných. Poměrně často bývá v pediatrické literatuře uváděno, že tlumení bolesti u velmi malých dětí je ne vždy na dostatečné úrovni (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 24, 25).

Světlo a zrak

Předčasně narozené děti mají zvýšené riziko zrakových poruch. Nemusí se jednat pouze o retinopatii nedonošených, která vyplývá z nedonošenosti samotné, ale také o poruchy vzniklé na základě negativních podnětů z neonatální intenzivní péče. Světlo není nutné k vývoji zraku u plodu a u nedonošeného dítěte, proto je žádoucí na oddělení snížená intenzita světla, případně ochrana dítěte zakrytím horní části inkubátoru či zakrytím očí (Dort, a kol. 2011, s. 110).

Hluk, řeč a sluch

Také z hlediska poruch sluchu je nedonošenost rizikovým faktorem. Vedle vlastní nezralosti a případné hypoxie či infekce může nepříznivě působit i hluk a ototoxické léky (Dort, a kol. 2011, s. 111).

Často bývá u předčasně narozených dětí pozorován opožděný vývoj řeči a vadná výslovnost. To je dáváno do souvislosti s nedostatečnou zvukovou zkušeností, kterou je in utero hlas matky, a která nedonošenému dítěti chybí. Dítě pobývá nemalou dobu v inkubátoru, kde převládají zvukové podněty typu vrčení přístrojů, zvonění alarmů či zvuků, pramenících z činnosti personálu. Pro prevenci těchto komplikací bývá doporučováno umožnění co nejčastějšího kontaktu dítěte s matkou a otcem, snížení hlasitosti přístrojů a zvuků na oddělení JIRP či vhodné použití muzikoterapie (ovšem přísně individuálně, jelikož ne každá hudba musí dítěti vyhovovat) (Dort, a kol. 2011, s. 111).

Tuto skutečnost potvrzuje také např. studie dětské lékařky Melindy Caskeyové z nemocnice Women and Infants Hospital v Providence v americkém Rhode Islandu. V této studii sledovala projevy nedonošenců, narozených okolo 27. týdne těhotenství, na které jejich rodiče a sourozenci mluvili více, než byli zvyklí. Zjistila, že děti reagují hlasem už ve 32. týdnu. Při příchodu rodičů se intenzita vokalizace zvedla až na 129% proti průměru, kdy jsou děti jen v přítomnosti zdravotních sester. Nedonošené děti reagovaly na hlas - především rodičů - tím, že samy začaly vydávat zvuky, zejména v podobě samohlásek. S tímto výsledkem sama Caskeyová dodává: *"U starších dětí a dospělých se nestane, aby sestry*

nevstoupily do pokoje a nepromluvíly na ně. Stejně by se měly chovat u předčasně narozených dětí." (Nedoklubko, 2012).

Taktilní, chemosenzorická, vestibulární a čichová stimulace

Hmat, chuť, čich a vnímání polohy jsou vyvinuty již od šestého měsíce od početí. Stejně jako u sluchu, také ve stimulaci těchto smyslů hraje velkou roli rozdíl mezi prostředím in utero, kde je teplo, vlhko, a kde má plod hebkou multisenzorickou zkušenost při pohybech v plodové vodě, kterou i ochutnává, a prostředím v inkubátoru. Proto se v nich používají podložky z příjemných měkkých materiálů, veškerá manipulace s dítětem musí být něžná, cílená, klidná a plynulá a poloha dítěte pohodlná a flexní (Dort, a kol. 2011, s. 111, 112).

Pozitivní doteky

K zabezpečení lidského a emocionálního přístupu k nedonošeným novorozencům je velmi důležitá spolupráce s rodiči. Ošetřující personál pomáhá rodičům překonávat stresující prostředí na JIRP a postupně je učí pozitivním dotekům. Ty zahrnují hlazení, chování, jemné masáže a klokánkování (kontakt kůže na kůži na matčině či otcově hrudi) a jsou nesmírně důležité jako protipól mnoha nepříjemných a bolestivých prožitků, které s sebou intenzivní péče přináší (Dort, a kol. 2011, s. 112).

Všechna tato zdánlivě nevýznamná opatření a snahy personálu o vytvoření vlídného prostředí na JIRP pro děti i jejich rodiče může významně omezit nepříznivé důsledky intenzivní péče, zlepšit momentální stav dítěte i jeho dlouhodobou prognózu, a také značnou měrou pomáhají rodičům s překonáním stresujících situací, kterým jsou vystaveny (Dort, a kol. 2011, s. 112, 113). Jak k této problematice dodávají ve své publikaci Langmeier, Krejčířová (2006, s. 28), nedonošené dítě již není plod, a tak jako musejí začít fungovat jeho plíce, trávicí soustava či termoregulace, tak také začínají fungovat jeho smysly a i ty potřebují přiměřenou stimulaci. Proto je prostředí inkubátoru nejen zbavováno nepřírodných podnětů, jako je ostré světlo či hluk, ale také je obohacováno o nové, dětskému vnímání přizpůsobené podněty. Běžnou součástí prostředí novorozeneckých JIRP jsou dnes již pestré hračky, obrázky lidských obličejů, tichá hudba či hlas matky.

2.6 Možné zdravotní následky nedonošenosti

Děti předčasně narozené jsou nezralé, s nedokonale vyvinutými adaptačními mechanismy. Jejich životaschopnost je tím nižší, čím dříve se narodily. Tato skutečnost bývá příčinou častých poruch poporodní adaptace, nedonošené děti bývají po celý novorozenecký i kojenecký věk ohroženy větší nemocností a úmrtností ve srovnání s dětmi donošenými a také poruchami tělesného a duševního vývoje (Pařízek, 2012). Některé komplikace, vyskytující se bezprostředně po porodu po několika dnech či týdnech uspokojivě odeznívají, jiné bývají příčinou poruch a postižení dlouhodobého, často celoživotního charakteru.

U předčasně narozeného dítěte se častěji setkáváme s perinatálním poškozením mozku, poškozením smyslových orgánů, poruchami imunity. Dále se prakticky u všech případů projevují dechové problémy, poruchy oběhové soustavy, trávící soustavy, poruchy krve tvorby či metabolické změny. To vše může mít za následky pozdější výskyt dětské mozkové obrny, mentálního postižení, postižení zraku či sluchu, ale také formou méně závažného zdravotního znevýhodnění dítěte (Opatřilová, 2006, s. 13). V pozdějším věku se i u zdravých nedonošených dětí častěji vyskytují poruchy pozornosti, soustředění, vizuomotorické potíže, zvýšená úzkostnost, lehčí poruchy řeči či specifické poruchy učení. Významnou roli zde sehrává nejen samotný fakt nezralosti organismu, ale také dramatická změna prostředí, na kterou dítě ještě nebylo biologicky ani psychicky připraveno (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 27).

Co se týče výskytu vrozených vývojových vad nedonošenců, ty bývají příčinou předčasného narození, nikoli však jeho důsledkem (Opatřilová, 2006, s. 13). Nejčastěji se vyskytující a nejzávažnější komplikace předčasného narození budou popsány v následujících podkapitolách.

2.6.1 Problémy dechové soustavy

K raně postnatálním pneumopatiím, neboli onemocněním plic, patří u nedonošených dětí zejména **syndrom respirační tísně**. Projevuje se v prvních hodinách po porodu a může být zapříčiněn několika faktory, z nichž jmenujme například aspiraci plodové vody, tranzitorní tachypnoe (prodloužená očista plic od plicní tekutiny), anatomickou či funkční nezralostí plic nebo bronchopulmonální displazií (přetrvávající závislost původně nezralého novorozence na kyslíku nebo ventilační podpoře). V jeho léčbě se uplatňuje zejména kyslík, péče o vnitřní prostředí a dechová podpora. V 80. a 90. letech dvacátého století došlo

k zásadnímu zlomu v léčbě syndromu respirační tísně. Tento zlom spočíval v zavedení léčby surfaktantem (Peychl, 2005, s. 65 – 69). Surfactant je tekutina, tvořená plicními buňkami, snižující povrchové napětí a umožňující plicím se rozepnout při 1. nádechu (uLékaře, 2012).

Ve většině případů směřuje syndrom respirační tísně během prvního roku věku ke spontánní úpravě. Rozdíl ve funkci plic lze později v předškolním věku odhalit již pouze funkčním vyšetřením. Někdy ale může dojít k vážnějším komplikacím jako jsou plicní infekce, gastroezofageální reflux a dlouhodobé váhové neprospívání s poruchou růstu (Peychl, 2005, s. 70 – 71).

Častěji než u donošených dětí se u nedonošenců vyskytují **apnoické pauzy**, které jsou velmi častým průvodním jevem u všech těžce nedonošených dětí. Tyto pauzy jsou způsobené nezralostí centrální regulace dýchání (tzv. centrální apnoe) nebo epizodami intermitentní poruchy průchodnosti horních cest dýchacích (tzv. obstrukční apnoe). V léčbě apnoických pauz se používají vybrační nebo vodní lůžka, medikace či dechová podpora například řízenou ventilací (Peychl, 2005, s. 73 – 74).

Dostatečně dlouhé období bez apnoických pauz bývá jedním ze zásadních kritérií, umožňujících propuštění nedonošence do domácí péče. V souvislosti s apnoe je nutno také zmínit **syndrom náhlého úmrtí kojence**, neboli SIDS. Vzájemný vztah apnoických pauz a SIDS je sice nejasný, v každém případě je však vhodná edukace rodičů o těchto rizicích a možnostech prevence vzniku SIDS i o zásadách neodkladné resuscitace. Syndrom náhlého úmrtí kojence postihuje bez rozdílu děti donošené i nedonošené, ovšem v populaci nedonošených je udávána frekvence výskytu až 2-3krát vyšší (Peychl, 2005, s. 74, 77).

Souhrnně lze konstatovat, že u příznivě se vyvíjejících nedonošenců bývají plicní funkce s postupným dozráváním orgánu zcela normalizované a v pozdějším dětském věku se neliší od dětí stejně starých donošených. Jen u některých extrémně nezralých jedinců se může projevit zdravotní znevýhodnění ve formě vyšší zranitelnosti dýchacího systému, a to i v dospělosti. Část původně nedonošených trpí chronickými problémy, jako jsou recidivující respirační infekce, astma nebo těžké dlouhodobé projevy bronchopulmonální dysplazie (Peychl, 2005, s. 76, 77).

2.6.2 Postižení centrálního nervového systému

Postižení CNS a poškození mozku bývají nejzávažnějším důsledkem předčasného porodu. K perinatálnímu období se vztahuje termín hypoxicko-ischemická encefalopatie, který obecně označuje poruchy funkce mozku následkem různých strukturálních poškození v důsledku nedostatečného, popřípadě nadbytečného zásobení kyslíkem (Peychl, 2005, s. 81).

Nejčastějším procesem, poškozujícím mozek nedonošených dětí, je **intraventriculární hemoragie**, neboli krvácení do mozkových komor. U dětí s porodní hmotností pod 1000 g se uvádí výskyt u více než poloviny případů. Pokud se jedná o krvácení menšího rozsahu, dochází během několika týdnů k resorpci koagula a na vývoj mozku nemají žádný negativní vliv. U rozsáhlých krvácení, postihujících většinu objemu mozkové komory a mozkových tkání hrozí blokáda odtoku moku, čímž může dojít k závažným poškozením mozkové tkáně, ke vzniku hydrocefalu, k postižení vývoje daného jedince. U těchto těžších stupňů krvácení je třeba se obávat dlouhodobých neurologických následků jako je dětská mozková obrna a/nebo mentální retardace. Nejčastěji vyskytující se formou motorického postižení je spastická diplegie (Peychl, 2005, s. 81, 82).

Dalším závažným projevem postižení mozku následkem nedonošenosti jsou **periventriculární leukomalacie** (ischemická postižení bílé mozkové hmoty nekrózou), která sice nejsou tak častá jako již výše zmíněné intraventriculární krvácení, avšak jsou ještě závažnější. Nález tohoto poškození prakticky ve 100 % případů znamená určitý stupeň dětské mozkové obrny, často spojené s mentální retardací (Peychl, 2005, s. 82 - 84).

K poškození mozku a centrálního nervového systému může dojít také v případě **perinatální asfyxie**, což je nedostatek kyslíku, ke kterému dochází v 90 % antenálně, neboli při porodu. Týká se také dětí donošených. Zatímco u nich se vyskytuje zhruba v 0,5 – 1 % případů, u dětí nedonošených je tato hodnota několikanásobně vyšší a sice 5-10%. Přítomnost asfyxie lze nejlépe posoudit pomocí Apgar skóre, které bylo popsáno výše. Nejčastějším následkem asfyxie je opět dětská mozková obrna (Peychl 2005, s. 88 – 95).

Z ostatních možných příčin postižení centrálního nervového systému v důsledku předčasného porodu jmenujme ještě například infekční onemocnění jako je **encefalitida** či **meningitida**, a dále potom **atrofie mozku** nebo **novorozenecké křeče** (Peychl 2005, s. 88 – 95).

2.6.3 Poruchy imunity

Imunitní systém nedonošených dětí je nevyzrálý a proto dochází v mnoha případech k propuknutí **infekce**. Ta může postihnout již plod v děloze či při samotném porodu, nejčastěji k nim však dochází v období prvních deseti dní po porodu. Problematika perinatálních infekcí je rozsáhlá a jejich důsledky mohou ovlivňovat celý budoucí vývoj dítěte. Jejich následkem může být těžká DMO, mentální retardace nebo postižení zraku a sluchu. Do pozdějších let také často přetrvávají následky spojené s plicní infekcí, hepatitidou B a C nebo celkové kandidové infekce.

U dětí s velmi nízkou porodní hmotností se v prvních letech života vyskytují stejné typy infekcí jako u ostatních dětí, ovšem s mnohem vyšší četností. Nejmarkantnější je tato odlišnost u dětí s porodní vahou pod 1000 g, kdy například akutní zánět středního ucha prodělá až 50 % z nich, odstrukční bronchitidou onemocní 40 % z nich (Peychl, 2005, s. 121, 122).

2.6.4 Poruchy smyslových orgánů

Z hlediska poškození smyslových orgánů v důsledku nedonošenosti je nejvíce ohrožen zrak dítěte a jeho sluch.

Zrak

Nezralá sítnice u těžce a extrémně nedonošeného dítěte je velmi vulnerabilní, málo odolná vůči změnám vnitřního prostředí, zejména pak vůči nestabilní oxygenaci. To může vést k rozvoji **retinopatie nedonošených**. Jedná se o poruchu vývoje sítnice s opožděným prorůstáním cév do některých jejích částí a s tvorbou nadbytečných cév a vaziva. Stejně jako u ostatních postižení, také riziko retinopatie významně stoupá se stupněm nezralosti a se snižující se porodní vahou dítěte a její známky se rozvinou až u 40 % dětí s vahou pod 1000 g. Nedonošenost také predisponuje k výskytu dalších očních vad v dětském věku. U této skupiny dětí se vyskytuje třikrát vyšší riziko vzniku strabismu, dvakrát vyšší riziko refrakční vady, ambliopie a astigmatismu. Proto je vhodné následné sledování očním specialistou a podrobné vyšetření zraku v určitých intervalech až do předškolního věku (Peychl 2005, s. 99, 102).

Sluch

Také riziko vzniku vady sluchu je u předčasně narozených dětí několikanásobně vyšší v porovnání s dětmi donošenými. Nejčastěji se jedná o centrální poruchu sluchu v důsledku postižení sluchového nervu hypoxií. V současné době probíhá u nedonošených dětí v neonatologických centrech screeningové vyšetření poruch sluchu otoakustickou metodou, jejíž spolehlivost však není ještě dostatečně vyjasněna. Proto se doporučuje další kontrolní vyšetření okolo jednoho roku věku dítěte. Časný záchyt poruchy sluchu má velký význam pro celkový vývoj dítěte, zejména pro rozvoj řeči (Peychl 2005, s. 102, 103).

2.6.5 Poruchy trávicího ústrojí

Závažnou komplikací, která je specifická pro nedonošené děti je **nekrotizující enterokolitida**, náhlá příhoda břišní, kdy nekróze rychle podlehnou část stěny střeva, následovaná jeho neprůchodností až perforací a následně dochází k sepsi. Riziko jejího vzniku roste se stupněm nezralosti a při příliš časném zavedení plné enterální stravy (zejména u dětí, které nejsou krmeny mateřským mlékem). Mezi další problémy spojené se špatnou funkcí trávicího ústrojí, které se u předčasně narozených dětí objevují, patří gastroezofageální reflux (zvracení a ublinkávání stravy), zácpa, přechodná intolerance stravy (Peychl, 2005, s. 95 – 97).

2.6.6 Poruchy oběhové soustavy

Jako častá komplikace při předčasném narození dítěte je uváděna **otevřená tepenná dučej**. Výskyt této komplikace je na nedonošenosti přímo závislá a její výskyt je u skupiny dětí s porodní vahou pod 1000g na hranici 50-ti procent. Tento náález je však obvykle přechodný a v pozdějším věku může být v jejím důsledku patrná například dušnost, šelest či tachykardie (zvýšená tepová frekvence). S apnoickými pauzami bývá u nedonošenců často spojen další problém oběhové soustavy, a sice přechodné **bradykardie** (snížená tepová frekvence), které se však po propuštění dítěte z nemocniční péče vyskytují jen ojediněle (Peychl, 2005, s. 78, 79).

Převážně u dětí lehce nedonošených se objevuje **perzistující plicní hypertenze**, což je porucha fyziologické přestavby krevního oběhu po porodu. Při této poruše může dojít až k těžkému stavu respirační tísně či k hypofii, jež může mít i fatální vyústění. Delší dobu trvající hypofie může nevratně poškodit centrální nervový systém (Peychl, 2005, s. 80, 81).

2.6.7 Specifické poruchy učení a chování

S vývojem CNS a jeho nezralostí jsou spojovány také některé další problémy nedonošených dětí v pozdějším věku. V některých případech, kdy se motorický a kognitivní vývoj významně neodchyluje od normy, se však mohou projevit poruchy učení a chování, zmiňovány jsou nejčastěji dyslexie či dysgrafie, LMD a ADHD (Peychl 2005, s. 125). Také Šándorová (2005, s. 42) ve své publikaci uvádí, že i u zdravých nedonošenců se mohou v průběhu pozdějšího vývoje objevit poruchy pozornosti, lehčí poruchy řeči, specifické poruchy učení či vizuomotorické obtíže. Sobotková (2011) ve své zprávě z XX. Celostátní konference ošetrovatelských profesí v péči o novorozence s odkazem na zahraniční studie uvádí, že v posledních letech se odborníci stále více zaměřují na tyto střední a lehčí formy morbidity, vyskytující se u značného počtu nedonošených dětí a vedoucí k určitému oslabení jejich běžného fungování či k slabším výkonům ve škole. Uvádí mimo jiné, že „vývojové problémy se mohou začít objevovat až v pozdějším věku, v průběhu dozrávání CNS, kdy jsou zároveň na dítě kladeny stále větší požadavky – např. ve školním věku. (např. Saigal et al. 2000 uvádějí: 52 % dětí s extrémně nízkou porodní hmotností hodnoceno ve 4 letech v normě, v 8 letech to bylo již jen 31 %). Dlouhodobé studie ukazují, že problémy často přetrvávají do věku adolescence i do dospělosti - v poslední době je ve světě kladen důraz na takovéto longitudinální studie.“

2.7 Prognóza předčasně narozených dětí

Rodiče nedonošeného dítěte chtějí od lékařů slyšet, zda bude jejich dítě postižené, a v jakém rozsahu. Tyto prognózy však nelze, zejména v raném postnatálním období, stanovit. Příznaky případných postižení se objevují postupně a v okamžiku propuštění dítěte do domácího prostředí, obvykle před třetím měsícem věku, nejsou z větší části průkazné. Lze ale konstatovat, že horší prognóza je např. u dětí s prodělaným intraventrikulárním krvácením, hydrocefalem, meningitidovou infekcí či s projevem novorozeneckých křečí (Peychl 2005, s. 25).

Mezi chováním dětí nedonošených a dětí donošených byly prokázány výrazné rozdíly. Nedonošené děti bývají dráždivější, labilnější, ale také méně reaktivní na smyslové a sociální podněty. Je však pravdou, že rozdíly v chování nelze přičítat pouze samotné nedonošenosti,

svou roli hraje jistě také biologická i psychologická nepřípravenost dítěte na změnu prostředí (Šándorová, 2005, s. 42).

Například asi 10-20 % dětí s těžkou asfíxií nepřežije perinatální období. Přeživší děti trpí v asi 20 – 40 % dlouhodobými neurologickými následky, z čehož polovina tak závažnými jako je dětská mozková obrna, mentální retardace, epilepsie, či postižení zraku či sluchu (Peychl 2005, s. 87).

Prevencí poškození dítěte je zejména prevence předčasného porodu, kvalitní péče před porodem, během porodu i po něm. Ke zlepšení prognózy významně přispělo zavedení podávání surfaktantu - léku k urychlení dozrávání plic plodu matce při hrozícím předčasném porodu, dále také vysoce kvalifikovaná péče neonatologů a koncentrace předčasných porodů ve specializovaných centrech a v neposlední řadě také rehabilitace již vzniklých poruch (uLékaře 2012).

2.8 Následná péče po propuštění

Rozhodnutí o propuštění předčasně narozeného dítěte z nemocnice je individuální a závisí na stavu konkrétního pacienta. V současné době jsou do domácí péče propouštěny děti s váhou okolo 2000 g a v 34 – 36. postkoncepčním týdnu, pokud dostatečně přibývají na váze, jsou kompenzované po stránce dýchání, srdeční frekvence a krevního oběhu, jsou schopné termoregulace a jsou adaptované z hlediska příjmu potravy (Peychl 2005, s. 19 – 20).

2.8.1 Dlouhodobé sledování a možnosti vývojové intervence

Po propuštění předčasně narozeného dítěte do domácí péče je nezbytně nutné jej dále dlouhodobě sledovat. K tomu slouží zejména specializované ambulance pro děti s rizikem poruchy vývoje (Dort, a kol. 2011, s. 226). Důležitou a hlavní roli v diagnostice a terapii případných poruch a postižení hraje lékařská věda. Do ní spadá také fyzioterapie, která pomáhá odstraňovat případné následky poruch a postižení. Své nezastupitelné místo zde má však také sociální péče či speciální školství. Všechny tyto oblasti se interdisciplinárně podílejí na následné péči o dítě s rizikem vzniku zdravotního postižení či zdravotního znevýhodnění (Květoňová-Švecová, 2004, s. 20). V rámci komplexní následné péče tedy dochází ke spolupráci řady lékařských specialistů, speciálních pedagogů, psychologů a dalších pracovníků z oblasti fyzioterapie, ergoterapie a sociální péče.

Cílem následné péče je minimalizace rizik a následků postižení předčasně narozených či jinak rizikových dětí, integrace do rodiny, vzdělávacího systému a celé společnosti. Při pravidelných návštěvách bývá hodnocen jejich somatický stav, růst a psychomotorický vývoj, provádí se vyšetření zraku a sluchu, neurologická a v neposlední řadě také psychologická vyšetření (Dort, a kol. 2011, s. 226, 228). Veškerá tato vyšetření a hodnocení vývoje nedonošence je nutné dva roky vztahovat k jeho tzv. korigovanému věku. Týdny, o které nastal porod dříve se odečítají od chronologického, tedy faktického stáří dítěte. Např. Dítěti, narozenému ve 28. ukončeném týdnu těhotenství se bude odečítat dvanáct týdnů, tedy v jednom roce života bude posuzováno jako dítě devítiměsíční (Bayer, 2011, s. 220).

Při **psychologickém vyšetření** se sleduje úroveň rozvoje mentálních schopností dítěte, může se odhalit disharmonický vývoj osobnosti dítěte a indikovat vývojová intervence, realizovaná ve spolupráci s rodiči a speciálním pedagogem. V indikovaných případech je erudovaný dětský psycholog schopen provést vyšetření již u novorozence. K tomu se využívá Brazeltonova škála chování novorozence či, v případě předčasně narozených dětí, také Neurobehaviorální hodnocení nedonošeného dítěte podle Kornerové.

Brazeltonova škála chování novorozence

Škála je určena k hodnocení chování dítěte od narození do věku 30 dnů. Jednotlivé položky hodnotí 4 dimenze chování, a to

- interakční chování (schopnost odpovědi dítěte na sociální podněty a reakce na podněty zrakové a sluchové),
- motorika (schopnost dítěte udržet přiměřený tonus, kontrolovat motorické projevy a integrovat je),
- organizace chování z hlediska řízení behaviorálních stavů (habituační dítěte na různé podněty ze spánku, dráždivost dítěte atd.)
- organizace chování z hlediska fyziologické stability v odpovědi na stresové podněty (odpovědi na třes, úlekové reakce nebo změny barvy kůže).

Spící dítě je nejprve 2 min pozorováno. Jsou hodnoceny jeho reakce na sluchové a zrakové podněty v době spánku. Poté je vzbuzeno a provádí se jeho stimulace, přičemž jsou pozorovány obranné reakce, novorozenecké reflexy a další projevy.

Neurobehaviorální hodnocení nedonošeného dítěte dle Kornerové

U předčasně narozených dětí může být využita také tato metoda. Lze ji použít od 32. týdne od početí a zahrnuje

- průběžné hodnocení behaviorálních stavů (spánek, ospalost, bdění a pláč),
- vyšetření několika neurologických položek (vývoj pohybu a jejich síly atd.),
- hodnocení orientace na zvukové, zrakové a komplexní podněty.

Vedle toho se hodnotí

- rozsah a kvalita pláče,
- spontánní pohyby,
- odpovědi na manipulaci a stimulaci dítěte.

(Informační systém Masarykovy univerzity, 2012)

Neurologická vyšetření odhalují známky centrálních tonusových či koordinačních poruch. Při prvních známkách neurologické poruchy může včasná intervence ve smyslu zahájení fyzioterapie zásadním způsobem pozitivně ovlivnit psychomotorický vývoj dítěte. Nejčastěji bývá indikována reflexní terapie podle Vojty či Bobathova terapie (Dort, a kol. 2011, s. 226).

Ve skupině předčasně narozených dochází většinou na **rehabilitaci** všech dětí, které mají toto životní znevýhodnění a to bez ohledu na to, zda jeví výrazné známky postižení (Květoňová-Švecová, 2004, s. 20).

Při **hodnocení psychomotorického vývoje** předčasně narozeného dítěte se vychází z jeho gestačního věku. Hovoříme u něj tedy o tzv. korigovaném věku, kdy např. novorozenec narozený ve 28. týdnu těhotenství je při šestiměsíční kontrole posuzován jako tříměsíční a měl by tedy zvládat veškeré aktivity, které odpovídají tomuto stáří. Jeho psychomotorický vývoj by se však měl zhruba do dvou let normalizovat (Šándorová, 2005, s. 43).

Ke komplexní **péči** patří pozdější vyšetření školní zralosti, prováděné automaticky v některých centrech následné péče, pomoc dětem v začleňování do společnosti či také například problematika očkování rizikových dětí. (Dort, a kol. 2011, s. 226).

3 Rodina předčasně narozeného dítěte

Rodiče předčasně narozených dětí prožívají po porodu jedno z nejtěžších období ve svém životě. Na rozdíl od ostatních rodičů většinou nepocítují radost z narození dítěte, nekonají se oslavy a podobné rituály jako je po narození potomka běžné.

Předčasné narození dítěte bývá často spojeno s řadou více či méně závažných komplikací v neonatálním období, které mohou jeho vývoj dále negativně ovlivňovat. Vedle biologických faktorů jsou to také faktory psychosociální. Zejména vývoj chování dětí raného věku úzce souvisí s interakčním chováním mezi matkou a dítětem. U nedonošených dětí bývá riziko ohrožení dalšího vývoje pro rodiče velmi stresujícím faktorem. Nebezpečím pro optimální vývoj vztahu mezi matkou a dítětem je hlavně depresivní ladění matky. Proto je zapotřebí při komplexní péči o nedonošené dítěte brát v úvahu také psychosociální zázemí, v němž vyrůstá (Dittrichová, J. A kol., 2004, s.139).

Život celé rodiny se po předčasném porodu od základu mění. Příprava na rodičovství není „dokončena“, a zejména matka je v tu chvíli takřka „katapultována“ do role, na kterou není ještě připravena. Proces fyziologických změn v těle není přirozeně ukončen, k tomu se přidává psychika, která je logicky narušena různými pocity a obavami a v neposlední řadě svou roli sehrává náročná péče o dítě se specifickými požadavky. Extrémně náročná je však i role tatínků, kteří sami často nevědí nebo nemají prostor, jak vyjádřit své obavy a pocity, a navíc se po nich očekává podpora matky dítěte. K tomu pracují, případně se starají o další děti v rodině a své nedonošené dítě vidí jen velmi málo (Hradilková, Jungwirthová, ed., 2010, s. 5).

3.1 Pocity a prožívání rodičů

Dokoupilová, et al. (2009, s. 20-24) popisuje několik typických reakcí a pocitů rodičů, které se u nich bezprostředně po porodu projevují. Dostavují se pocity zmaru a zoufalství, rodiče cítí obrovskou bezmoc a nemožnost jakkoli ovlivnit nastalou situaci. Pocity beznaděje střídají chvíle nadějí a euforie. Rodiče trápí velké obavy z budoucnosti a neustále se ptají, zda bude dítě v pořádku, případně jak hodně bude postižené.

Velmi častým jevem, který se objevuje zejména u matek nedonošenců, je **sebeobviňování**. Matky se sebe ptají co udělaly špatně, jestli mohly předčasnému porodu zabránit a vyčítají si co udělaly nebo neudělaly. Cítí se také velmi osamělé a nepochopené

mezi svými přáteli. Je to logické – prožívají něco, co se určitě vymyká běžně prožívaným zážitkům u ostatních lidí po narození dítěte.

Pokud rodiče po porodu prožívají **pocit, že ke svému dítěti nic necítí**, je to velmi bolestivé, ale poměrně časté. Podobné pocity má většina rodičů, kterým se narodilo dítě předčasně. Mohou po několika dnech nebo týdnech vymizet, mohou ale také přetrvávat i několik měsíců. V tom případě je vhodné vyhledat pomoc psychologa.

Pocity podrážděnosti a vyčerpání mohou přijít krátce po porodu a přetrvávat i několik měsíců. Dostavují se jako reakce organismu na obrovský prožitý stres. Pokud se začínají objevovat také zdravotní problémy, jako je bolest hlavy, špatné trávení, zvracení, či dokonce deprese, i zde je na místě obrátit se na psychologa. Po propuštění dítěte z nemocnice se mohou dostavit chvíle, kdy mají rodiče pocit že nic nezvládají, matky se trápí tím že nestačí na péči o nedonošence, zejména pokud mají třeba dvojčata, podstupují spoustu různých lékařských kontrol a vyšetření, mnoho času zabere např. samotné krmení a cvičení s dítětem.

Celkový, zejména však psychický stav rodičů bývá také ovlivňován pocity ze zdravotnického zařízení a z přístupu ošetřujícího personálu a v neposlední řadě také pocity z přístupu lidí z nejbližšího okolí (Dokoupilová, et al. 2009, s. 20-24).

3.2 Úskalí rodičovské role

Být dobrým rodičem je náročný celoživotní úkol každého jedince, který se rozhodl přivést na svět své dítě (či který se rozhodl být nějakému dítěti rodičem). Rodičovská role spočívá v naplňování potřeb dítěte. Každý rodič se snaží dát svému dítěti do života co nejvíce, věnovat mu svou lásku a péči, vychovávat ho a vzdělávat. Pokud se však jedná o dítě se speciálními potřebami, dítě s postižením či s ohrožením ve vývoji, je rodičovská role o to náročnější.

Po narození nedonošeného dítěte rodiče obvykle nemají s problémem zkušenost a mnohdy obtížně hledají vztah ke svému dítěti. S tím souvisí i celkový postoj k výchově dítěte, který jej ovlivňuje po celé jeho dětství i v dospělosti. V souvislosti s výchovou předčasně narozených dětí se touto myšlenkou zabývá například Peychl (2005, s. 124), který ve své publikaci uvádí, že „*vědomí odlišnosti nedonošeného dítěte by nemělo u rodičů přerůst*

v přesvědčení o trvale zvýšené křehkosti a zranitelnosti dítěte a v hyperprotektivní postojе vůči němu“.

3.3 Pomoc rodičům

Pomoc a rada odborníků je v těchto náročných životních situacích pro rodiče i celou rodinu velmi důležitá a potřebná, a to mimo jiné proto, aby byli schopni o své dítě vhodně pečovat a pomáhat mu v jeho vývoji. Nedonošenec bývá méně reaktivní než donošený novorozenec a tak rodiče musí déle a trpělivě čekat na první důležité vývojové mezníky. V těchto chvílích je velmi důležitá vlastní aktivita rodiče a zvýšená stimulace dítěte. Je však potřeba dbát na to, aby nedocházelo k přetížení dítěte a tím k jeho ohrožení, neboť takové dítě potom bývá stále méně reaktivní. Vhodně upravené prostředí a styl péče může napomoci tomu, aby dítě dosáhlo chování dítěte donošeného (Šándorová, 2005, s. 42).

V současné době existují instituce, organizace a sdružení, která se předčasně narozeným dětem a jejich rodinám věnují (Dokoupilová, et al. 2009, s. 11). Jedná se o poradny pro rizikové novorozence nebo také centra komplexní péče. Jsou to také střediska rané péče, které nabízejí odborné, zejména sociální služby, podporu a pomoc rodinám pečujícím o dítě s postižením nebo ohrožením vývoje v raném věku. Podrobnějšímu popisu rané péče byla věnována první kapitola této práce.

V neposlední řadě rodičům pomáhají také spontánně zakládané organizace a kluby či internetové portály rodičů se stejnými životními osudy. Jedním z nich je například Nedoklubko. Je to nestátní nezisková organizace, jejímž cílem je pomoc předčasně narozeným dětem a jejich rodinám. Snaží se o psychickou a emoční podporu rodičů, pomáhá jim se zjišťováním potřebných informací, s hledáním odborníků a organizuje setkání s ostatními rodiči s podobnými problémy. Nedoklubko propojuje svět odborníků a rodičů, informuje veřejnost o problematice předčasného porodu a usiluje o zlepšení péče o nedonošené děti a jejich rodiny (Nedoklubko, 2012).

PRAKTICKÁ ČÁST

Tématem bakalářské práce je raná péče v rodinách s předčasně narozenými dětmi a specifika ve vývoji těchto dětí během prvních let jejich života. V předcházející teoretické části byla tato problematika rozdělena do několika kapitol a popsána s pomocí odborných publikací, internetových zdrojů a dalších pramenů.

V následující praktické části se pomocí realizovaného průzkumného šetření budeme snažit zjistit, jaký vliv může mít předčasné narození na dané dítě a jeho rodinu, s důrazem na jeho výchovu a vzdělávání, a ověřit stanovené předpoklady.

4 Cíl praktické části a účel průzkumu

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je zjistit informovanost rodičů předčasně narozených dětí o existenci služby raná péče a jejich osobní zkušenosti s využitím této služby. Dále si autorka klade za cíl zjistit, zda má skutečnost předčasného narození dítěte vliv na jeho nástup, adaptaci a pobyt v mateřské škole, a na nástup do základní školy. A to nejen u dětí s diagnostikovaným postižením, ale také u dětí, které jsou bez lékařsky potvrzené diagnózy.

Účelem tohoto průzkumu je mimo jiné poukázat na skutečnost, že dítě, jenž přišlo na svět předčasně, může s určitými následky této skutečnosti „bojovat“ i po několik prvních let svého života (někdy i po celý život), a to i v případě, že nedošlo k žádnému postižení, které by bylo lékařsky diagnostikované.

4.1 Stanovení předpokladů

Na počátku tvorby bakalářské práce si autorka na podkladě studia odborných pramenů a také zčásti na základě vlastních názorů a zkušeností stanovila tyto předpoklady:

- I. Lze předpokládat, že většina rodin s předčasně narozeným dítětem nevyužila po jeho narození služby raná péče.
- II. Lze předpokládat, že většina rodin, které využily služeb rané péče, uvedla, že jim kontakt s pracovníky rané péče pomohl v této jejich životní situaci.
- III. Lze předpokládat, že většina předčasně narozených dětí nastupuje do MŠ nejdříve ve čtyřech letech života.
- IV. Lze předpokládat, že u většiny předčasně narozených dětí se v průběhu předškolního období projeví oslabení v některé z vývojových oblastí.

5 Použitá metoda a technika sběru dat

K získání dat za účelem ověření stanovených předpokladů byla použita metoda kvantitativního průzkumu. Při vlastním průzkumném šetření byl nástrojem sběru dat dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval 24 otázek – viz příloha č. 1. Jednalo se ve většině případů o otázky polouzavřené, či o otázky uzavřené. Poslední otázka byla otevřená, kdy měli tazatelé možnost napsat cokoli, co by chtěli v souvislosti z danou tématikou sdělit. Dotazník byl strukturován do tří pomyslných částí. První část (otázky číslo 1 až 8) zjišťovala převážně tvrdá data o konkrétním případě jednotlivých respondentů. Do druhé části byly zařazeny otázky, zjišťující psychický stav rodičů po narození dítěte a dále takové, pomocí nichž byla zjištěna úroveň informovanosti rodičů o službě raná péče a její případné využití rodinou (otázky 9 až 16). Poslední část dotazníku obsahovala otázky, týkající se nástupu, adaptace a pobytu dítěte v mateřské škole, a také otázky zjišťující případný výskyt oslabení či postižení dítěte v předškolním věku (otázky 17 až 23).

6 Popis zkoumaného vzorku

Respondenty tohoto průzkumu byli rodiče, kteří mají předčasně narozené dítě, přičemž v současné době jsou dítěti minimálně tři roky a dítě navštěvuje nebo navštěvovalo mateřskou školu. Celkově dotazník vyplnilo 55 respondentů, přičemž 5 dotazníků bylo z následného zpracování vyloučeno z důvodu nesplnění výše uvedených kritérií, zejména věku. Věkové

rozmezí dětí respondentů se pohybovalo od tří let a jednoho měsíce do deseti let a osmi měsíců. Celkově tedy bylo použito 50 odevzdaných dotazníků, které byly pomocí počítačového programu tříděny podle jednotlivých odpovědí na dané otázky a ty byly následně vyhodnocovány.

Respondenti byly pro účely vyhodnocení výsledků rozděleny do čtyř skupin podle stupně nedonošenosti dítěte. Toto dělení je uvedeno v teoretické části s odkazem na publikaci Dokoupilové et al. (2009, s. 32,33). Počet respondentů v jednotlivých skupinách je uveden v následující tabulce č. 2.

Tabulka č. 2: Počet narozených dětí v jednotlivých týdnech těhotenství

Gestační stáří dítěte při narození	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
extrémní nezralost – pod 28.týden	7	13,2
těžká nezralost – 28. až 31. týden	11	20,8
střední nezralost – 32. až 35.týden	18	34,0
lehká nezralost – 36. až 38. týden	14	26,4
celkem	50	100

Z této tabulky vyplývá, že průzkumu se účastnilo větší procento středně a lehce nedonošených dětí, oproti dětem těžce až extrémně nedonošeným. Tento fakt zřejmě ovlivňuje další níže uvedené výsledky, zejména ty, které se týkají využívání služby rané péče, která je určena spíše pro děti těžce nezralé a děti s již projeveným postižením.

Otázka na míry dítěte při narození sloužila ke zjištění, zda se v daných případech jednalo o děti „pouze“ nedonošené, nebo zda byly některé z dětí také hypotroické. Hypotrofie, neboli intrauterinní růstová retardace, postihuje značné procento nedonošených dětí a je dalším přitěžujícím faktorem v jejich porodní adaptaci a následném tělesném vývoji v prvních dvou letech života. Vzhledem k tomu, že tyto charakteristiky novorozenců se

mohou vlivem genetických dispozic lišit, můžeme orientačně říci, že v našem průzkumu bylo těchto dětí asi 20 procent.

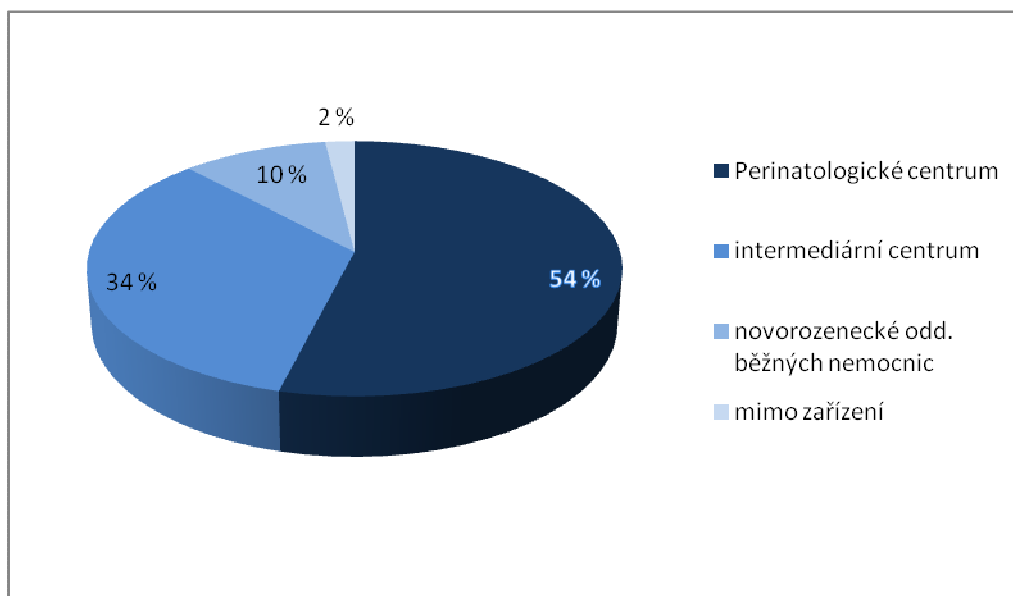
7 Průběh průzkumu

Dotazník byl vytvořen v elektronické podobě. Respondenti byli osloveni zejména prostřednictvím webových portálů, které se zabývají podporou rodin s dětmi, ať již se jedná o děti s postižením či nikoli, a které jsou povětšinou zřizovány různými neziskovými organizacemi či samotnými rodičovskými spolky (např. www.rodina.cz, www.nedoklubko.cz, www.dvojcata.cz apod.). Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné a anonymní. Odpovědi respondentů byly po odeslání dotazníků zaznamenány a před samotným zpracováním zkontrolovány z hlediska korektnosti.

8 Interpretace získaných dat

V této kapitole budou podrobně vyhodnoceny získané odpovědi na jednotlivé položky dotazníku. Autorka při vyhodnocování postupovala podle pomyslných částí dotazníku, do kterých byly otázky rozděleny. Krátké slovní hodnocení je vždy pro názornost doplněno tabulkovým, popřípadě grafickým znázorněním.

V jedné z otázek první části dotazníku respondenti odpovídali, ve kterém zdravotnickém zařízení proběhl porod jejich dítěte. Níže, v tabulce č. 3, jsou shrnuty a seřazeny jednotlivé odpovědi respondentů do skupin podle stupně poskytované péče jednotlivých zdravotnických zařízení. Pomocí této položky dotazníku bylo zjištěno, že 54 procent respondentů přivedlo své dítě na svět v perinatologickém centru třetího stupně, tedy v zařízení s nejvyšší možnou intenzivní péčí o všechny skupiny nedonošenců, včetně extrémně nezralých. Dalších 34 procent dětí se narodilo v nemocnici s intermediární péčí a jen 10 procent bylo narozeno v běžných nemocnicích bez specializovaného novorozeneckého pracoviště. Porod jednoho dítěte proběhl mimo zdravotnické zařízení. Názorně toto zastoupení zobrazuje graf č. 1.



Graf č. 1: Zastoupení jednotlivých neonatologických oddělení v procentech

Tabulka č. 3: Místo narození dítěte

Perinatologické centrum		Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
3. stupeň	Hradec Králové	6	12
	Praha, VFN	5	10
	Praha, ÚPMD	4	8
	Ústí nad Labem	2	4
	České Budějovice	2	4
	Brno, FN	2	4
	Ostrava – Poruba	2	4
	Praha, Motol	1	2
	Most	1	2
	Zlín	1	2
	Banská Bystrica	1	2
	celkem	27	54
2. stupeň	Liberec	13	26
	Praha, Thomayerova n.	3	6
	Praha, Bulovka	1	2
	celkem	17	34
1. stupeň	Brandýs nad Labem	1	2
	Kadaň	1	2
	Klatovy	1	2
	Kolín	1	2
	Mimo zařízení	1	2
	Turnov	1	2
	celkem	6	12

Dá se říci, že toto je uspokojivé zjištění. Pouze 10% nedonošenců se narodilo v běžných porodnicích a jednalo převážně o případy, kdy těhotenství nebylo vedeno jako rizikové a tedy se předčasný porod nepředpokládal.

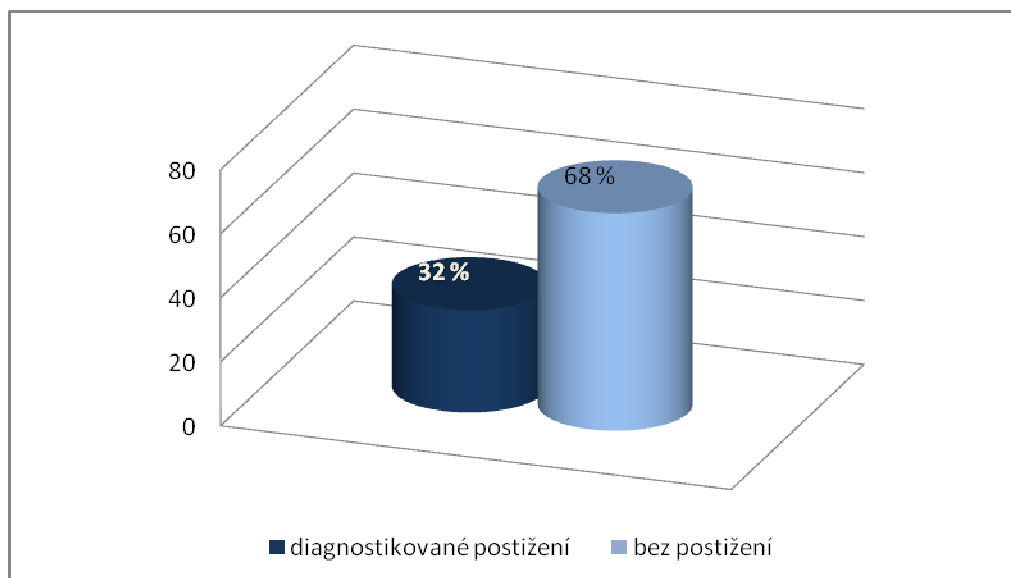
Jak již bylo charakterizováno v teoretické části, jedním z vyšetření, pomocí kterého se sleduje časná poporodní adaptace dítěte a které může mnohé napovědět o jeho další prognóze je Apgar skóre. U dětí v našem průzkumu se dá říci, že jejich Apgar skóre bylo ve většině případů uspokojivé a odpovídající stavu novorozence v jednotlivých týdnech těhotenství. S tím také koresponduje zjištění výskytu postižení u těchto dětí (viz graf č. 2 a graf č. 3).

U dětí extrémně nedonošených nedosáhlo žádné z nich plného počtu bodů v žádném z měření. Se zvyšujícím se dosaženým týdnem gestace se tento atribut postupně zvyšoval. V následující tabulce jsou pro srovnání uvedena nejnižší, nejvyšší a průměrné dosažené Apgar skóre v jednotlivých skupinách.

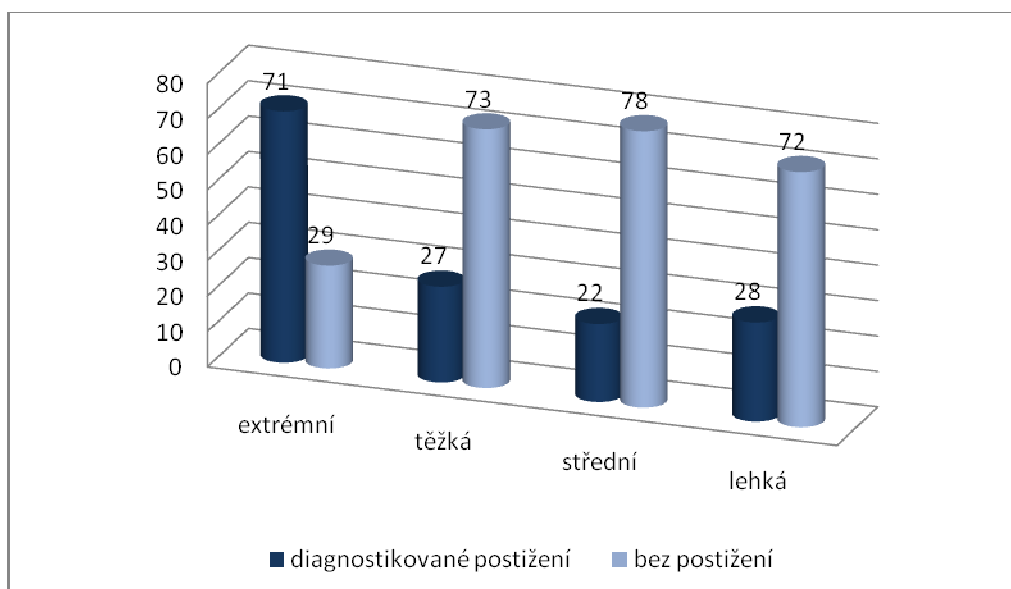
Tabulka č. 4: Apgar skóre dětí respondentů

stupeň nezralosti	nejnižší apgar s.	nejvyšší apgar s.	průměrné apgar s.
extrémní nezralost – pod 28.týden	1 – 1 – 1	7 – 8 – 9	4 – 5 – 6
těžká nezralost – 28. až 31. týden	3 – 6 – 8	10 – 10 – 10	7 – 8 – 9
střední nezralost – 32. až 35.týden	5 – 8 – 9	10 – 10 – 10	8 – 9 – 9
lehká nezralost – 36. až 38. týden	1 – 5 – 9	10 – 10 – 10	8 – 9 – 10

V grafu č. 2 je znázorněn výskyt postižení ve vztahu k celkovému vzorku respondentů. V grafu č. 3 je zobrazeno, jak se podíl dětí s postižením mění v závislosti na stupni nedonošenosti.



Graf č. 2: Výskyt postižení v procentech

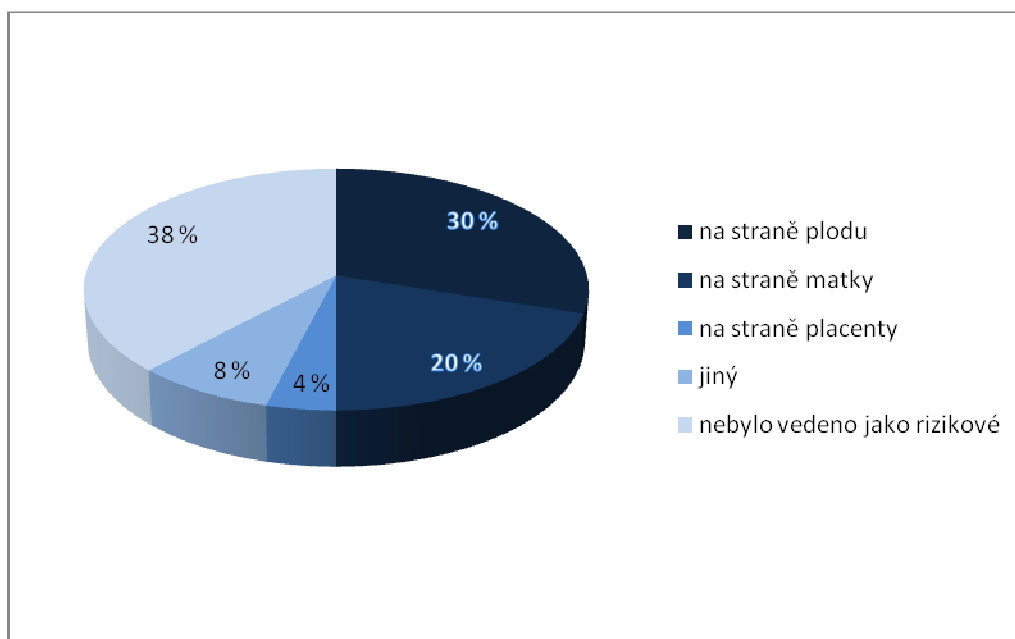


Graf č. 3: Výskyt postižení dle stupně nezralosti v procentech

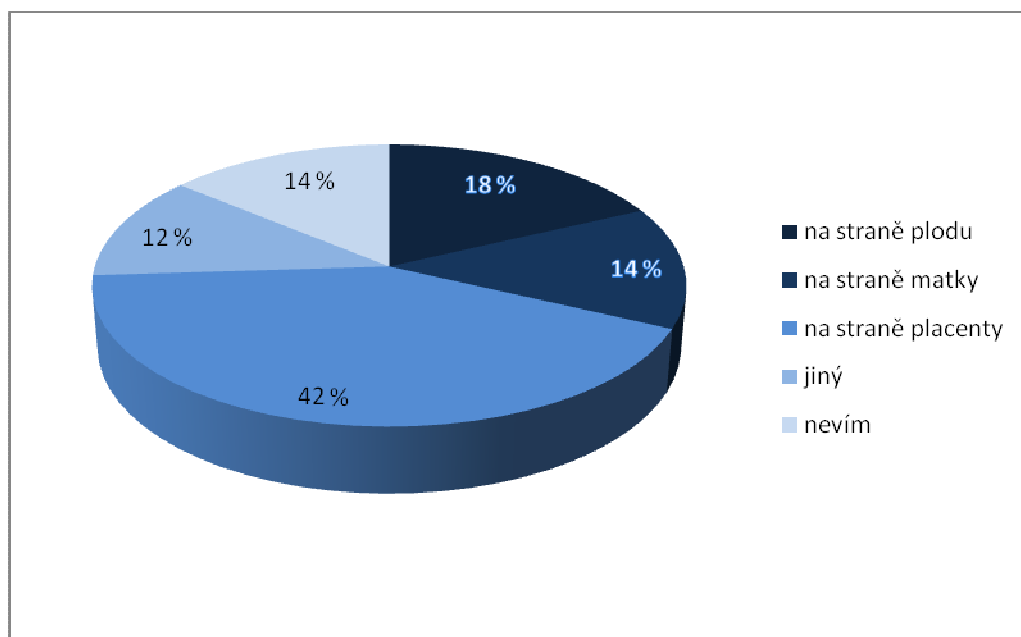
Výskyt postižení se u dětí v našem průzkumném vzorku pohybuje v hodnotách, které jsou oficiálně uváděny v odborné literatuře. Po překonání hranice 28. dokončeného týdne se výskyt postižení významně snižuje. Dále se již víceméně nemění, mění se pouze rozsah

postižení. U dětí středně a lehce nedonošených se vyskytovala postižení méně závažného charakteru, jako např. porucha pozornosti, poruchy učení či celkové zdravotní oslabení nebo mírnější smyslové vady.

Ne vždy dojde k předčasnému porodu, i když je těhotenství vedeno jako rizikové. Naproti tomu řada nedonošených dětí se rodí z bezproblémových těhotenství, kdy k porodu dochází náhle, bez předchozích „varování“. Z následujících grafů č. 4 a 5 lze vysledovat, že ve 38 procentech nebylo těhotenství našich respondentů vedeno jako rizikové, přesto nakonec k předčasnému porodu došlo. Zajímavé je zjištění, že z důvodu špatné funkce placenty byly sledovány pouze 4 procenta těhotenství, ale tato příčina byla nakonec nejčastěji uváděnou příčinou předčasného porodu, a to ve 42 procentech. Tento fakt je způsoben tím, že do kategorie příčin ze strany placenty spadá také předčasný odtok plodové vody, který byl respondenty často uváděn, a který nelze například u bezproblémových těhotenství předvídat. Ve 14 procentech nebyla příčina předčasného porodu zjištěna.



Graf č. 4: Příčina vedení těhotenství jako rizikového v procentech



Graf č. 5: Příčina předčasného porodu v procentech

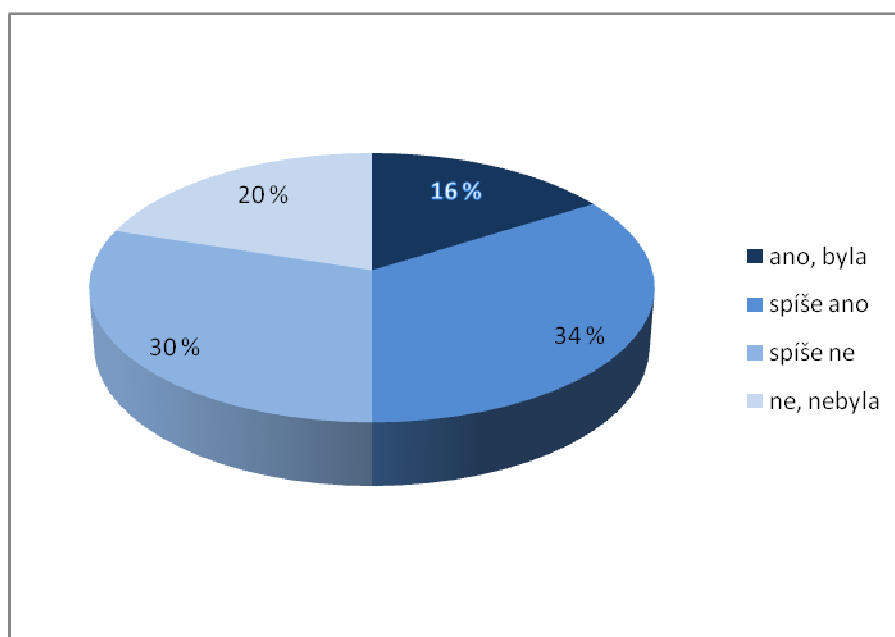
U deváté položky dotazníku měli respondenti možnost uvést jednu nebo dvě odpovědi, týkající je jejich prožívání a pocitů po předčasném porodu. Většina rodičů uvedla jako nejsilněji prožívané obavy a strach, a to celých 66 procent. Dále rodiče pociťovali radost, naději, ale také únavu či pocit viny – viz tabulka č. 5.

Tabulka č. 5: Pocity prožívané rodiči

Zvolená odpověď	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Strach a obavy	33	66
Naděje	14	28
Optimismus, radost	14	28
Únava	10	20
Vina	7	14
Beznaděj	2	4
Rezignace	2	4
Prázdnota	1	2
Jiný	1	2

Nejčastěji zmiňovanými kombinacemi, pokud rodiče zaškrtnuli dvě možnosti, byly strach a vina (16 procent), strach a únava (10 procent), ale také strach a naděje (8 procent).

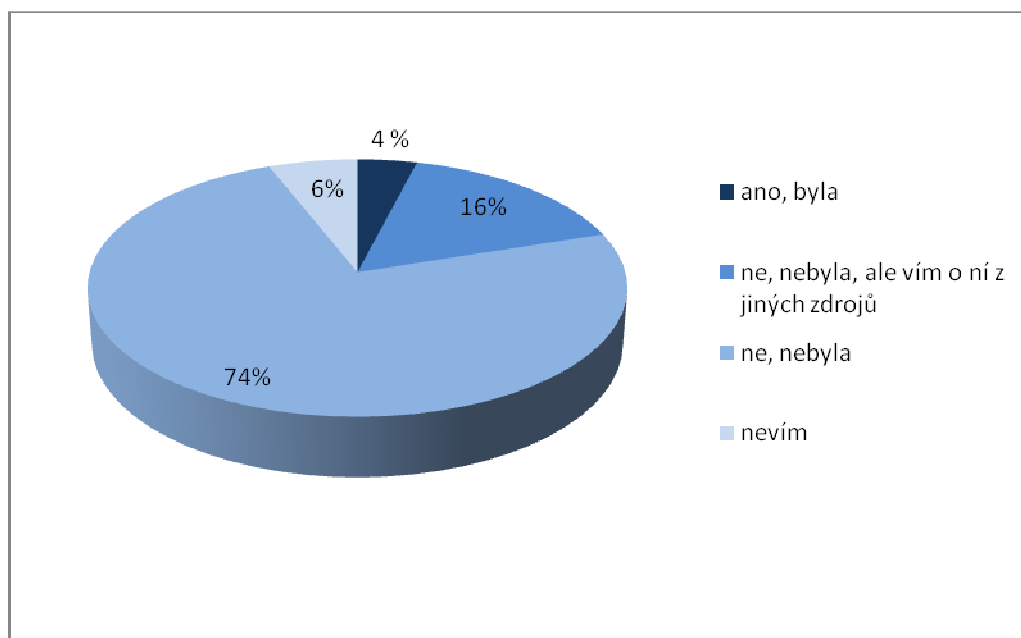
To, jak situaci po předčasném porodu vnímají a prožívají rodiče nedonošeného dítěte, má velký vliv na následné fungování celé rodiny, na to, jak se s danou skutečností postupně vyrovnají a jak budou schopni přijímat další důležité informace o zdravotním stavu dítěte a následné péči o něj. Prvními odborníky, se kterými se rodiče setkávají, je ošetřující personál na porodnici a následně na neonatologickém oddělení, případně další odborníci z řad lékařů a zdravotních sester. Proto byla do dotazníku zařazena také otázka na to, jak rodiče vnímají podporu ze strany personálu, zejména v oblasti psychologické podpory, vysvětlení, uklidnění, povzbuzení. Z následujícího grafu č. 6 lze vyčíst, že respondenti jsou rovným dílem rozděleni na ty, kteří uvedli, že podpora jim ze strany ošetřujícího personálu byla nebo spíše byla poskytnuta, a na ty, jimž této podpory dle jejich názoru nedostalo nebo spíše nedostalo.



Graf č. 6: Poskytnutí podpory rodičům ošetřujícím personálem v procentech

V kontextu s výše uvedenou skutečností, že prvotní informace o péči o nedonošené, případně postižené dítě podávají rodičům pracovníci nemocnice, bylo další otázkou dotazníku zjišťováno, zda jim bylo také sděleno, že existuje služba raná péče, které mohou využít, která je právě jim určená a která by jim mohla zejména v prvních měsících života jejich dítěte významně pomoci. Následující graf č. 7 ukazuje, že tato informovanost je na nedostatečné

úrovni. Plných 90 procent respondentů uvedlo, že jim informace o existenci služby rané péče nebyla nikým sdělena.

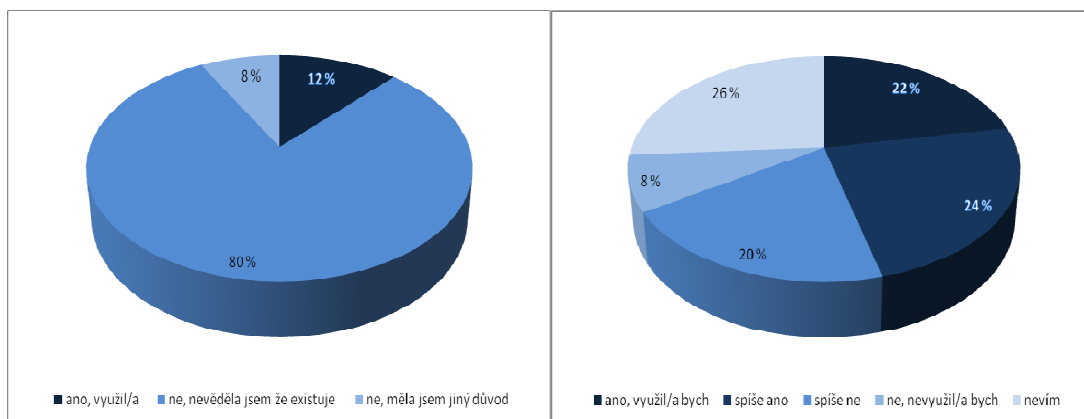


Graf č. 7: Sdělení informace o rané péči v procentech

Dva respondenti, kteří byli o existenci informováni, porodili své děti v perinatologickém centru Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, přičemž se jednalo o jednoho novorozence extrémně nezralého s následným lehčím postižením a jednoho novorozence lehce nezralého, ovšem s makrosomií (hmotnost 4800 g) se známkou diabetické fetopatie. Z grafu také vyplývá, že 16 procent, tedy 8 respondentů vědělo o rané péči z jiných zdrojů.

Z celkového počtu padesáti respondentů deset z nich vědělo o existenci služby raná péče, a tedy měli možnost jejich pomoc využít. 60 procent z nich tuto službu využilo. V celkovém počtu respondentů je to pouhých 12 procent. Pokud by však byli rodiče nedonošeného dítěte obeznámeni s tím, že existuje služba raná péče, pravděpodobně by její pomoc mnozí z nich využili. Vyjádřeno v procentech – došlo by ke zvýšení využití služby z 12 na 46 procent (22 procent respondentů ano, dalších 24 procent spíše ano). 26 procent respondentů uvedlo, že nevědí, zda by službu využili. To je dle autorky dáno tím, že tito

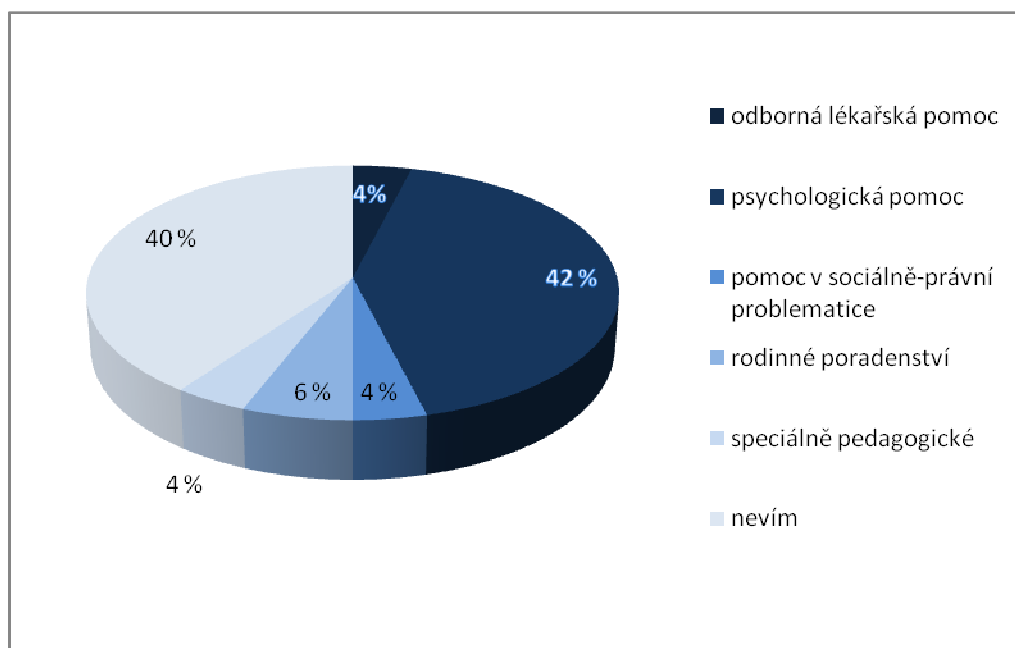
respondenti nevědí, co služba rané péče nabízí, a tudíž nemohou odpovědět, zda by ji využili. Výše uvedené dokládá porovnání grafů č. 8 a č. 9.



Graf č. 8: Vyžití služeb rané péče v procentech

Graf č. 9: Možné využití služeb rané péče v procentech (pokud by respondenti o ní věděli)

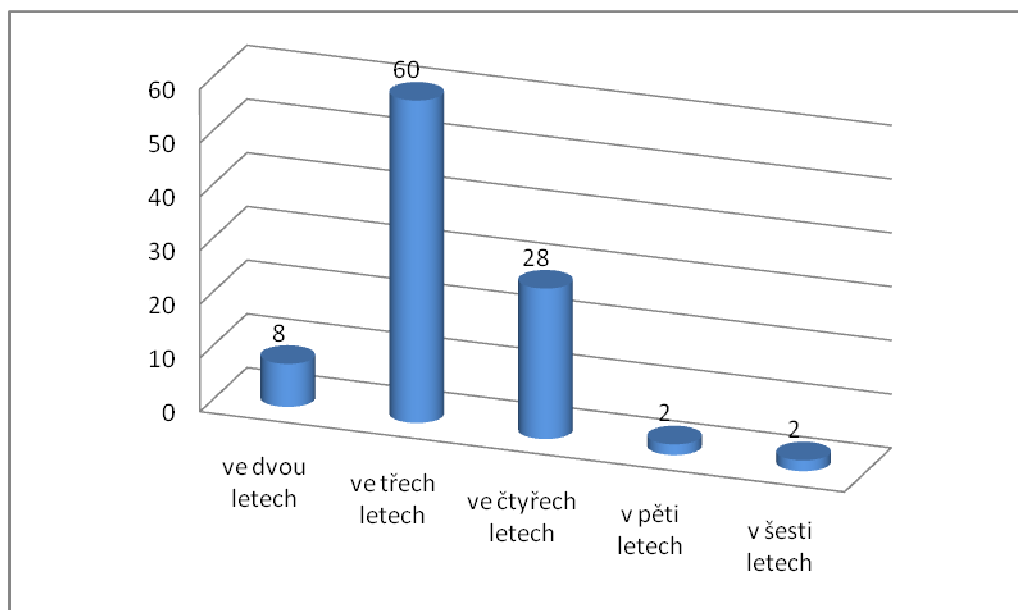
Jako největší přínos služby rané péče označili respondenti pomoc v oblasti psychologické, celkem 42 procent respondentů – viz graf č. 10. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď „nevím“, což koresponduje se skutečností, že značná část rodičů doposud neví, co služba rané péče nabízí a v jaké oblasti by mohla být konkrétně pro ně přínosná, jak již bylo zmíněno výše. Téměř shodný počet odpovědí se objevil u pomoci v oblasti odborné lékařské, sociální, speciálně pedagogické a v oblasti rodinných vztahů.



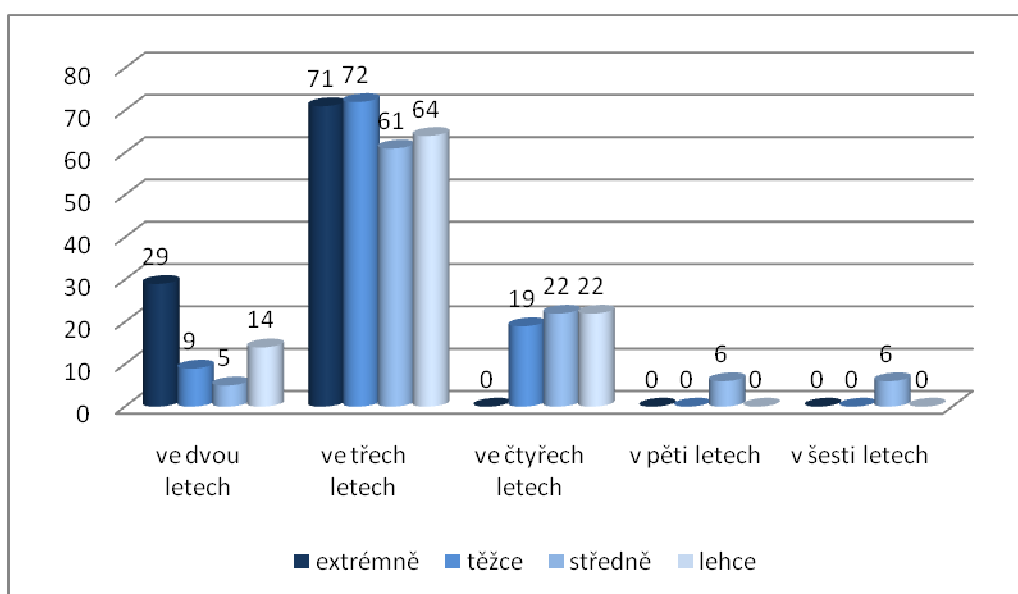
Graf č. 10: Oblasti využití služeb rané péče v procentech

Jak již bylo výše uvedeno, služeb rané péče využilo 12 procent, tedy jen šest respondentů. Jeden z nich se setkal s pracovníkem rané péče jednou, jeden se setkal 2 – 5x a čtyři z nich se setkali 6 – 10krát. Pouze jeden respondent (ten, u kterého proběhlo pouze jedno setkání) uvedl, že mu kontakt s pracovníkem rané péče v jeho situaci nepomohl. Ve dvou případech pomohl už první kontakt a ve třech případech respondenti uvedli, že zlepšení situace nastalo po několika setkáních. Výsledky této položky však nelze považovat za všeobecně platné, jelikož na ni mohlo odpovědět pouze malé procento z celkového počtu respondentů. Pro větší vypovídající hodnotu by bylo potřeba většího počtu rodičů, kteří se službou rané péče mají osobní zkušenost.

V poslední částí dotazníku, který respondenti tohoto průzkumného šetření vyplňovali, byli dotazy týkající se docházky předčasně narozených dětí do MŠ. Otázky se týkaly jednak věku nástupu do MŠ, adaptace na toto nové prostředí a také možných projevů oslabení či postižení těchto dětí v různých vývojových oblastech. 68 procent předčasně narozených dětí z našeho průzkumného vzorku zahájilo docházku do mateřské školy nejpozději ve třech letech, z toho 8 procent dokonce začalo chodit do mateřské školy již před třetím rokem života. Dalších 28 procent nastoupilo ve čtyřech letech, zbývající 4 procenta ještě později. Pokud rozdělíme děti do skupin podle stupně nedonošenosti, všechny děti extrémně nedonošené překvapivě nastoupili do mateřské školy nejpozději ve třech letech. U dětí těžce a lehce nedonošených to bylo 80 procent. Děti středně těžce nedonošené nastoupili do mateřské školy statisticky nejpozději, 65 procent z nich nejpozději ve třech letech, 35 procent z nich ve čtyřech letech a později. Výše popsané výsledky, zaznamenané v grafech č. 11 a č. 12 dokládají, že předčasně narozené děti vstupují do předškolního vzdělávání ve stejném věku jako jejich donošení vrstevníci.



Graf č. 11: Věk zahájení docházky do MŠ v procentech



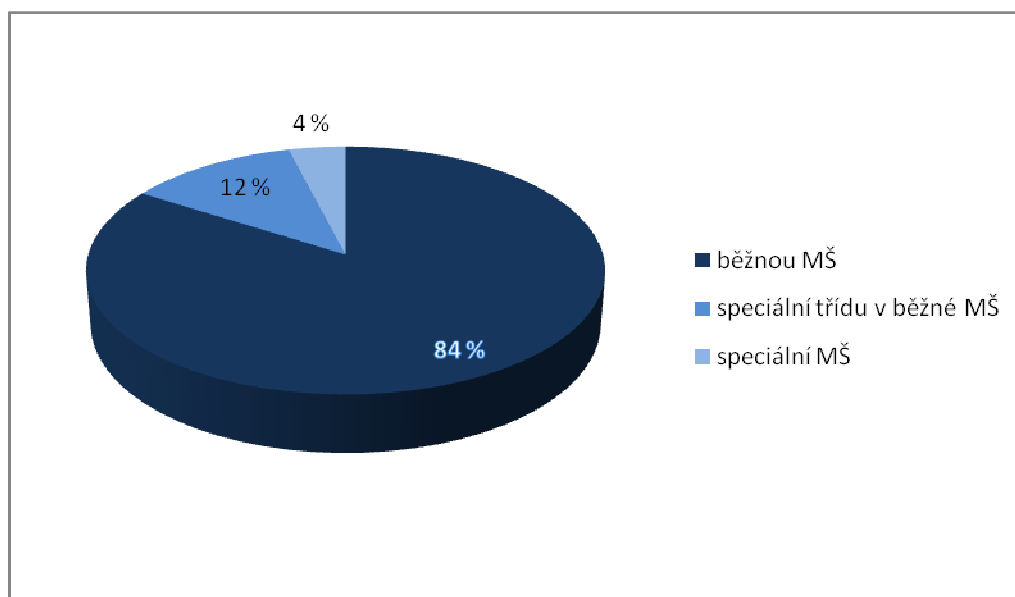
Graf č. 12: Věk zahájení docházky do MŠ dle stupně nezralosti v procentech

Později než ve třech letech nastoupilo do mateřské školy z celkového počtu 50 dětí 16 z nich, to je zhruba jedna třetina. V necelé polovině případů to však bylo z kapacitních důvodů, nikoli kvůli zdravotnímu stavu či z jiného důvodu ze strany dítěte. Důvody pozdějšího nástupu jsou uvedeny v tabulce č. 6.

Tabulka č. 6: Důvody pozdějšího nástupu do MŠ

Zvolená odpověď	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Z kapacitních důvodů	7	14
Z rozhodnutí rodičů – rodičovská dovolená do 4let věku dítěte	1	2
Z rozhodnutí rodičů – zdálo se nám ve třech letech ještě nevyzrálé na pobyt v MŠ	3	6
Z doporučení lékaře – z důvodu oslabení organismu a časté nemocnosti v batolecím věku	2	4
Z doporučení lékaře – z důvodu výskytu postižení	1	2
Jiný	2	4
Nastoupilo před 4-tým rokem	34	68

V následujícím grafu č. 13 je graficky znázorněno procentuální zastoupení jednotlivých typů mateřských škol či tříd, které navštěvují nebo navštěvovaly děti z našeho průzkumného vzorku.

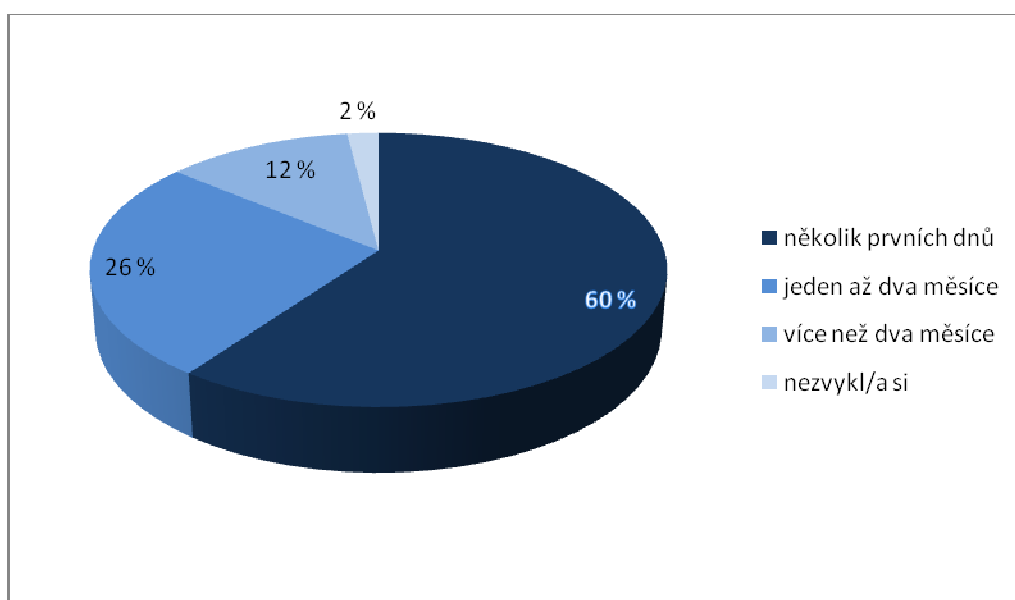


Graf č. 13: Zastoupení typů mateřských škol v procentech

Z grafu je patrné, že 84 procent dětí navštěvuje běžnou mateřskou školu, 12 procent speciální třídu v běžné mateřské škole a 4 procenta speciální mateřskou školu. V těchto případech se ale nejedná o mateřskou školu speciální, ale o mateřskou školu jiného než běžného typu, konkrétně o mateřskou školu Montessorri. Toto zjištění lze dle názoru autorky

označit za dobré vzhledem ke skutečnosti, že v první části dotazníku bylo zjištěno, že 32 procent dětí má diagnostikované postižení. To tedy znamená, že značná část dětí s postižením navštěvuje běžnou mateřskou školu.

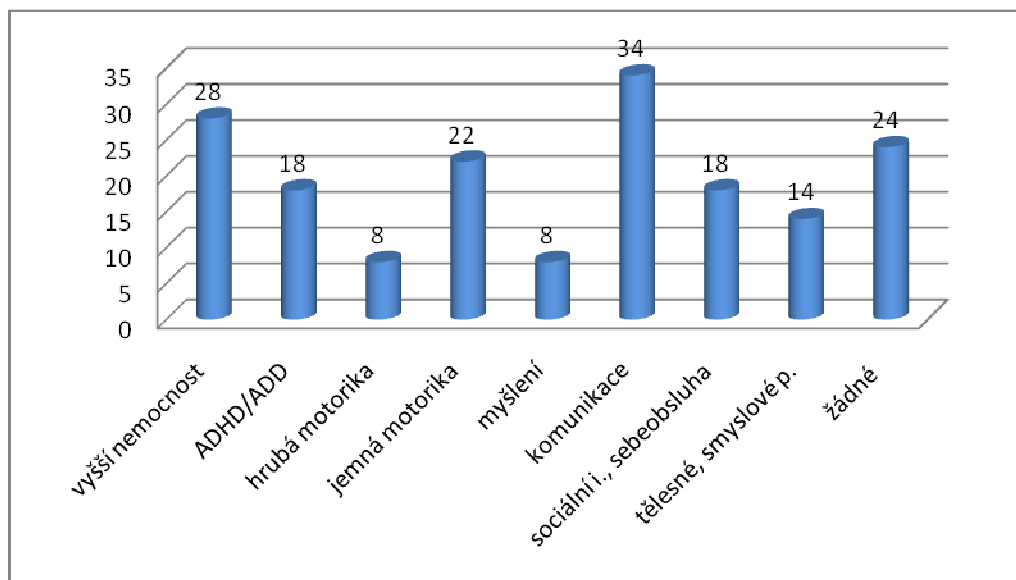
Na otázku, jak si zvykalo dítě na pobyt v mateřské škole odpovědělo 60 procent respondentů, že adaptace nečinila dítěti žádné potíže a zvyklo si během několika dnů. 26 procent dětí mělo s adaptací mírné problémy a trvala jim zhruba jeden až dva měsíce. Více než dva měsíce potřebovalo na adaptaci na pobyt 12 procent dětí a pouze 2 procenta, tedy jeden respondent, uvedl, že si dítě na poprvé na mateřskou školu nezvyklo a docházka musela být přerušena. Výše popsané je znázorněno v grafu č. 14.



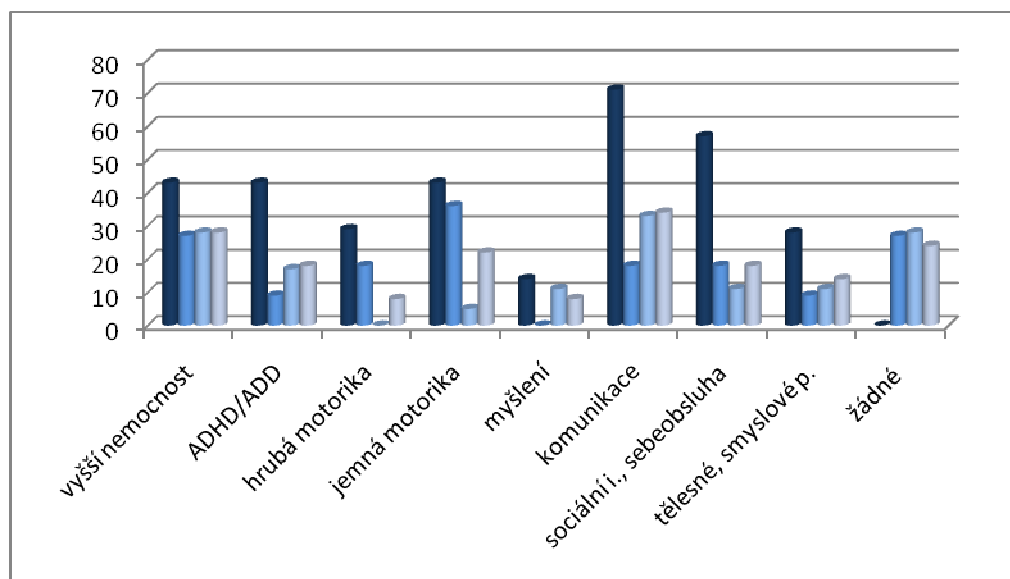
Graf č. 14: Adaptace dítěte na pobyt v MŠ v procentech

Jak je možno vyčíst z grafu č. 15, u 76 procent předčasně narozených dětí se v předškolním věku projevilo oslabení či postižení v některé z vývojových oblastí. Nejčastěji uváděné jsou problémy s řečí (vady výslovnosti, opožděný vývoj řeči, problémy s vyjadřováním apod.), a to u 34 procent dětí. 28 procent dětí vykazuje vyšší nemocnost ve srovnání s vrstevníky, 22 procent oslabení v jemné motorice, 18 procent uvádí problémy s koncentrací, udržením pozornosti a dalšími projevy syndromu ADHD/ADD. Stejně procento dětí má problémy v oblasti sociální interakce a sebeobsluhy.

V grafu č. 16 jsou potom respondenti opět rozděleni do skupin podle stupně nezralosti. Zde je patrné, že u všech dětí, které se narodily jako extrémně nedonošené, se objevilo oslabení či postižení. U ostatních skupin procento výskytu klesá.



Graf č. 15: Výskyt oslabení v předškolním věku v procentech

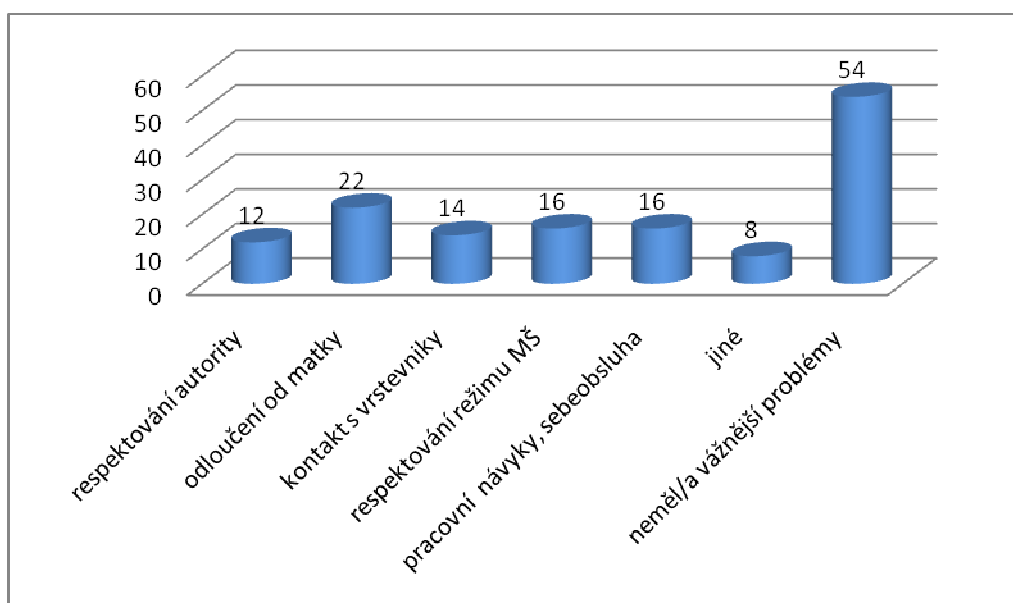


Graf č. 16: Výskyt oslabení v předškolním věku podle stupně nezralosti v procentech

Dále průzkum ukázal, že u většiny dětí, u kterých se projevil oslabení, se toto oslabení týkalo více oblastí najednou. Nejčastěji se vyskytujícími kombinacemi byla jemná motorika spolu s vyšší nemocností, s vadami řeči, se sociální interakcí a sebeobsluhou, a dále

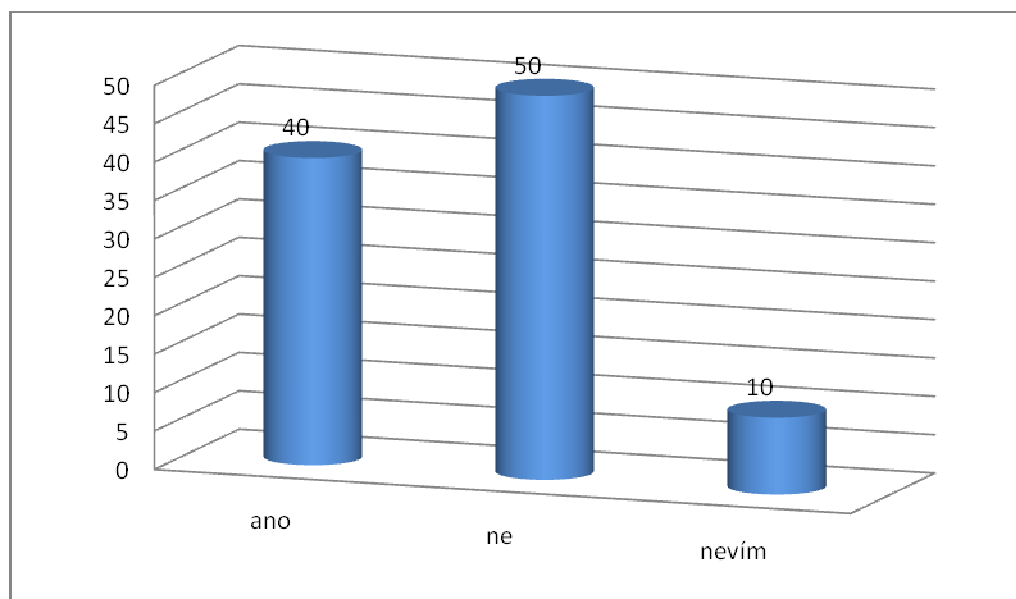
potom vady řeči v kombinaci se sebeobsluhou a se smyslovým či tělesným postižením. Výskyt těchto kombinací se pohyboval v rozmezí 10–15 procent.

Další dotaz se týkal adaptace dětí na pobyt v mateřské škole. Většina rodičů uvedla, že jejich děti neměly při adaptaci v mateřské škole žádné významnější potíže. Pokud se nějaké objevily, jednalo se zejména o odloučení od matky, problémy s respektováním režimu mateřské školy či problémy v sebeobsluze a pracovních návycích – viz graf č. 17.



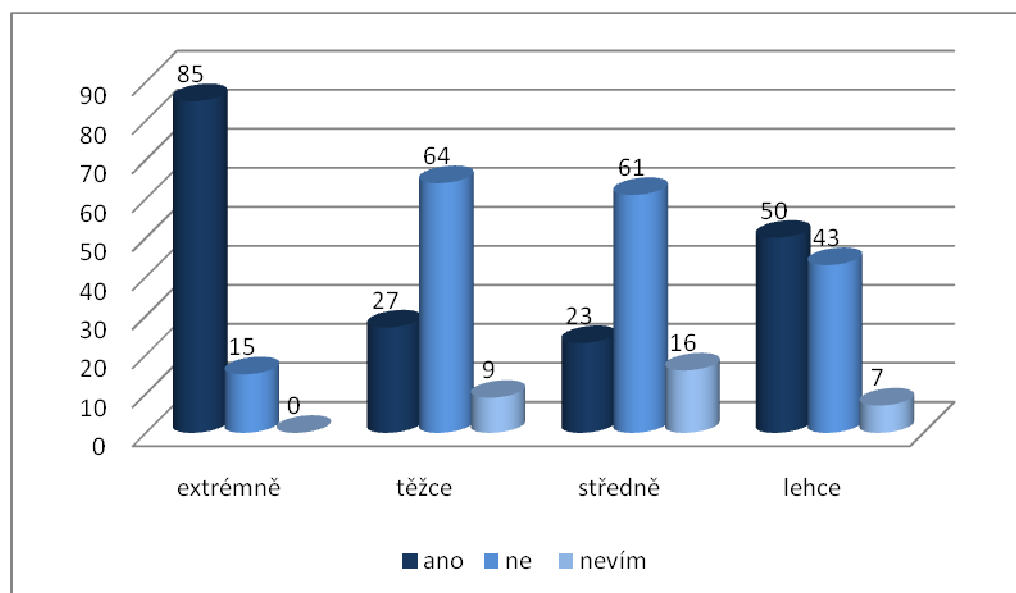
Graf č. 17: Výskyt potíží při adaptaci na mateřskou školu v procentech

Předposlední položkou dotazníku byla otázka, zda dítě mělo, nebo zda rodiče u dítěte předpokládají odklad povinné školní docházky. V následujících grafech jsou znázorněny jednotlivé odpovědi. Graf č. 18 ukazuje, že 40 procent všech respondentů odpovědělo kladně, tedy že jejich dítě mělo, má nebo pravděpodobně bude mít odklad povinné školní docházky. 50 procent odpovědělo že ne a 10 procent rodičů zatím neví.



Graf č. 18: Výskyt odkladu povinné školní docházky v procentech

Dále byly odpovědi respondentů rozděleny do skupin podle stupně nezralosti a zaznamenány do grafu č. 19.



Graf č. 19: Výskyt odkladu povinné školní docházky dle stupně nezralosti v procentech

V poslední položce dotazníku měli respondenti možnost uvést cokoli, co jim připadá v dané problematice důležité, co by chtěli sdělit či co v dotazníku postrádali. Tuto možnost využilo 6 respondentů. Nejčastěji komentovali strukturu dotazníku, např. chybějící kolonky pro dvojčata (pravděpodobně důsledně nepřečetli pokyny pro vyplnění v úvodu dotazníku). Dále se objevilo poděkování ošetřujícímu personálu nemocnice či připomínky, týkající se začleňování dětí s postižením do společnosti, např.

„chybí dotaz na přístup školských zařízení – jako je otázka č. 10 (podpora, pomoc, uklidnění) individuální přístup, integrace neexistuje, jsou to jen hezké pojmy ...“

„třeba, jestli má postižené dítě sourozence, jak na ně reaguje? Jak to ovlivňuje rodinu?“

9 Souhrn výsledků a diskuse

Provedeným dotazníkovým šetřením byla získána data, pomocí nichž se autorka bakalářské práce pokusila potvrdit či vyvrátit předpoklady, stanovené na počátku tvorby práce. Získané výsledky jsou v této kapitole shrnuty a porovnávány s názory odborníků, kteří se touto problematikou zabývají.

V prvním předpokladu bylo stanoveno, že většina rodin s předčasně narozeným dítětem nevyužilo služby rané péče. Z odpovědí respondentů vyplývá, že 88 procent z nich službu rané péče skutečně nevyužilo. Toto vysoké procento je dáno tím, že respondenti o existenci služby nevěděli. 90 procent z celkového počtu uvedlo, že jim ošetřující personál porodnice nebo neonatologie nesdělil informaci o existenci a možnosti využití této služby. 16 procent o ní vědělo z jiných zdrojů a 12 procent ji využilo. Na základě těchto výsledků lze konstatovat, že předpoklad byl ověřen jako platný.

Vzhledem ke skutečnosti, že autorka nezjistila, že by se touto otázkou již v literatuře či v jiných zdrojích někdo zabýval, nelze získané výsledky konfrontovat s žádnými daty. Bylo by jistě přínosné tyto výsledky konzultovat s pracovníky rané péče, případně s pracovníky neonatologických oddělení, aby se v budoucnu zajistila vyšší informovanost rodičů rizikových dětí.

Druhý předpoklad říkal, že většina rodin, které využily služeb rané péče, uvedla, že jim kontakt s pracovníky rané péče pomohl v jejich životní situaci. Dle odpovědí službu rané péče využilo pouze šest z celkového počtu padesáti respondentů. Jeden respondent, který se setkal s pracovníkem rané péče jen jednou uvedl, že mu toto setkání nepomohlo. Ostatních pět respondentů, tedy 83 procent potvrdilo, že jim kontakt s pracovníkem rané péče pomohl vyrovnat se s nastalou situací. Lze tedy konstatovat, že předpoklad byl ověřen jako platný. Vzhledem k malému počtu respondentů, kteří mohli na tuto otázku odpovědět, však nelze tento výsledek považovat za průkazný a pro potvrzení platnosti by bylo zapotřebí oslovit větší počet respondentů, kteří mají odpovídající zkušenost.

Přestože nelze výsledky provedeného průzkumu v této oblasti vnímat jako obecně platné, můžeme se domnívat, že by se předpoklad potvrdil i v případě účasti více rodičů, kteří mají s ranou péčí zkušenosti. Mnoho rodičů po předčasném narození dítěte strádá. Nedostává se jim psychologické podpory, mnozí nedokážou v danou chvíli adekvátně reagovat a vnímat například potřeby druhého rodiče či staršího sourozence dítěte. Péče o rizikového novorozence je náročná a mnohdy se neobejde bez dennodenního cvičení, návštěv různých lékařů nebo dokonce častých hospitalizací v nemocnici. Rodiče si sami v těchto případech často neumějí sami o pomoc říci nebo nevědí, kde ji hledat. Šándorová (2005, s. 42) v souladu s tímto názorem uvádí, že pomoc a rada odborníků je v těchto náročných životních situacích pro rodiče i celou rodinu velmi důležitá a potřebná. S touto pomocí mají rodiče mnohem větší šanci pečovat o své dítě správně a napomáhat mu v jeho vývoji. Proto by bylo potřebné, aby se k nim nabídka služeb rané péče dostala. Pracovníci rané péče však nenabízejí jen odbornou pomoc. Jak se můžeme dočíst na oficiální webu Střediska rané péče Eda, organizují různá rodičovská setkání, která umožňují jejich klientským rodinám prostor pro vzájemné sdílení. Popovídat si o společných tématech, vyměnit si vzájemně zkušenosti např. s lázněmi, pomůckami, výchovou dětí, společně si odpočinout od všedních starostí a mít možnost vyzkoušet si začlenit své dítě mezi ostatní děti ve skupince, i to může patřit do každodenního života rodiny s rizikovým dítětem (Raná péče Eda, 2013). I to může mít velký vliv na zlepšení situace celé rodiny po předčasném narození dítěte.

Další předpoklad bakalářské práce se týkal nástupu předčasně narozených dětí do MŠ. V něm bylo stanoveno, že většina předčasně narozených dětí nastupuje do MŠ nejdříve ve čtyřech letech života. Tento předpoklad byl ověřován pomocí dvou položek dotazníku. Zjišťován byl věk nástupu do MŠ, a také důvod, proč případně dítě nastoupilo později.

Průzkum ukázal, že 8 procent dětí nastoupilo do MŠ už ve dvou letech, 60 procent dětí ve třech letech, 28 procent ve čtyřech letech a po dvou procentech v pěti a v šesti letech. Celkem tedy nejpozději ve třech letech nastoupilo 68 procent dětí, oproti 32 procentům dětí, které nastoupily později. Důvodem pozdějšího nástupu byla nejčastěji nedostatečná kapacita míst v MŠ a až poté bylo důvodem rozhodnutí rodičů či doporučení lékaře pro nevyzrálост dítěte k nástupu do předškolního zařízení. Na základě těchto zjištěných skutečností lze tedy konstatovat, že předpoklad byl ověřen jako neplatný.

Posledním předpokladem, stanoveným v úvodu praktické části bakalářské práce, bylo tvrzení, že u většiny předčasně narozených dětí se v průběhu předškolního období projeví oslabení v některé z vývojových oblastí. U 76 procent předčasně narozených dětí se v předškolním věku skutečně projevilo oslabení či postižení v některé z vývojových oblastí, přičemž téměř u všech se jednalo o oslabení ve více oblastech najednou. 34 procent dětí má narušenou komunikační schopnost, 28 procent je častěji nemocných ve srovnání s vrstevníky, 22 procent má oslabení v jemné motorice, 18 procent má problémy s udržení pozornosti a s hyperaktivitou. Stejně procento dětí má oslabenou oblast sociální interakce a sebeobsluhy. Děti, které se narodily jako extrémně nedonošené mají všechny nějaké oslabení či postižení. U ostatních skupin procento výskytu klesá. S ohledem na výše uvedené výsledky můžeme konstatovat, že předpoklad byl ověřen jako platný.

Potvrzení tohoto předpokladu se jednoznačně shoduje s fakty, uváděnými v odborné literatuře. Opatřilová (2006, s. 13) ve své publikaci zmiňuje zdravotní znevýhodnění těchto dětí, Langmeier, Krejčířová (2006, s. 27) poruchy pozornosti, soustředění, vizuomotorické potíže, lehčí poruchy řeči či specifické poruchy učení. Sobotková (2011) s odkazem na výzkum zahraničních odborníků Saigala et al, uvádí, že vývojové problémy se mohou, zejména u extrémních nedonošenců, projevit až po nástupu do základní školy, přičemž v předškolním věku byly tyto děti hodnoceny v normě. Dochází u nich k určitému oslabení jejich běžného fungování či k slabším výkonům ve škole a tyto problémy často přetrvávají do věku adolescence i do dospělosti. Z tohoto pohledu lze usuzovat, že i u dětí z našeho průzkumného vzorku se ještě jisté problémy mohou projevit, i když v době provádění šetření byly rodiči hodnoceny jako bez obtíží.

Autorka za poměrně zajímavé považuje zjištění, že děti, které se narodily jako nedonošené, nastupují do institucí předškolního vzdělávání ve většině případů ve třech letech, tedy v nejdřívější možné době. Děti sice nemají s adaptací na MŠ problémy, nicméně se

u nich v následujících letech ve značné míře objevuje vyšší nemocnost, oslabení imunity i např. problémy v sociálních vztazích. Nabízí se otázka, zda jsou v tomto věku již dostatečně připraveni na vstup do kolektivu dětí jak po stránce tělesného zdraví (oslabená imunita vůči dětským nemocem), tak také po stránce duševní. Je možné se domnívat, že handicap, který si s sebou nesou, se v prvních měsících po nástupu do MŠ nemusí projevit a problémy se začnou vyskytovat až v průběhu docházky do MŠ. Odborníci, např. Peychl (2005, s. 127, 128) či Dort a kol. (2011, s.126 – 128) poukazují na nutnost hodnotit vývoj nedonošených dětí s použitím korigovaného věku nejméně do dvou let, u dětí extrémně nedonošených se uvádí, že své vrstevníky dohánějí v horizontu pěti let. Pokud tedy nastupují do mateřské školy ve třech letech, řada z nich ještě nedosahuje v psychomotorickém vývoji stejné úrovně jako jejich donošení vrstevníci. Rizikové děti také mívají posunutý kalendář povinných očkování, což může mít vliv na případná rizika při setkání s běžnými dětskými nemocemi. V neposlední řadě je potřeba zmínit nutnost posuzování školní zralosti nedonošených dětí, či pomoc dětem s postižením v integraci do společnosti. To vše v rámci komplexní péče o děti s rizikem vzniku postižení a oslabení v důsledku předčasného porodu.

O této problematice nalezneme zmínku také v Bílé knize, což je národní program rozvoje vzdělávání v České republice. Formuje vládní strategii v oblasti vzdělávání, odráží celospolečenské zájmy a dává konkrétní podněty k práci všech stupňů a typů škol. Zde je výslovně uvedeno doporučení *„ve spolupráci s ostatními rezorty, které se na péči, výchově a vzdělávání dětí podílejí (zdravotnictví, práce a sociálních věcí), vytvářet možnosti ke vzniku programů, které by v případě potřeby zajišťovaly potřebnou sociální i kvalitní odbornou pomoc v péči o děti mladší tří let a při jejich výchově. Využít přitom existujících zkušeností a navázat na práci neziskových organizací v této oblasti“* (Bílá kniha, 2013, s. 46). To vše koresponduje s výsledky našeho průzkumného šetření, které prokázalo, že by dětem již před nástupem do mateřských škol prospělo v určitých případech zahájit v rámci komplexní péče péči speciálně pedagogickou, aby se co nejdříve začalo s podporou a usměrňováním jejich vývoje v oblastech, ve kterých se následně prokazují více či méně závažná oslabení či postižení. Jednou z ideálních možností, jak toto realizovat, mohou být například centra vývojové péče, která centralizují a koordinují spolupráci odborníků z lékařských i nelékařských oborů. Takovéto centrum vzniklo a již dlouhodobě působí například při Neonatologickém oddělení Fakultní nemocnice v Plzni. Schéma funkčních vazeb při poskytování komplexní péče je znázorněno v příloze č. 2.

Častá absence v docházce do MŠ z důvodu vyšší nemocnosti, oslabení v komunikačních schopnostech, v jemné i hrubé motorice a v neposlední řadě také v sociální interakci, to vše s sebou přináší následné problémy a komplikace při vstupu do základní školy. Zjištění, že minimálně 40 procent nedonošenců z našeho průzkumu nastupuje do ZŠ s odkladem povinné školní docházky (a k tomu dalších 10 procent, kteří ještě nevědí), je dle názoru autorky také významné. Pokud srovnáme tato data s daty celé populace dětí, zjistíme, jak velký rozdíl v číslech se tu objevuje. Podle statistik MŠMT za poslední tři roky mělo odklad povinné školní docházky v roce 2012 celkem 12,3 procenta dětí (z toho 15,4 procent chlapci a 8,7 procent dívky), v roce 2011 to bylo celkem 14,4 procenta dětí (z toho 17,9 procent chlapci a 10,3 procent dívky) a v roce 2010 také 14,4 procenta dětí (z toho 17,6 procent chlapci a 10,7 procent dívky) (MŠMT, 2013). Je vidět, že v populaci nedonošených dětí se odklad povinné školní docházky objevuje třikrát častěji ve srovnání s celkovým počtem dětí, přicházejících v jednotlivých letech k zápisu. Statistiky MŠMT v jednotlivých letech jsou podrobně uvedeny v příloze č. 3.

ZÁVĚR

Bakalářská práce Raná péče v rodinách s rizikovými dětmi se zabývala ranou péčí jako komplexní intervencí všech zúčastněných složek, které se zapojují do péče o předčasně narozené děti. Dále se zabývala popisem a následným praktickým zmapováním problematiky předčasného narození dítěte, s tím spojenými riziky postižení vývoje a následnými specifiky v životě těchto dětí a jejich rodičů s důrazem na jejich výchovu a vzdělávání.

Cílem teoretické části bylo, za pomoci nastudování odborných publikací a internetových zdrojů o dané problematice, popsat charakteristiku a základní pojmy týkající se rané péče a předčasně narozených dětí, okolnosti předčasného porodu, možné následky a zejména možnosti intervence, pomocí kterých lze důsledky předčasného narození zmírnit či zcela odstranit. V závěru teoretické části je věnován prostor rodičům předčasně narozených dětí, popisu jejich prožívání bezprostředně po porodu a následnému vnímání této nelehké životní situace a mnohdy celoživotní role rodiče postiženého dítěte.

K dosažení stanoveného cíle praktické části této bakalářské práce byla použita metoda kvantitativního průzkumu za pomoci dotazníkového šetření. Rodiče předčasně narozených dětí v první části dotazníku odpovídali na otázky týkající se příčin a následků předčasného porodu a výskytu postižení dítěte v důsledku nedonošenosti. V druhé části byly dotazování na to, jaký byl jejich psychický stav bezprostředně po porodu, jak vnímali podporu a pomoc ze strany ošetřujícího personálu a zda byli obeznámeni s existencí služby rané péče. S tím souvisejí také dotazy na její následné využití. Poslední částí průzkumného šetření bylo zjišťování okolností nástupu dětí do předškolního vzdělávání, jejich adaptace a zvládání pobytu v mateřské škole, a také zjištění míry výskytu oslabení v předškolním věku a s tím spojený odklad povinné školní docházky.

Tímto průzkumným šetřením bylo zjištěno několik zásadních informací. Převážná většina rodičů předčasně narozených dětí po porodu nevěděla, že existuje služba rané péče, a tedy ji ani nevyužila, přičemž celá jedna třetina dětí má diagnostikované postižení různé závažnosti. Polovina rodičů necítila ze strany ošetřujícího zdravotnického personálu pomoc a podporu. Uspokojivé je zjištění, že téměř všechny děti nastoupily do mateřské školy ve věku tří let, tedy stejně jako jejich ostatní vrstevníci, a že jim adaptace na toto nové prostředí

nečinila výraznější potíže. Oproti tomu je nutno konstatovat, že u tří čtvrtin předčasně narozených dětí se v průběhu předškolního období objevilo oslabení minimálně v jedné z vývojových oblastí, častěji v několika současně. Polovina z nich potom nastupuje do základního vzdělávání s odkladem povinné školní docházky.

Přestože zjištěné výsledky mohou být chápány jako nepříznivé, mají také v dané problematice svůj přínos. Potvrzuje se nutnost provázané spolupráce všech intervenujících odborníků, kteří se zapojují do péče o nedonošené dítě od jeho narození po několik prvních let života. Další přínos této práce autorka spatřuje ve zjištění, že většina nedonošených dětí je ve třech letech připravena nastoupit do vzdělávací instituce, a to i přes výskyt postižení. Přičemž těmito institucemi jsou prakticky ve všech případech běžné mateřské školy.

Dle názoru autorky by bylo vhodné a zajímavé v průzkumu této tematiky pokračovat. Přínosné by jistě bylo dotazníkové šetření, případně rozhovory s odborníky, kteří předčasně narozeným dětem péči poskytují. Jednalo by se o odborné lékaře, zejména neonatology a neurology, ale i jiné odborníky. Také zdravotní sestry na odděleních intenzivní péče, protože s těmi se rodiče setkávají nejčastěji a ony jsou těmi, které dětem věnují převážnou část péče. Zajímavé by mohly být názory pracovníků rané péče a v neposlední řadě také učitelek v mateřských školách a speciálních pedagogů, působících ve školských poradenských zařízeních, jako jsou SPC a PPP.

NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Na základě výše shrnutých zjištění lze navrhnout následující opatření, týkající se využívání služby rané péče a opatření, týkající se výchovy a vzdělávání předčasně narozených dětí v předškolním věku. Tato opatření můžeme rozdělit do několika oblastí podle toho, komu jsou určena.

V první řadě je potřeba zmínit **rodiče předčasně narozených dětí**. Jejich role je v těchto situacích rolí nejtěžší. Pokud po předčasném porodu cítí, že situaci sami nezvládají, měli by **vyhledat pomoc psychologa**. Také **setkávání s rodiči s podobnými zkušenosti** bývá obohacující a přínosné. V neposlední řadě by rodiče měli plně **spolupracovat s ošetřujícím personálem**, dbát jejich doporučení, ale také hájit svá práva na dostatek informací, možnost pobytu s dítětem, možnost klokánkování a dalších opatření. Ta velmi napomáhají úspěšnému zvládnutí dané situace všem zúčastněným, ale, bohužel, nejsou v dnešní době na všech neonatologických odděleních v republice standardně zavedeny a respektovány.

Při nástupu do mateřské školy by bylo vhodné **promluvit s učitelkami o tom, že jejich dítě bylo předčasně narozené**, a že je tedy vhodné mít tuto skutečnost na paměti, protože je u takového dítěte zvýšené riziko výskytu oslabení, případně specifických poruch učení apod. Není však potřeba danou skutečnost nijak dramatizovat a zveličovat, jedná se **spíše o doporučení pro rodiče dětí těžce a extrémně nedonošených**, nebo dětí, u nich se již jisté postižení či oslabení v důsledku nedonošenosti projevilo.

Prvními odborníky, se kterými přicházejí rodiče nedonošenců do kontaktu je **lékařský personál** v porodnicích a na dětských odděleních JIRP či IMP. Zde by mělo být zajištěno, že **se ke každému rodiči předčasně narozeného dítěte dostane informace o tom, že existuje služba rané péče**, která je určena právě pro ně, a kterou poskytují odborníci z řad medicíny, psychologie, speciální pedagogiky, sociální oblasti. Je samozřejmě vhodné **s ohledem na stupeň nezralosti dítěte a jeho zdravotní stav** více či méně rodičům návštěvu střediska rané péče doporučit. Ne vždy je zahájení této intervence potřeba. Dále by bylo vhodné, aby každé pracoviště, které pečuje o středně až extrémně nedonošené děti, zajistilo rodičům **konzultaci**

s psychologem. Z průzkumu vyplývá, že rodiče by tuto pomoc uvítali, sami ji však vyhledat v této pro ně velmi složité situaci neumějí.

Pro **pracovníky rané péče** lze doporučit zejména jediné – **úzce spolupracovat s neonatologickými odděleními** a svou **vlastní aktivitou oslovovat rodiče rizikových dětí.** Lze například zavést **pravidelné návštěvy pracovníků na jednotkách intenzivní péče** či na intermediálních odděleních. Tyto návštěvy nemusejí být nijak časté, mohou se opakovat v intervalech zhruba 14 dnů, protože děti zde pobývají většinou po dobu několika týdnů až měsíců. Také by bylo vhodné **úzce spolupracovat s obvodními pediatry**, kteří mohou již při první návštěvě dítěte po propuštění z nemocnice rodičům o této službě říci, a tím případně eliminovat neinformovanost rodičů ze strany nemocničních lékařů.

Pedagogičtí pracovníci v institucích předškolního vzdělávání jsou posledním článkem, se kterým se děti před nástupem do základní školy setkávají. Ať již se jedná o učitelky v mateřských školách běžných či speciálních, nebo ať to jsou speciální pedagogové ve školských poradenských zařízeních. Učitelky v mateřských školách **by měly od rodičů dostat informaci o tom, že jejich dítě bylo předčasně narozené.** I zde však platí to, co bylo popsáno výše – nelze toto paušalizovat, vždy záleží zejména na zdravotním stavu konkrétního dítěte a také na stupni nedonošenosti. V případě, že učitelky v mateřské škole vědí, že se jedná o rizikové dítě, mohou dříve odhalit počínající vznik oslabení v základních vývojových oblastech, a tím lépe s dítětem pracovat. Mohou mu významně pomoci se správným vývojem dovedností, schopností a návyků, které mohou být v důsledku předčasného narození ohroženy.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BAYER, M., ed., 2011. *Pediatric*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-388-2.

Bílá kniha. In *Portál MŠMT* [online]. [vid. 18.4.2013]. Dostupné z: <http://aplikace.msmt.cz/pdf/bilakniha.pdf>.

DITTRICHOVÁ, J. a kol., 2004. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. 1. vydání. Praha: Grada publishing. ISBN 80-247-0399-8.

DOKOUPILOVÁ M. et al., 2009. *Narodilo se předčasně*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-552-3.

DORT, J. a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. 1. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-7043-944-9.

HRADILKOVÁ, T., JUNGWIRTHOVÁ, I., ed., 2010. *Když není všechno tak jak si přáli*. 2. přepracované vydání. Praha: Společnost pro ranou péči. ISBN 978-80-254-4614-0.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., 2004. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-063-0.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada publishing. ISBN 80-247-1284-9.

Na lidský hlas „odpovídají“ i silně nedonošené děti. In *Nedoklubko* [online]. [vid. 15.11.2012]. Dostupné z: <http://nedoklubko.cz/2011/11/23/na-lidsky-hlas-odpovidaji-i-silne-nedonosene-deti>.

Nedonošený novorozenec - pokračování. In *U lékaře* [online]. [vid. 13.11.2012]. Dostupné z: <http://www.ulekare.cz/clanek/nedonoseny-novorozenec-pokracovani-2930>.

NOVOSAD, L., ed., 2005. *Handicap 2005*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7372-022-1.

OPATŘILOVÁ, D., 2006. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3977-9.

PAŘÍZEK, A. Předčasný porod. In *Porodnice* [online]. [vid. 12.11.2012]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/predcasny-porod-0>.

PEYCHL I., 2005. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-283-8.

Psychodiagnostika. In *Informační systém Masarykovi univerzity* [online]. [vid. 17.11.2012]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/www/344438/7159235/psychodiagnostika.txt>.

Raná péče. In *Společnost pro ranou péči* [online]. [vid. 5.02.2013]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html>.

Setkávání rodičů. In *Raná péče Eda* [online]. [vid. 10.04.2013]. Dostupné z: <http://www.ranapece.eu/praha/setkavanirodicu>.

SOBOTKOVÁ, D., 2011. Proč považujeme za důležité dlouhodobé psychologické sledování nedonošených dětí . In *Neonatology* [online]. [vid. 17.2.2013]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/xxkonference/dlouhodobep-psychologicke-sledovani-nedonosnych-deti.pdf>.

ŠÁNDOROVÁ, Z., 2005. *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky raného věku*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-259-3.

Zápisy do 1. ročníků základního vzdělávání. In *Portál MŠMT* [online]. [vid. 18.4.2013]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/statistika-skolstvi/zapisy-do-1-rocniku-zakladnich-skol>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník pro rodiče předčasně narozených dětí (viz text na s. 42)

Příloha č. 2: Centrum vývojové péče – schéma funkčních vazem při poskytování komplexní péče (viz text na s. 63)

Příloha č. 3: Statistika MŠMT o počtu dětí s odkladem povinné školní docházky (viz text na s. 64)

Dotazník pro rodiče předčasně narozených dětí

Vážený rodiče,

jsem studentkou Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické Technické univerzity v Liberci. Studuji obor speciální pedagogika předškolního věku a v současné době píši bakalářskou práci na téma Raná péče v rodinách s rizikovými dětmi. Práce se zaměřuje na problematiku péče o předčasně narozené děti, specifika jejich vývoje a specifika jejich nástupu do mateřských a základních škol.

Sama jsem matkou těžce nedonošené dcery a také proto je mi tato problematika velmi blízká. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Jeho účelem je zjištění Vašich zkušeností, úrovně informovanosti a názorů na tuto problematiku.

Otázky v dotazníku se týkají zejména Vašich osobních zkušeností s předčasným narozením, s poskytnutou odbornou pomocí a následnou péčí o Vaše dítě.

Pokud máte více dětí nedonošených (dvojčata, sourozenci,...) vyplňte dotazník za každé dítě zvlášť.

Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity výhradně pro účely této bakalářské práce. Proto si Vás dovoluji požádat, abyste údaje vyplňovali co nejvěrněji. Předem děkuji za Váš čas, věnovaný vyplnění dotazníku, a za Vaše názory.

Gabriela Čavojská, kontaktní e-mail: gabriela.cavojska@atlas.cz

1) Ve které porodnici proběhl porod Vašeho dítěte (vypište):			
2) Ve kterém týdnu těhotenství došlo k porodu (vypište):			
3) Jaká byla porodní váha a délka Vašeho dítěte (vypište):		Váha v gramech :	délka v cm :
4) Jaké bylo Apgar skóre Vašeho dítěte (vypište, tento údaj naleznete v očkovacím průkazu Vašeho dítěte):		1. min	5. min 10. min
5) Kolik je Vašemu dítěti let :		roky :	měsíce :
6) Má Vaše dítě lékařsky potvrzenou nějakou diagnózu ?			
☐ ano (vypište jakou)			
☐ ne			
7) Pokud bylo Vaše těhotenství vedeno jako rizikové, jaký byl důvod?			
☐ na straně plodu (vypište jaký)			
☐ na straně matky (vypište jaký)			
☐ na straně placenty (vypište jaký)			
☐ jiný (vypište jaký)			
☐ nevím			
☐ těhotenství nebylo vedeno jako rizikové			
8) Jaká byla příčina předčasného porodu?			
☐ na straně plodu vypište jaká)			
☐ na straně matky (vypište jaká)			
☐ na straně placenty (vypište jaká)			
☐ jiný (vypište jaký)			
☐ nevím			
☐ příčina nebyla zjištěna			
9) Která z možností nejlépe vystihuje Vaše pocity, převládající po narození Vašeho dítěte (vyberte nejvýše dvě možnosti)?			
☐ strach a obavy			
☐ pocit viny			
☐ prázdnota			
☐ beznaděj			
☐ naděje			
☐ optimismus, radost			
☐ únava			
☐ rezignace			

☐ jiný (vypište jaký)	
10) Byla Vám během pobytu Vašeho dítěte v nemocnici poskytnuta personálem odborná pomoc (psychická podpora, uklidnění, povzbuzení atd.) ? ☐ ano ☐ spíše ano ☐ spíše ne ☐ ne ☐ nevím	
11) Byla Vám někým z ošetřujícího personálu porodnice nebo novorozeneckého oddělení sdělena informace o existenci služby Raná péče? ☐ ano ☐ ne ☐ nevím ☐ ne, ale vím o ní z jiných zdrojů	
12) Využil/a jste služby Raná péče? ☐ ano ☐ ne, nevěděla jsem o existenci této služby ☐ ne, měla jsem jiný důvod (uvedte jaký)	
13) V případě že jste o službě Raná péče nevěděl/a, využil/a byste této možnosti, kdybyste o ní věděl/a ? ☐ ano ☐ spíše ano ☐ spíše ne ☐ ne (uvedte důvod) ☐ nevím	
14) Ve které oblasti byla/ by byla pomoc služby Raná péče pro Vás nejpřínosnější ? ☐ odborná lékařská pomoc (uvedte jaký obor) ☐ psychologická pomoc ☐ pomoc v sociálně-právní problematice ☐ rodinné poradenství (partnerské vztahy, sourozenecké vztahy apod.) ☐ v jiné (uvedte jaké) ☐ nevím	
15) Kolikrát proběhlo setkání s pracovníkem střediska Rané péče ? ☐ neproběhlo ☐ jen jednou ☐ 2 - 5x ☐ 6 - 10x ☐ více než 10x	
16) Pomohl Vám kontakt s pracovníkem střediska Rané péče s vyrovnáním se s nastalou situací ? ☐ nesetkal/a jsem se s pracovníkem stř. R.P. ☐ ano, hned po prvním setkání ☐ ano, po několika setkáních ☐ ne ☐ nevím	

17) V kolika letech nastoupilo Vaše dítě do MŠ ?

- ☐ ve dvou letech
- ☐ ve třech letech
- ☐ ve čtyřech letech
- ☐ v pěti letech
- ☐ v šesti letech
- ☐ mé dítě nenavštěvovalo MŠ

18) Pokud Vaše dítě nastoupilo do MŠ ve čtyřech letech a později, z jakého důvodu ?

- ☐ z kapacitních důvodů
- ☐ z rozhodnutí rodičů – rodičovská dovolená do 4let věku dítěte
- ☐ z rozhodnutí rodičů – zdálo se nám ve třech letech ještě nevyzrálé na pobyt v MŠ
- ☐ z doporučení lékaře – z důvodu oslabení organismu a časté nemoci v batolecím věku
- ☐ z doporučení lékaře – z důvodu výskytu postižení
- ☐ jiný, uveďte jaký
- ☐ nastoupilo před 4-tým rokem

19) Jakou MŠ navštěvuje/navštěvovalo Vaše dítě :

- ☐ běžnou MŠ
- ☐ speciální třídu v běžné MŠ (upřesněte jakou)
- ☐ speciální MŠ (upřesněte jakou)

20) Jak dlouho trvala adaptace Vašeho dítěte na pobyt v MŠ ?

- ☐ zvykl/a si bez problémů během několika prvních dnů
- ☐ zvykl/a si zhruba jeden až dva měsíce
- ☐ zvykl/a si za více než dva měsíce
- ☐ na poprvé si na MŠ nezvykl/a, docházka musela být přerušena a proběhl opakovaný nástup v následujícím školním roce
- ☐ na pobyt v MŠ si nezvykl/a, docházka musela být ukončena

21) Začalo se v předškolním věku u Vašeho dítěte projevovat nějaké postižení či oslabení (můžete zvolit více možností)?

- ☐ vyšší nemocnost ve srovnání s ostatními dětmi
- ☐ projevy ADHD/ADD (porucha pozornosti, hyperaktivita,...)
- ☐ oslabení v hrubé motorice
- ☐ oslabení v jemné motorice
- ☐ oslabení v myšlení
- ☐ problémy s řečí (vady výslovnosti, opožděný vývoj řeči, problémy s vyjadřováním apod.)
- ☐ oslabení v sociální interakci a sebeobsluze
- ☐ smyslové či tělesné postižení (vypište jaké)
- ☐ jiné (vypište jaké)
- ☐ neprojevila se žádná oslabení či postižení

22) S čím mělo Vaše dítě v MŠ významné potíže (můžete zvolit více možností)?

- ☐ respektování autority (plnění úkolů, uposlechnutí příkazů apod.)
- ☐ odloučení od matky
- ☐ kontakt s vrstevníky
- ☐ respektování režimu MŠ
- ☐ osvojování pracovních návyků a sebeobsluhy
- ☐ jiné (vypište jaké)

☐ neměl/a žádné vážnější problémy

23) Mělo Vaše dítě, příp. předpokládáte u Vašeho dítěte odklad povinné školní docházky ?

☐ ano (uveďte důvod)

☐ ne

☐ nevím

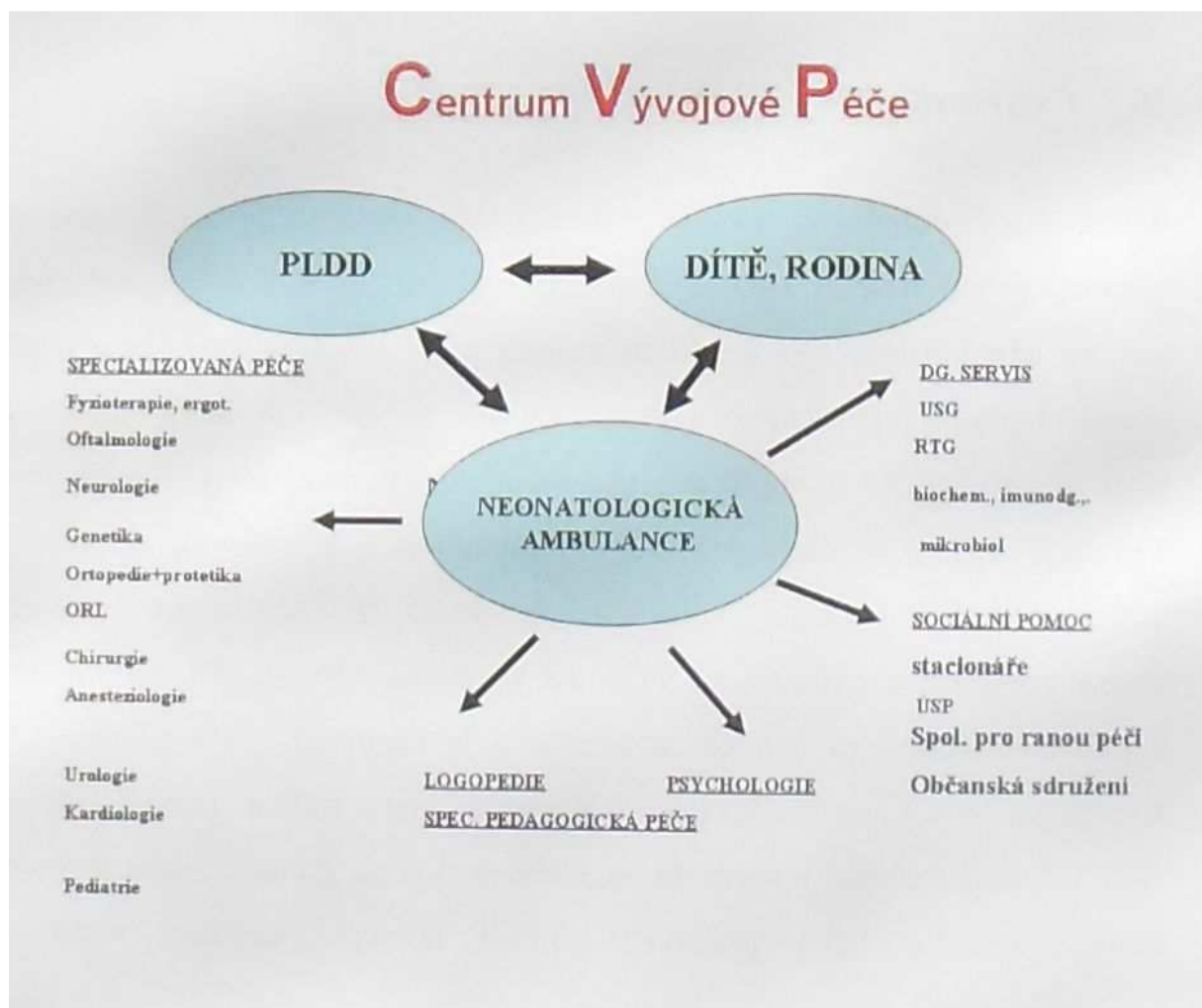
24) Existuje něco, co podle Vašeho názoru v tomto dotazníku chybělo, případně co byste ještě rádi k této problematice sdělili ?

☐ ano (vypište co)

☐ ne

Odešli dotazník

Příloha č. 2: Centrum vývojové péče – schéma funkčních vazem při poskytování komplexní péče (viz text na s. 63)



Příloha č. 3: Statistika MŠMT o počtu dětí s odkladem povinné školní docházky (viz text na s. 64)

Zapisování, žádosti o odklad a procento odkladů povinné školní docházky – podle druhu postižení

Podle stavu k 28. 2. 2012

		Zapisování			S žádostí o odklad docházky			% odkladů na celkovém počtu zapisovaných podle druhu postižení		
		celkem	v tom		celkem	v tom		celkem	v tom	
			chlapci	dívky		chlapci	dívky		chlapci	dívky
Děti celkem		130 870	70 768	60 102	16 139	10 917	5 222	12,3%	15,4%	8,7%
v tom	bez postižení	127 271	68 296	58 975	15 235	10 291	4 944	12,0%	15,1%	8,4%
	mentálně postižené	575	381	194	154	103	51	26,8%	27,0%	26,3%
	sluchově postižené	115	57	58	30	14	16	26,1%	24,6%	27,6%
	zrakově postižené	82	46	36	26	17	9	31,7%	37,0%	25,0%
	s vadami řeči	1 425	978	447	304	221	83	21,3%	22,6%	18,6%
	tělesně postižené	139	85	54	40	28	12	28,8%	32,9%	22,2%
	s více vadami	637	408	229	173	100	73	27,2%	24,5%	31,9%
	s výv. por. učení	108	80	28	39	27	12	36,1%	33,8%	42,9%
	s výv. por. chování	131	114	17	24	21	3	18,3%	18,4%	17,6%
	autisté	387	323	64	114	95	19	29,5%	29,4%	29,7%

Zapisování, žádosti o odklad a procento odkladů povinné školní docházky – podle druhu postižení

Podle stavu k 28. 2. 2011

		Zapisování			S žádostí o odklad docházky			% odkladů na celkovém počtu zapisovaných podle druhu postižení		
		celkem	v tom		celkem	v tom		celkem	v tom	
			chlapci	dívky		chlapci	dívky		chlapci	dívky
Děti celkem		125 703	67 833	57 870	18 111	12 145	5 966	14,4%	17,9%	10,3%
v tom	bez postižení	122 255	65 540	56 715	17 145	11 462	5 683	14,0%	17,5%	10,0%
	mentálně postižené	604	349	255	161	97	64	26,7%	27,8%	25,1%
	sluchově postižené	146	68	78	27	12	15	18,5%	17,6%	19,2%
	zrakově postižené	79	46	33	12	6	6	15,2%	13,0%	18,2%
	s vadami řeči	1 237	849	388	330	251	79	26,7%	29,6%	20,4%
	tělesně postižené	158	88	70	38	21	17	24,1%	23,9%	24,3%
	s více vadami	556	361	195	192	127	65	34,5%	35,2%	33,3%
	s výv. por. učení	172	113	59	64	46	18	37,2%	40,7%	30,5%
	s výv. por. chování	109	93	16	25	19	6	22,9%	20,4%	37,5%
	autisté	387	326	61	117	104	13	30,2%	31,9%	21,3%

Zapisování, žádosti o odklad a procento odkladů povinné školní docházky – podle druhu postižení

Podle stavu k 28. 2. 2010

		Zapisování			S žádostí o odklad docházky			% odkladů na celkovém počtu zapisovaných podle druhu postižení		
		celkem	v tom		celkem	v tom		celkem	v tom	
			chlapci	dívky		chlapci	dívky		chlapci	dívky
Děti celkem		118 900	64 255	54 645	17 180	11 332	5 848	14,4%	17,6%	10,7%
v tom	bez postižení	115 497	62 016	53 481	16 221	10 707	5 514	14,0%	17,3%	10,3%
	mentálně postižené	531	332	199	140	83	57	26,4%	25,0%	28,6%
	sluchově postižené	126	64	62	36	16	20	28,6%	25,0%	32,3%
	zrakově postižené	88	48	40	18	12	6	20,5%	25,0%	15,0%
	s vadami řeči	1 389	939	450	352	232	120	25,3%	24,7%	26,7%
	tělesně postižené	176	100	76	41	26	15	23,3%	26,0%	19,7%
	s více vadami	515	320	195	186	117	69	36,1%	36,6%	35,4%
	s výv. por. učení	180	112	68	76	52	24	42,2%	46,4%	35,3%
	s výv. por. chování	112	92	20	27	22	5	24,1%	23,9%	25,0%
	autisté	286	232	54	83	65	18	29,0%	28,0%	33,3%