

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Zajištění péče o novorozence s vývojovým rizikem po propuštění  
z lůžkové péče z pohledu rodičů**

bakalářská práce

Autor práce: Štěpánka Macurová

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: MUDr. Milan Hanzl, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 6. 5. 2013

## **Abstrakt**

### **Zajištění péče o novorozence s vývojovým rizikem po propuštění z lůžkové péče z pohledu rodičů.**

Téma mé bakalářské práce se zakládá na problematice dětí s vývojovým rizikem a je zaměřeno hlavně na péči, která je těmto dětem poskytována po propuštění z nemocnice. Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou vymezeny důležité pojmy, se kterými se v problematice dětí s vývojovým rizikem setkáváme. V kapitole perinatologie jsou popsána obecná ustanovení a je zde vysvětlen systém, podle kterého perinatologická centra fungují. Pro dobrou orientaci v problematice je důležité znát klasifikaci novorozenců a vědět, jaké projevy a následky může mít předčasné narození dítěte, proto je druhá kapitola věnována základním ukazatelům v neonatologii. Samostatnou kapitolu tvoří definování pojmu chronologický a korigovaný věk. Jsou to podstatné údaje k zajištění správného sledování vývoje dítěte. Vývoj předčasně narozených se od dětí narozených v termínu liší, a proto je důležité brát na tento fakt zřetel. Významným aspektem ve správném vývoji dětí je jejich výživa, poslední dobou je velký důraz kladen především na výživu mateřským mlékem od vlastní matky. Informace o výživě a kojení a také specifika výživy nedonošených dětí jsou v mé práci popsány v samostatné kapitole. V další kapitole se věnuji problematice propuštění dětí s vývojovým rizikem do domácího prostředí a jaká péče po propuštění následuje. Pozornost je věnována hlavně centru vývojové péče. V poslední kapitole byly vybrány nejčastější diagnózy, které se u nedonošených vyskytují.

Praktickou část práce tvoří výzkum. K tomu byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Sběr dat proběhl formou polostrukturovaného rozhovoru. Zkoumaný vzorek tvořilo deset žen, které jsou matkami nedonošených dětí a ostatních dětí s vývojovým rizikem. Respondentky byly ženy z mého okolí, které se svými dětmi pravidelně navštěvují centrum vývojové péče. Klíčovým faktorem pro výběr byl korigovaný věk dítěte do 24 měsíců. Cílem práce bylo zhodnotit činnost centra vývojové péče z pohledu rodičů. Ve výzkumu byla položena jedna výzkumná otázka, a to jaké rezervy spatřují rodiče v činnosti centra vývojové péče. Data, která byla z rozhovorů získána, byla

analyzována a vedla k jasnému závěru a zodpovězení výzkumné otázky, která byla v práci položena.

Výsledky mého výzkumu prokázaly oprávněnost činnosti center vývojové péče, která jsou zpravidla přiřazena k velkým neonatologickým pracovištím. Centra jsou ve většině aspektech péče přijímána velmi příznivě. Z rozhovoru s respondentkami vyplynuly i některé nedostatky, které byly popsány v diskuzi a následně shrnuty v závěru.

Díky tomu, že se neonatologická péče neustále zdokonaluje, je podíl přeživších dětí s extrémně nízkou a nízkou porodní vahou daleko větší než tomu bývalo dříve. Důležité je brát v potaz, že propuštěním dětí z nemocnice péče o ně nekončí. Nedonošenost sebou nese řadu rizik, která dítě v jeho vývoji ohrožují. Z tohoto důvodu je nutné zajistit kontinuální péči a sledovat dítě i po propuštění do domácí péče. V poslední době je toto téma často diskutované. Nemluví se pouze o fyzickém vývoji, ale zkoumá se také psychický vývoj dítěte. Je prokázáno, že nedonošené děti mohou mít v některých oblastech psychiky problémy.

V závěru mé práce jsou shrnuty rezervy, které matky dětí spatřují na činnosti center vývojové péče a jsou popsána doporučení, která by měla vést ke zdokonalení této péče. Jedná se o potřebu větší angažovanosti výživových a laktačních poradců, zdokonalování edukace ošetrovatelských profesí pracujících v komunitní péči a posunutí spolupráce s praktickými lékaři pro děti a dorost na kvalitativně vyšší úroveň.

Svou práci bych doporučila odborné i laické veřejnosti. Práce by také mohla sloužit studentům ošetrovatelství - porodním asistentkám, dětským sestřám a ostatním, kteří by se chtěli dozvědět více o problematice dětí s vývojovým rizikem.

**Klíčová slova:** Centrum vývojové péče – Neonatologie - Novorozenec s vývojovým rizikem - Předčasně narozené dítě

## **Abstract**

### **Caring for High – Risk Newborns after Release from Hospital Treatment: A Parents' Perspective**

My Bachelor's thesis focuses on the issue of children with a development risk, and deals mainly with the care provided to these children after they are released from hospital. The thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part defines important used terms. In the Perinatology chapter, general provisions are described as well as the system of perinatologic centres. To understand the topic, it is necessary to know the classification of infants and understand the manifestations and consequences of premature birth, so the second chapter provides basic information about neonatology. A separate chapter deals with the definition of chronological age and corrected age. These are important to secure proper monitoring of the child's development. The development of prematurely born children differs from the development of children born in the standard term, and this fact must be taken into consideration. Nutrition is an important aspect for proper development. Recent trends especially stress breastfeeding of the child by its own mother. Information about nutrition and breastfeeding and the specifics of nutrition for prematurely born children are described in a separate chapter of the thesis. The following chapter deals with the issues related to releasing children with a development risk from hospital, and the care following their release. The care provided by a development care centre is emphasised. The last chapter provides a selection of the most common diagnoses experienced by prematurely born infants.

The practical part contains qualitative research carried out by means of a semi-structured interview. The interviewed sample contains ten mothers of prematurely born children or children with other development risks. Respondents were women that I know, who regularly visit a development care centre with their children. A key selection criterion was the corrected age of the child, which had to be less than 24 months. The goal of the research was to evaluate the activity of the development care

centre from the parents' perspective. A single research question was asked: Which deficiencies do the parents see in the activity of the development care centre. The collected data was analysed and lead to a clear conclusion and answer to the research question laid down in the thesis.

The results of my research clearly justified the activity of development care centres, which are usually part of large maternity wards. The centres are accepted very positively in all aspects. The interviews also showed some deficiencies, which were described in the discussion and summarized in the conclusion.

Since neonatology care is constantly improving, the ratio of surviving children with an extremely low or low birth weight is much higher than in the past. It is necessary to take into account that care does not end after the child is released from hospital. Premature birth carries many risks, which threated the child's development. It is thus necessary to secure continuous care and monitor the child after release from hospital into home care. This topic has recently been often discussed. The mental development of the child is as important as the child's physical development. It has been proved that prematurely born children may have some psychological problems.

The conclusion summarizes the deficiencies that mothers find in the activities of development care centres, and describes recommendations that should lead to improvement of this care. These include a need for greater engagement of nutrition and breastfeeding counsellors, improved education of nurses employed in community care and improvement of the quality of cooperation with children's physicians.

I would recommend my thesis to the expert and general public. It could also be of use to students of nursing – midwives, children's nurses and others who are interested in the issues of children with a development risk.

**Key words:** Development care centre – Neonatology – High-risk newborn – Premature baby

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2013

.....

Štěpánka Macurová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala MUDr. Milanu Hanzlovi, Ph.D. za odborné vedení a za cenné informace, které mi pomohly při psaní mé bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala všem respondentkám za jejich vstřícnost.

<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>1 TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
1.1 VYMEZENÍ DŮLEŽITÝCH POJMŮ V NEONATOLOGII .....	10
1.2 PERINATOLOGIE .....	11
1.2.1 OBECNÁ USTANOVENÍ V PERINATOLOGII .....	11
1.2.2 DĚLENÍ PÉČE V PERINATOLOGII .....	12
1.2.3 REGIONÁLNÍ PERINATOLOGICKÁ CENTRA .....	12
1.3 ZÁKLADNÍ UKAZATELE V NEONATOLOGII .....	13
1.3.1 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ .....	13
1.3.2 PROJEVY NEZRALOSTI .....	14
1.4 CHRONOLOGICKÝ A KORIGOVANÝ VĚK DÍTĚTE .....	15
1.5 VÝVOJ HMOTNOSTI A RŮST DÍTĚTE .....	16
1.6 VÝŽIVA NOVOROZENCE .....	18
1.6.1 VÝŽIVA A KOJENÍ U NEDONOŠENÉHO DÍTĚTE .....	18
1.6.2 KOJENÍ S FORTIFIKACÍ .....	20
1.7 PROPUŠTĚNÍ NOVOROZENCE DO DOMÁCÍHO PROSTŘEDÍ .....	20
1.7.1 PROPUŠTĚNÍ NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE DO DOMÁCÍ PÉČE .....	20
1.8 DLOUHODOBÉ SLEDOVÁNÍ DĚTÍ S VÝVOJOVÝM RIZIKEM .....	21
1.8.1 PORADNA PRO DĚTI S VÝVOJOVÝM RIZIKEM .....	22
1.9 DIAGNÓZY SPOJENÉ S NEZRALOSTÍ .....	23
1.9.1 ONEMOCNĚNÍ DECHOVÉHO ÚSTROJÍ .....	24
1.9.2 ONEMOCNĚNÍ KREVNÍHO OBĚHU A SRDCE .....	27
1.9.3 ONEMOCNĚNÍ ZAŽÍVACÍHO TRAKTU .....	27
1.9.4 ONEMOCNĚNÍ CENTRÁLNÍ NERVOVÉ SOUSTAVY .....	28
1.9.5 HYPERBILIRUBINEMIE .....	29
1.9.6 DALŠÍ ONEMOCNĚNÍ SOUVISEJÍCÍ S NEZRALOSTÍ .....	31
<b>2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>33</b>



<b>2.1</b>	<b>CÍLE PRÁCE.....</b>	<b>33</b>
<b>2.2</b>	<b>VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>33</b>
<b>3</b>	<b><u>METODIKA.....</u></b>	<b><u>34</u></b>
<b>3.1</b>	<b>POUŽITÁ METODA.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1.1</b>	<b>ROZHOVOR.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2</b>	<b>CHARAKTER ZKOUMANÉHO VZORKU.....</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b><u>VÝSLEDKY.....</u></b>	<b><u>35</u></b>
<b>5</b>	<b><u>DISKUZE.....</u></b>	<b><u>57</u></b>
<b>6</b>	<b><u>ZÁVĚR.....</u></b>	<b><u>61</u></b>
<b>7</b>	<b><u>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</u></b>	<b><u>62</u></b>
<b>8</b>	<b><u>PŘÍLOHY.....</u></b>	<b><u>66</u></b>

## Úvod

Předčasné narození dítěte je jednou z nejtěžších životních zkoušek, která rodiče může potkat. Člověk, který si touto zkušeností neprošel, asi jen stěží dokáže pochopit, co rodiče nedonošeného novorozence prožívají. Na každý krůček dopředu, na každou změnu k lepšímu čekají jako na zázrak. Není divu, že když lékař oznámí rodičům šťastnou zprávu o propuštění novorozence, v rodičích se mísí pocity štěstí s pocity strachu. Zvládneme to doma sami s miminkem? Dokážeme se o naše dítě postarat, jako to zvládají sestřičky a lékaři v nemocnici? Poznáme, když se bude dítě něco špatného? Většinou ale pak rodiče zjistí, že jejich láska k dítěti je tak silná, že si dokážou poradit. Každopádně je důležité zajistit sledování dětí také specialisty, a tak ani po propuštění dětí z nemocnice kolotoč různých vyšetření nekončí. Rodiče s dětmi musí pravidelně navštěvovat zdravotnická pracoviště a hlídat správný vývoj dítěte. Jedno z pracovišť, kam rodiče se svými dětmi pravidelně dojíždějí, je centrum vývojové péče. Tato centra jsou zpravidla přiřazována k regionálním neonatologickým pracovištím.

Ve specializovaných ambulancích dochází ke sledování dětí do věku dvou až šesti let a zároveň se koordinuje péče dalších specialistů zaměřených na pohybový, duševní a smyslový vývoj. Toto téma jsem si vybrala hlavně proto, že mě neonatologie zajímá. Je neuvěřitelné sledovat vývoj dítěte narozeného ve 24. týdnu těhotenství a vidět, že i tak malé miminko má šanci v budoucnosti prožít plnohodnotný život. Myslím si, že práci na téma nedonošené děti přibývá, tyto práce jsou zaměřeny především na pobyt nedonošeného dítěte v nemocnici. Je ale také důležité zaměřit se na péči, která po propuštění z nemocnice následuje. V mé práci se budu snažit popsat nejdůležitější aspekty péče o nedonošené děti a zjistit, jaká je spokojenost rodičů s péčí, která je dětem zajištěna po skončení hospitalizace.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Vymezení důležitých pojmů v neonatologii

**Perinatologie** je obor, jehož cílem je rozvoj péče o těhotnou ženu, plod a jejího novorozence od životaschopnosti. Základem perinatologie je mezioborová spolupráce mezi neonatologií a gynekologií - porodnictvím.

**Prenatální období** se počítá od oplodnění vajíčka do porodu novorozence. Rozdělujeme ho na embryonální (od početí do třech měsíců) a období fetální (od čtvrtého měsíce do devátého nitroděložního vývoje).

**Neonatologie** je obor, který se zabývá komplexní péčí o novorozence. Zajišťuje bezproblémovou poporodní adaptaci fyziologickým novorozencům, řeší komplikace spojené s porodem, vrozené vývojové vady a poskytuje péči extrémně nezralým novorozencům na hranici viability.

**Neonatální období** je období od narození dítěte do 28. dne života. V tomto období je pro dítě důležitá adaptace na nové prostředí. Ta je nejvýraznější několik hodin po porodu.

**Pediatric** je obor zabývající se péčí o kojence, děti a mladistvé. Zabývá se jejich vývojem a snaží se, aby dosáhli plnohodnotné dospělosti.

**Fyziologický novorozenec** je novorozenec s dobrou poporodní adaptací. Narodil se v rozmezí od ukončeného 38. týdne gestace do ukončeného 42. týdne gestace. Nejeví žádné známky onemocnění nebo vrozené vývojové vady.

**Nedonošený novorozenec** je novorozenec narozený před dokončeným 38. týdnem gestace.

**Kojenecká mortalita** je podíl zemřelých dětí od narození do jednoho roku života ze všech živě narozených.

**Neonatální mortalita** je podíl zemřelých dětí od narození do 28. týdne života ze všech živě narozených.

**Postneonatální mortalita** je podíl zemřelých dětí od ukončeného 28. týdne života do jednoho roku ze všech živě narozených.

**Viabilita** je životaschopnost dítěte v extrauterinním prostředí po předčasném porodu. V dnešní době se v České republice hranice viability počítá od dokončeného 23. týdne gestace.

**IUGR** (Intrauterine Growth retardation) neboli Intrauterinní růstová retardace. Důsledkem této poruchy bývá hypotrofický novorozenec.

**Hypotrofický novorozenec** je dítě s nízkou porodní váhou vzhledem k jeho gestačnímu stáří.

**Gestační týden** se počítá podle data poslední menstruace. Počet ukončených týdnů vývoje plodu v děloze.

**Postkoncepční týden** je součet gestačního týdne po narození a chronologického věku dítěte v týdnech (1,17, 21, 28).

## ***1.2 Perinatologie***

Perinatologie je obor jehož obsahem je péče o těhotné ženy, plod a novorozence od období viability plodu, tedy od ukončeného 23. týdne gestace, během období porodu a šestinedělí. Tedy až do konce pozdního neonatálního období. V perinatologii je důležitá úzká spolupráce gynekologie - porodnictví a neonatologie (21).

### ***1.2.1 Obecná ustanovení v perinatologii***

Mezi základní cíle perinatologie patří rozvoj optimální diferencované péče o gravidní ženy a jejich novorozence, tím se snaží zajistit vysokou úroveň populace. Tato péče je důležitá nejen z hlediska medicínského ale také sociálního a ekonomického. Konkrétně se snaží během gravidity omezit kontakt těhotných žen s infekcemi a teratogeny, které by mohly mít negativní vliv na jejich těhotenství a tím na jejich děti. Bere v úvahu sociální a psychické stresory, které během gravidity působí. Odhaluje vrozené vývojové vady a patologie u dětí, které bezprostředně po porodu řeší. Perinatální program chrání společnost před zdravotně - sociálními dopady zvyšující se mateřské a neonatální mortality a morbidity.

Tento program minimalizuje obavy z reprodukce a snižuje neúspěch v dalším těhotenství na minimum u rodin s reprodukčním rizikem. Příznivě ovlivňuje neuropsychický a motorický vývoj dětí narozených s vývojovým rizikem (21).

### ***1.2.2 Dělení péče v perinatologii***

Perinatologická péče se v České republice zakládá na třístupňové diferenciované péči o těhotné a jejich novorozence.

**I. stupeň** - základní péče

**II. stupeň** - intermediární péče je poskytována ve vybraných perinatologických inetermdiárních centrech působící v konkrétních regionech.

**III. stupeň** - intenzivní péče je poskytována „Regionálními perinatologickými centry“. Centra jsou tvořena porodnickými i neonatologickými pracovišti.

Perinatologická centra se řídí vyhláškou Ministerstva zdravotnictví. (21).

### ***1.2.3 Regionální perinatologická centra***

Perinatologická centra se dělí na část porodnickou a neonatologickou.

Neonatologický úsek PC obsahuje péči o fyziologické novorozence, úsek péče intermediární a jednotku intenzivní a resuscitační péče.

Péče o novorozence je zaměřena na diagnostiku a léčbu různých patologií od 24+0 týdne těhotenství. Do této péče se zahrnují různé patologie související s novorozeneckým obdobím. Jsou to stavy poruch poporodní adaptace, které ohrožují dítě bezprostředně na životě. Mezi tyto stavy patří vzniklé poporodní infekce dítěte, perinatální asfyxie, respirační onemocnění, péče o děti s IUGR, péče o novorozence, u kterých se vyskytly vrozené vývojové vady.

Neonatologická péče využívá příslušné pediatrické obory. Mezi ně patří dětská chirurgie, neurochirurgie, neurologie, ortopedie, oftalmologie, psychologie, genetika, radiologie, rehabilitace a další.

Součástí PC je také ambulantní péče, která zajišťuje sledování vývoje novorozenců s vývojovým rizikem. Tato ambulantní perinatologická centra sledují a koordinují péči

s příslušnými odborníky o děti s perinatálním ohrožením či poškozením. Nezahrnují pouze péči zdravotní, ale také komplexní psychologickou a sociální péči a speciální pedagogické poradenství (21).

### **1.3 Základní ukazatele v neonatologii**

#### **1.3.1 Klasifikace novorozenců**

Šance miminka na přežití se odvíjí od toho, jak dlouhou dobu z jeho nitroděložního vývoje stráví v děloze matky. Čím více si toto období zkrátilo, tím nezralejší bude a jeho cesta bude obtížnější.

Novorozence můžeme rozdělit dle několika kritérií. Mezi ty základní patří dělení podle délky těhotenství, vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku a podle zralosti novorozence (1, 2, 7).

Rozdělení podle délky těhotenství

1. Narozené předčasně - gestační věk je nižší než 38. týden
2. Narozené v termínu - gestační věk je mezi 38. a 42. týdnem
3. Přenášené - gestační věk je vyšší než 42. týden

Rozdělení podle zralosti novorozence

1. Extrémně nezralí - do 28. týden těhotenství (500 g- 999 g)
2. Velmi nezralí - do 32. týdne těhotenství (1000 g-1499 g)
3. Středně nezralí - do 34. týdne těhotenství (1500 g-1999 g)
4. Lehce nezralí - do 38. týdne těhotenství (2000 g- 2499 g)

Rozdělení podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku:

1. Eutrofické neboli proporcionální - stav výživy novorozence odpovídá gestačnímu věku
2. Hypotrofické - porodní hmotnost novorozence je nižší než váha odpovídající gestačnímu věku
3. Hypertrofické - porodní hmotnost je vyšší než hmotnost podle stáří gestace (1, 5)

### ***1.3.2 Projevy nezralosti***

Nezralost u nedonošených dětí je na první pohled patrná jejími vnějšími projevy. Na kůži je patrné lanugo neboli ochmýření, které se u plodu objevuje v poslední fázi těhotenství a před porodem většinou vypadá. Není dokončené rýhování na ploskách nohou, objevuje se nezralost genitálu a mají měkké ušní boltce. Tyto děti ještě nemají plně vyvinutý sací, hledací a úchopový reflex.

Nedonošený novorozenec se vnějšímu prostředí přizpůsobuje hůře, než je tomu u novorozence fyziologického. Hlavní příčinou je nezralost orgánů a tkání. Novorozenec má problémy s dýcháním. Tyto problémy bývají odrazem nedostatku surfaktantu v alveolech a nedokončené stavby plic, což vede ke špatné výměně plynů. Častěji se objevují dyspnoe, hypersalivace, grunting neboli naříkavý nádech, tachypnoe a apnoické pauzy. Další významnou komplikací v péči o nezralého novorozence je termolabilita. Poměr mezi povrchem těla a váhou novorozence není v rovnováze. Tento nepoměr a nedostatek podkožního tuku způsobují, že se dítě snadno podchladí nebo naopak přehřeje. Novorozenec na chlad reaguje zvýšenou produkcí tepla, čímž dochází k několikanásobně vyšší spotřebě kyslíku. U podchlazeného dítěte se mohou objevit apnoické pauzy, hypoglykémie, cyanotické záchvaty, metabolická acidóza a to může vést až k metabolickému rozvratu. Kůže nezralého novorozence je velmi citlivá ke všem dezinfekčním prostředkům a mechanickému poškození. Ošetření dezinfekčním roztokem může na kůži způsobit rozsáhlé popáleniny. Na kůži mohou vznikat také eroze od neopatrného odstranění náplasti. Takovéto poškození pak může být vstupní branou infekce. Nezralost GIT způsobuje intoleranci stravy a dítě je většinou po porodu výhradně na parenterální výživě. Je to způsobeno nižším množstvím trávicích šťáv, zpomalenou motilitou střev a špatnou evakuací žaludku. Po zavedení krmení mlékem je vhodné dítěti dodávat mateřské mléko od vlastní matky, které je uzpůsobeno jeho potřebám a obsahuje více bílkovin a imunostimulačních složek. Vyměšování u těchto dětí se také liší. Smolka odchází déle, můžou to být až dva týdnu po porodu. Nezralá játra nejsou schopna vyloučit přebytek bilirubinu, který vzniká první dny po porodu a vzniká hyperbilirubenime, která má za následek žloutenku. U nezralého novorozence

se mohou vyskytnout různé metabolické problémy, jako je hypoglykémie či hypokalcémie. Všechny tyto parametry je třeba sledovat a snažit se předejít kritickým situacím, které by mohly nastat (8, 9, 15, 16).

#### ***1.4 Chronologický a korigovaný věk dítěte***

Při vyšetřování a sledování dítěte dětskými lékaři patří jeho věk k základním a významným údajům. Věkem u fyziologického novorozence se rozumí věk chronologický.

Chronologický věk je doba, která uběhne od narození dítěte ve dnech, v týdnech, měsících či letech.

Vzhledem k tomu, že nedonošené děti se rodí nezralé a jejich funkční dozrávání orgánových systémů trvá různě dlouhou dobu, nelze vystačit pouze s chronologickým věkem. Pokud bychom srovnávali donošeného novorozence s nedonošeným ve stejném chronologickém věku, nedonošené dítě by se opožďovalo ve vývoji hmotnosti, délky, motoriky, smyslového a psychického vývoje a vývoje charakteristik chování. Takové opoždění nám ovšem neukazuje na chybu vývoje, ale na špatnou metodu srovnávání. Z tohoto důvodu u nedonošených dětí věk chronologický upravujeme na tzv. korigovaný věk.

Korigovaný věk dostaneme, když od chronologického věku odečteme počet týdnů, o které se dítě narodilo předčasně. Znamená to, že pokud se dítě narodí v dokončeném 28. týdnu gestace, ve věku pěti měsíců je korigovaný věk dva měsíce. Jeho vývoj můžeme považovat za příznivý, pokud jeho vývojové vlastnosti odpovídají nejméně dvouměsíčním donošeným dětem.

Vývojové rozdíly mezi donošenými dětmi a jinak zdravými nedonošenými se v průběhu času smazávají. Korekce věku se proto u nedonošených dětí doporučuje používat během prvních dvou roků po porodu (17).



### 1.5 Vývoj hmotnosti a růst dítěte

Monitorování vývoje tělesné váhy a růstu dítěte je jednou ze základních možností sledování příznivě se vyvíjející poporodní adaptace a celkového vývoje dítěte na novorozeneckém oddělení i v péči praktického pediatra.

U fyziologického novorozence s normální poporodní váhou dochází několik dní k váhovému úbytku, který je z vývojového hlediska v pořádku. Tento úbytek činí obvykle kolem 10 %, maximálně 15 % z poporodní váhy novorozence. Nejvyšší úbytek je 2. až 4. den po porodu. Poté s nástupem kojení či příjmu umělého mléka začíná novorozenec kontinuálně přibývat na váze. Průměrný příbytek váhy v prvních třech měsících by měl být 100 – 250 g za týden.

U nedonošených dětí se také projevuje poporodní úbytek váhy, může být až 20% z poporodní váhy. K nejnižším hodnotám váha klesá obvykle až později, než je tomu u fyziologického novorozence. U výrazněji nedonošených dětí se klesání tělesné hmotnosti zastaví až kolem 7. až 14. dne po porodu. Počáteční přibývání na váze se projevuje také o něco déle s menšími hodnotami. U nedonošeného novorozence je tedy váhová křivka plošší, než je tomu u novorozence fyziologického.

Výraznější pokles hmotnosti u nedonošence v prvních dnech života je dán tím, že dochází k relativně větší ztrátě tekutin, než je tomu u fyziologického novorozence. Pro srovnání váha těla nedonošeného dítěte obsahuje kolem 80 % vody, zatímco u zralého novorozence je to o 10 % méně, tedy 70 %. Tento váhový vývoj platí zejména pro děti, které po porodu nepotřebují infúzní terapii. U dětí s parenterální výživou je úbytek váhy modifikován.

Pomalejší obrat k váhovému přírůstku u nezralých dětí způsobuje především zhoršená poporodní adaptace a s ní související prodloužené poporodní období katabolismu. Po stabilizaci a zavedení plné perorální výživy dosahuje nedonošenec průměrně stejného váhového přírůstku jako donošené děti, tedy 100- 250 g/týden. U dětí s vyšším váhovým deficitem se po určitou dobu může projevit růstový výšvih, tzv. „*catch-up-růst*“. Tento fenomén je spojen s výraznější nezralostí a delší poporodní adaptací, než je tomu u zdravého novorozence. Smyslem catch-up-růstu je dohnání toho, co nezralý novorozenec zameškal. Znamená to, že dítě v určitou dobu začne

přibývat rychleji a rychleji roste do délky. Podkladem pro tento zrychlený růst je vyšší konzumace mléčné výživy s nadprůměrným množstvím energie. Zatímco donošené dítě si vystačí s energetickým příjmem 30 až 120 kcal/kg/den, nedonošené dítě během catch-up-růstu přijme 130 až 150 kcal/kg/den. Catch-up- růst není jev univerzální a nejde proto zobecnit na všechny nezralé novorozence. Menšina nedonošenců, hlavně z nejnižších váhových skupin a děti výrazně hypotrofické mohou mít tempo růstu a přibývání na váze pomalejší a drobná postava jim může zůstat až do dospělosti. Sledování váhy je důležité na oddělení a mělo by pokračovat i po propuštění dítěte do domácí péče. U nedonošených by měla být váha sledována častěji, hlavně v prvních týdnech po propuštění. Zvýšená frekvence kontrol váhy je zvláště důležitá u kojených nedonošenců, kde si nejsme jisti efektivitou kojení.

Naměřené hodnoty hmotnosti váhy by měly být vždy měřené na stejných vahách. Rozdíl mezi jednotlivými přístroji může být až 100 g. Hodnocení hmotnosti dítěte by se mělo vztahovat k jeho tělesné délce. K posuzování používáme standardizované percentilové grafy, které se hodnotí vzhledem ke korigovanému věku a hodnotí růst do délky, vývoj váhy a obvod hlavy viz. příloha 2. Délka dítěte se průměrně zvětšuje o 1 cm týdně. Obvod hlavičky by měl respektovat percentilové grafy a jeho obvod by se měl zvětšovat přibližně o 0,5cm/týden. Pokud je strava dítěte adekvátní, růst hlavičky představuje obraz růstu CNS (17, 13, 23).

## **1.6 Výživa novorozence**

Pojem výživa v pediatrii znamená výživový stav dítěte nebo způsob, kterým je jeho výživa vedena. Správná výživa dětí je základem dobrého tělesného růstu a psychosociálního vývoje dítěte. Nedostatečná výživa může způsobit narušení dětského vývoje a jeho růstu. Nedostatečná výživa vede k malnutrici (podvýživě). Nadměrný příjem živin a energie naopak vede k nadváze a obezitě.

Základní složky výživy tvoří tuky, cukry, bílkoviny, minerální látky, vitamíny a voda. Výživu u dětí od narození do 1 roku můžeme rozdělit do tří období. Každé z těchto období trvá čtyři až šest měsíců. První období je období mléčné potavy, kdy stravu tvoří výhradně mateřské mléko. Druhé období je přechodné. Dítě začíná přijímat mimo mléka navíc také kašovitě nemléčné příkrmy. Ve třetím období se do stravy dětí začíná přidávat upravená strava dospělých, je to období smíšené stravy.

Doporučení plného kojení u dětí do věku šesti měsíců se shoduje s poznatky WHO/UNICEF. Mateřské mléko obsahuje optimální složení stravy a přináší pro dítě výhody. Při kojení se vytváří pevná vazba mezi dítětem a matkou. Kojení pomáhá dítěti v tvorbě imunitního systému a dá se považovat za prevenci civilizačních chorob, jako je ateroskleróza a diabetes mellitus (3, 6, 17, 20). Proto je důležité matku v kojení podporovat viz. Příloha 1 - 10 kroků k úspěšnému kojení.

### **1.6.1 Výživa a kojení u nedonošeného dítěte**

V současnosti věda považuje za nejpřirozenější a nejvhodnější výživu mateřským mlékem. Dítě má právo na kojení. Toto právo je zakotveno v úmluvě o právech dítěte, která je u nás platná od roku 1991, sbírka zákonů č. 104/1991, článek 24. Dítě má právo na mateřské mléko, je to potrava, která přesně odpovídá jeho potřebám. Matka i dítě mají tedy nárok na odpovídající péči před porodem i po porodu, která učí a usnadňuje správné kojení.

Jak již bylo zmíněno, optimální výživou pro nově narozené dítě je kojení. Stejně tak tomu je u dětí, které se narodily předčasně. Kojení u nedonošenců má ještě příznivější preventivní vliv, než je tomu u fyziologických novorozenců. V prvních týdnech nám mateřské mléko významně snižuje riziko výskytu nekrotizující

enterokolitidy. A i v dalších měsících snižuje výskyt závažných infekčních onemocnění, především střevních a respiračních.

Během pobytu dítěte na novorozeneckém JIP má být preferované mateřské mléko před umělou výživou. Příjem potravy u nedonošeného dítěte s extrémně nízkou porodní vahou stojí v prvních týdnech většinou na totální parenterální výživě. Enterální výživa se zavádí v různých časových intervalech v řádu několika dnů až týdnů po porodu. Enterální výživa je ze začátku zajišťována nazogastrickou sondou, ta se většinou používá do té doby, než se dosáhne určitého stupně vyzrálosti rozhodujících mechanismů, jako je termostabilita, koordinace reflexů, stabilita ventilace a cirkulace, správné dýchání a polykání. Pokud matka chce dosáhnout plného kojení, musí po porodu začít s odstříkáváním mléka a přikládáním dítěte k prsu hned, jak je to možné. Dosáhnout plného kojení u nedonošených dětí je obtížnější, ale pokud matka nerezignuje a dostane se jí plné podpory od personálu, není plné a dlouhodobé kojení vyloučené.

Plně kojené nedonošené děti, které do své péče přebírá pediatr, se mohou od donošených lišit. A proto se na jejich prospívání musí pečlivě dohlížet. Děti mají zpočátku menší dechovou frekvenci, proto kojení bývá zdlouhavější a dávky, které vypije, jsou nižší. Někdy je vhodné dítě ke kojení ještě dokrmit mateřským mlékem pomocí stříkačky, šálku nebo laktačních pomůcek.

Děti, které jsou po propuštění plně kojeny, mohou být ohroženy nedostatečnou laktací matky. Zvláště u prvorodiček, které odcházejí z porodnice s plným kojením, které ještě nebylo ověřeno jako dostačující a edukace matky nebyla dokončena, může u dítěte dojít k rozvoji hypertonické dehydratace kojených dětí, někdy až s fatálními důsledky. Proto je důležitá informovanost rodičů o počtu a pravidelnosti krmení a také počtu mokrých plen za den. Rodiče by s dítětem měli pravidelně navštěvovat pediatra a sledovat váhový přírůstek dítěte. (3, 10, 12, 14, 17)

### ***1.6.2 Kojení s fortifikací***

I přesto, že kojení má mnoho výhod a preventivních účinků, může být pro extrémně nezralého novorozence přechodně kaloricky a nutričně nedostatečné. Poznání, zda kojené dítě má dostatečnou výživu, není jednoduché, obecně platí, že děti s umělou výživou přibývají v prvním roce rychleji než děti kojené. K posouzení správného a dostatečného prospívání používáme srovnání s předpokládaným nitroděložním růstem a po dosažení 40. postkoncepčního týdne srovnání hmotnosti nedonošených s donošenými.

Fortifikace mateřského mléka se většinou rutinně používají v perinatologických centrech. Fortifikační přípravky zajišťují zvýšený příjem minerálů, proteinů a vitamínů, které potřebují rychle rostoucí nezralí novorozenci. Fortifikace bývá ukončena před propuštěním dítěte do domácí péče. (3, 17)

## ***1.7 Propuštění novorozence do domácího prostředí***

### ***1.7.1 Propuštění nedonošeného novorozence do domácí péče***

U nedonošených novorozenců je zdravotnická péče zcela individuální a odráží se od aktuálního stavu dítěte. Stejně tak je tomu při rozhodování o tom, kdy se propustí do domácího prostředí. Při tomto rozhodování hraje důležitou roli několik faktorů. Je to aktuální stav konkrétního pacienta, přístup lékařů na JIP a novorozeneckém oddělení a také možnosti rodiny a jejich zázemí.

V 50. a 60. letech 20. století ještě nebyla intenzivní péče o nedonošené děti. V této době se propouštění nedonošených řídilo dosaženou váhou, hranicí pro propuštění byla váha 2500 g. Zhruba o dvacet let později, kdy intenzivní péče o nezralé děti byla na svém počátku, se usilovalo o ponechání dětí v nemocnici alespoň do dosažení váhy 2300 g-2500 g. Dalším mezníkem pro propuštění byl předpokládaný termín porodu.

Vývoj neonatální péče a nárůst přeživších dětí tyto normy pro propuštění učinil za neúnosné a ze socio-psychologického hlediska nepřínosné. Dnešní neonatologové se

snaží docílit časnějšího propuštění dítěte z nemocnice domů, aby dítě mohlo být propuštěno, musí být plně stabilizováno. Takové dítě splňuje několik podmínek. Delší dobu přibývá na váze, má kompenzované dýchání bez apnoických pauz a bradykardie, jeho krevní oběh je v pořádku s pravidelnou srdeční frekvencí, je schopné si udržet tělesnou teplotu bez přídavných zdrojů tepla, je adaptované v příjmu potravy, tzn. že je zavedena plná orální výživa. Pokud dítě splňuje tyto podmínky, může být propuštěno do domácí péče o váze 1800-2000 g. Toto se většinou týká dětí s porodní váhou nad 900 g. Výhody časného propuštění novorozence spočívají především ve snížení negativních vlivů jednotky intenzivní péče na dítě, dítěti ji umožněn kontakt s rodinou a úspora financí za hospitalizaci. Časné propuštění předčasně narozeného má, ale i nevýhody a rodina musí dítěti věnovat zvýšenou péči. U těchto dětí je zvýšené riziko komplikací souvisejících s termoregulací (přehřátí, podchlazení), častěji se vyskytují apnoické pauzy, desaturace a syndrom náhlého úmrtí.

Další věc, která se týká nedonošených dětí, především těch extrémně a těžce nedonošených, největší vývojové riziko vykazují nedonošení, u kterých je při propuštění jedna z následujících morbidit. Především jde o již zmíněné poškození mozku krvácením a ischemií bílé hmoty, bronchopulmonální dysplazii, malnutrici, závažnější poškození nezralé sítnice oka a prodělanou závažnou infekci (17, 22).

### ***1.8 Dlouhodobé sledování dětí s vývojovým rizikem***

Vývoj nezralého dítěte se výrazně liší od vývoje dítěte zralého a liší se i péče o něj. Proto by měl být rodič při propuštění dítěte do domácí péče informován o situacích, které mohou nastat. Každé dítě od svého narození vysílá nějaké signály, kterými komunikuje s okolím. Signály nezralého novorozence se však mohou od dítěte narozeného v termínu lišit. Rodič se časem tyto signály naučí rozpoznávat. Některé předčasně narozené děti bývají neklidné, často pláčou a vyžadují častý tělesný kontakt. U donošeného novorozence se těmito znaky projevuje hlad či jiná potřeba, u nedonošeného tomu tak vždy není. Tyto děti vyžadují klidné prostředí bez rušivých elementů. Uklidňující je pro ně chování v poloze klubíčka s oporou hlavičky a zad. Tuto

polohu se rodiče naučí ještě při pobytu na neonatologii. Opačným pólem neklidných dětí jsou děti až nápadně „hodné“, téměř neplačící. Takové chování skrývá jisté nebezpečí, jelikož děti svůj hlad dávají najevo pouze výjimečně, rodiče musí hlídat pravidelnost krmení. Může se stát, že dítěti nedávají stravu tak často, jak by potřebovalo, a dítě pak neprospívá.

Základem v péči o předčasně narozené děti jsou pravidelné návštěvy praktického lékaře a dlouhodobé sledování ve speciálních ambulancích pro děti s rizikem poruchy vývoje. Kromě dětí nedonošených obvykle řadíme do skupiny novorozenců s vývojovým rizikem i tyto děti: Hypotrofičtí novorozenci se závažnou retardací intrauterinního růstu, novorozence, kteří prodělali závažnou porodní asfyxii a byli během porodu kříšeni, a novorozenci, kteří prodělali perinatálně nebo v novorozeneckém věku závažnou infekci. Tuto skupinu novorozenců přijímají do specializované ambulantní péče všechna vývojově zaměřená pracoviště při perinatologických centrech. V edukaci a informovanosti rodičů při propuštění o možném dalším vývoji jejich dítěte se prakticky neliší od nedonošených novorozenců (2, 3, 22, 26).

### ***1.8.1 Poradna pro děti s vývojovým rizikem***

V České republice fungují specializované ambulance určené pro děti s vývojovým rizikem. Tyto poradny většinou spadají pod intermediární a perinatologická centra. Tyto ambulance zajišťují dlouhodobé sledování dětí, které byly propuštěny z nemocnice a zajišťují jim následnou komplexní péči. V této souvislosti se můžeme setkat s termínem „follow-up“.

Další výhodou těchto ambulancí je zpětná vazba lékařům, které o dítě pečovali po dobu hospitalizace. Pro lékaře je povzbuzující, když vidí, že se dítěti daří i přes všechny nástrahy, které překonalo. Tyto pocity a povzbuzení pak může předávat rodičům, kteří jsou teprve na začátku cesty, která se zdá být plná beznaděje. Bohužel, zpětná vazba pro lékaře v rizikové ambulanci může být i negativního charakteru a je neméně důležitá. Lékař tak může zhodnotit pozdní následky léčby a dochází tak ke zlepšování léčebných postupů.

Hlavním lékařem bývá neonatolog, který dítě již zná a pečoval o něj po dobu hospitalizace. Poradna obvykle spolupracuje s dalšími specialisty, jako je pneumolog, neurolog, fyzioterapeut, alergolog, vývojový pediatr, psycholog, pracovníci sociální péče. Do poradny docházejí rodiče s dětmi přibližně jednou za 3 měsíce. Sledování v těchto ambulancích nenahrazuje péči pediatra nebo jiných odborníků, jedná se o superkonziliární pracoviště, které se zaměřuje na děti s vývojovými riziky.

U dětí se hodnotí především jejich somatický stav, růst a psychomotorický vývoj. Provádí se screening sluchu a zraku. Důležité je také neurologické vyšetření, které může odhalit centrální tonusové poruchy nebo poruchy koordinační. Psycholog stanovuje u dítěte rozvoj mentálních schopností. Ukázka ambulantní zprávy z centra vývojové péče viz. příloha 3.

Nejvíce potřebné jsou ambulance vývojové péče pro několik skupin dětí. Jsou to děti, jejichž porodní váha byla pod 1500 g nebo se narodily dříve než ve 32. týdnu těhotenství. Děti středně nezralé, narozené od 32. do 35. týdne těhotenství, jejichž vývoj nepostupuje, tak jak by měl. Děti, kterým se během porodu nedostávalo dostatečné množství kyslíku, tedy děti s asfyxií, nebo ty, které prodělaly závažnou infekci, jako je meningitida. Poradna pomáhá také dětem s vrozenými vývojovými vadami či s problematikou kombinovanou tzn. nezralost spojená s vrozenou vadou.

V České republice funguje přibližně osmnáct vývojových center. Každé pracoviště má svá specifika. V Nemocnici České Budějovice funguje tzv. vývojová ambulance, která spadá pod oddělení neonatologie. Do této ambulance docházejí rodiče s dětmi s porodní váhou pod 1500 g, dětmi s intrauterinní růstovou retardací, hmotnostně pod 10. percentil a po těžké perinatální hypoxii. Pravidelné návštěvy jsou v šesti a dvanácti měsících a ve dvou letech. Ambulance spolupracuje s velkým množstvím specializovaných lékařů, např. oftalmologem, ORL - audiologem, neurologem, psychologem, neurokineziologem a dalšími (2, 3).

### ***1.9 Diagnózy spojené s nezralostí***

Jak na tom miminko bude a kolik diagnóz mu přibude, na začátku nikdo neví. Jsou onemocnění, která se u nedonošených dětí vyskytují častěji, a onemocnění, která se



objevují vzácně. Všechna tato onemocnění mohou zkomplikovat vývoj dítěte, a proto se neonatologové snaží tyto problémy odhalit co nejdříve různými specializovanými vyšetřeními. Mezi nejčastější problémy nedonošených dětí patří poruchy dýchání (RDS) a poruchy oběhu. Tyto problémy se většinou dají dobře řešit již několik dní po porodu.

I u nezralých dětí se objevuje novorozenecká žloutenka, která může mít, díky nezralosti jater, delší průběh. Pokožka, nezralý imunitní systém a časté zákroky u dítěte (zavádění kanyl, sond) jsou vstupní branou pro infekce, proto je důležité dbát na hygienu před každým kontaktem s dítětem. První týden života miminka je nejrizikovější. Vzácně se můžeme setkat s komplikacemi, jako je krvácení do komorových prostor v mozku, periventrikulární leukomalácií (může se objevit i před porodem). U extrémně nezralých dětí se často setkáváme s nutností ventilační podpory, či inhalace kyslíku. Mezi další závažné diagnózy patří retinopatie nedonošených, což je onemocnění postihující sítnici. Retinopatie se většinou odhalí až u dětí, které jsou plně stabilizované, připravené k propuštění. O to více je tato diagnóza bolestivější (1, 2)

### ***1.9.1 Onemocnění dechového ústrojí***

#### *Syndrom dechové tísně (RDS)*

Toto onemocnění je u nezralých dětí velice časté, vyskytuje se až u 90 % narozených s porodní hmotností do 1 kg. Plícím nezralého miminka chybí látka zvaná surfaktant a mají menší množství plicních sklípků. Surfaktant je jemný lipidový film, kterým jsou vystlané plicní sklípky, a hraje nezastupitelnou roli ve výměně plynů. Surfaktant pomáhá plicním sklípkům držet je rozepjaté, a tím usnadňuje dýchání. Pokud je v plicích této látky nedostatek, dochází ke kolabování plicních sklípků a tvoří se atelektatická neboli nevzdušná ložiska, která mají tendenci se zvětšovat. U dětí s touto diagnózou se vyskytuje tachypnoe, tedy více než 60 dechů za minutu. V prvních dvanácti hodinách je to dokonce více než 70 dechů za minutu. Objevuje se také dyspnoe, neboli ztížené dýchání, které se projevuje propadajícími se mezižeberními prostory a vpadávající krční jamkou. Další známkou RDS může být grunting neboli vrnění, je to zvukový fenomén, který může připomínat nárek nebo chrochtání. Je způsoben výdechem proti uzavřené záklopce nad hrtanem. Dále se vyskytuje tachypnoe,

více než 160 úderů za minutu a centrální cyanóza. Pokud je průběh RDS těžší, novorozenec potřebuje podporu dýchání pomocí plicní ventilace. Při nedostatku surfaktantu v plicích můžeme tuto látku u nezralých novorozenců aplikovat formou léku přímo do plic. Současně s touto léčbou musí být kontrolovány hodnoty krevního tlaku, aby docházelo ke správnému prokrvení plic (2, 3, 24).

#### *Tranzitorní tachypnoe (TTN)*

Bývá také označována jako syndrom vlhké plíce. Je to onemocnění, které postihuje nedonošené děti, ale i děti narozené v termínu porodu, novorozence po císařském řezu, po asfyxii nebo děti diabetických rodiček. Příčinou je pozdní vstřebání plicní tekutiny v poporodním období. Typické bývá zrychlené dýchání do 100 dechů za minutu a může se objevit i mírná cyanóza. Toto onemocnění nebývá závažné a většinou není zapotřebí žádné terapie, stav novorozence se časem upraví sám. Málokdy bývá zapotřebí plicní ventilace (2, 3).

#### *Pneumothorax (PNO)*

Neonatální pneumothorax se nachází typicky u nezralých novorozenců. Příčinou tohoto stavu je maximální rezeptetivita plicních sklípků, které vede k jeho porušení a má za následek vniknutí vzduchu do hrudní dutiny s následným kolapsem, neboli splasknutím plic. Vzduch se většinou sám vstřebá. Pokud se tak neděje, může se přistoupit k jednorázovému nebo trvalému odsávání vzduchu (2, 3, 29).

#### *Plicní intersticiální emfyzém*

Je podobné onemocnění jako je pneumothorax, s tím rozdílem, že vzduch, který unikne z porušených plicních sklípků, se dostane pouze do plicní tkáně. Bývá to následek umělé plicní ventilace. Toto onemocnění bývá obtížně léčeno a často se u dětí, které tím trpí, rozvine chronické plicní onemocnění – Bronchopulmonální dysplazie (2, 3).

### *Apnoické pauzy*

Apnoe je přestávka dýchání, která trvá déle než 20 sekund. Bývá doprovázena sníženou akcí srdeční, objevuje se promodráání a svalová slabost. Apnoické pauzy mohou být způsobovány zúžením až neprůchodností dýchacích cest nebo nezralostí dechového centra v mozku. Často se tyto příčiny kombinují. Apnoické pauzy mohou být také znakem začínajícího infekčního onemocnění. U nedonošených dětí se tento problém vyskytuje často, a proto je třeba monitoring dechu. Apnoickým pauzám se dá předejít správným polohováním dítěte a odsáváním slin z dýchacího ústrojí. Pokud se u dítěte objeví pokles saturace, je třeba mu pomoci oxygenoterapií. Farmakoterapie spočívá v podávání kofeinu nebo teofylinu. Někdy je zapotřebí ventilační podpora distenčním tlakem nebo mechanickou ventilací (2, 3, 24).

### *Bronchopulmonální dysplazie (BPD)*

Toto onemocnění se vyskytuje velice často a postihuje hlavně novorozence s velmi nízkou a extrémně nízkou porodní váhou. Výskyt tohoto onemocnění je nepřímě úměrný porodní hmotnosti, postihuje 5 až 50 % silně nezralých dětí. Děti, u nichž se onemocnění vyskytne, bývají delší dobu závislé na kyslíku nebo ventilační podpoře, podle definice je to minimálně 28 dní. Nezralé plíce otékají a dochází ke ztluštění prostoru, ve kterém se vyměňuje kyslík a oxid uhličitý. Vznik onemocnění je multifaktoriální, kombinuje se mechanická a anatomická nezralost plicní tkáně s dalšími nepříznivými vlivy, mezi které patří aspirace plodové vody, infekce, mechanická ventilace, oxygenoterapie a další. Léčba BPD zahrnuje oxygenoterapii, ventilační podporu, kterou se snažíme zkrátit na co nejkratší dobu a vyhledat co nejšetnější zajištění ventilace, udržování rovnováhy vnitřního prostředí a náležitou výživu. Postupem času dochází k růstu a dozrávání plicní tkáně a mnoho dětí s touto diagnózou odchází z nemocnice bez nutnosti kyslíkové terapie. Pokud se stav novorozence nezlepšuje a jeho závislost na oxygenoterapii pokračuje, je možné zajistit kyslíkovou terapii v domácím prostředí, samozřejmě se souhlasem rodičů (2, 3, 4, 24, 30).

### **1.9.2 Onemocnění krevního oběhu a srdce**

#### *Perzistující tepenná dučej (PDA)*

Perzistující ductus arteriosus se často vyskytuje u nezralých novorozenců v časném poporodním období. Jedná se o komplikaci, která je spojená s nezralostí krevního oběhu. U dětí s porodní váhou nižší než 1000 g je 50 % těch, u kterých se po určité době po porodu PDA prokáže. PDA obvykle probíhá asymptomaticky a někdy je doprovázena mírnými příznaky, mezi které patří šelest, dušnost, tachykardie, hypotenze. V takovém případě je někdy nutné zahájit léčbu. V první fázi léčby se omezuje příjem tekutiny a novorozenci je podán indomethacin nebo ibuprofen, po které obvykle dojde k uzávěru dučeje. V ojedinělých případech, kdy opakované podání farmak není účinné, je nutné přistoupit k operativnímu řešení a provést ligaci dučeje. Po předání dítěte do péče pediatra je vhodné dítě nadále kontrolovat, zda nedochází k recidivě (17, 18).

### **1.9.3 Onemocnění zažívacího traktu**

#### *Pozdní odchod smolky*

Smolka neboli mekonium je první obsah střev, který se hromadí ve střevech novorozence po dobu, kterou stráví v děloze. Má tmavě zelenou, někdy až černou barvu a obsahuje sekrety z trávicího ústrojí a z dalších věcí, které plod napolyká spolu s plodovou vodou. Smolka by u donošeného novorozence měla být vyloučena do 48 hodin po porodu. U nedonošených to díky nezralosti orgánu může trvat i týden. Pokud by bříško miminka bylo vypouklé a smolka spontánně nevycházela, musí se tento problém začít řešit. Nejčastěji opatrným podáním klysmatu, kdy se smolka naředí mateřským mlékem nebo fyziologickým roztokem, což by mělo usnadnit její odchod z těla. Pokud smolka neodchází ani po provedeném klysmatu, může se jednat o mekoniový ileus. Smolka uvízne v horní části tenkého střeva. Tento stav je nebezpečný a může vést k poranění střevní stěny. V takovém případě musí následovat chirurgický zákrok (2, 24).

### *Gastroezofagální reflux*

Vyskytuje se často i u donošených dětí. U nezralých bývá častější. Ve většině případů je to pouze vývojová záležitost a po krátké době vymizí. Tento problém je způsoben nezralostí svěrače mezi žaludkem a jícnem. Způsobuje, že se natrávený obsah žaludku vrací zpět do jícnu až do úst dítěte a projevuje se zvracením. Pokud jsou problémy závažnějšího rázu a zvracení je spojené s neprospíváním, aspirací a opakovanými respiračními infekcemi, jsou třeba další vyšetření. Čtyřicetihodinová pH- metrie je vhodná ke stanovení diagnózy. Pokud se prokáže závažnější forma refluxu, většinou se přistupuje ke konzervativní léčbě a využívají se antirefluxová opatření (Zvýšená poloha, krmí se častěji v menších dávkách, po jídle se dítě nechává ve vertikální poloze 10-15 minut...). Při farmakologické léčbě se používá cisaprid, který zvyšuje tonus dolního svěrače v jícnu. Tato léčba je však sporná. K operační léčbě refluxu se přistupuje zcela výjimečně. Ve většině případů reflux sám vymizí v druhé polovině prvního roku dítěte (2, 17, 18)

#### **1.9.4 Onemocnění centrální nervové soustavy**

Mezi nejzávažnější poškození, která vznikají důsledkem předčasného porodu, je poškození CNS. Hypoxie dítěte může mít přímou souvislost s předčasným narozením dítěte, může ale postihnout i mozek donošeného dítěte (2).

#### *Intraventrikulární hemoragie (IVH)*

Tento patologický proces postihující mozek se nejčastěji vyskytuje u nedonošených dětí. Nezralostí tkáně v mozkových komorách dochází k velkému riziku poranění tkáně s následným krvácením do mozkových komor.

Ke vzniku IVH může přispívat nešetrná manipulace s dítětem, výkyvy krevního tlaku, apnoické pauzy, rychlé podání velkého množství tekutin, přítomnost perzistující tepenné dučeje atd.. IVH se u dítěte může projevit šokovým stavem, bledostí, respiračním distresem a může vést ke vzniku diseminované intravaskulární koagulaci. Zvýšený výskyt tohoto onemocnění je důvodem k rutinnímu sledování ultrazvukem mozku dítěte. K léčbě se užívají lumbální punkce. Pokud je krvácení závažnější, je nutný

chirurgický zákrok, provádí se ventrikulární punkce, komorová drenáž nebo se zavádí ventrikuloperitoneální shunt.

IVH se většinou popisuje ve čtyřech stupních. 1. až 4.. IVH 3. a 4. stupně je nejjzávažnější. Pokud se vyskytne krvácení takového rozsahu, je třeba obávat se dlouhodobých neurologických následků (DMO, mentální retardace) (17, 18).

### *Hydrocefalus*

Při tomto onemocnění může docházet k hromadění mozkomíšního moku v komorovém systému mozku, v takovém případě se jedná o hydrocefalus internus. Dalším místem, kde se může mozkomíšní mok hromadit, je mezi mozkem a dura mater, jedná se o hydrocefalus externus.

Vznik hydrocefalu může mít mnoho příčin. Vrozený se může vyskytovat samostatně nebo přidruženě jako součást různých syndromů. Může být i důsledkem prodělané infekce během těhotenství nebo zvýšené sekrece mozkomíšního moku.

U nedonošených dětí se nejčastěji vyskytuje posthemoragický hydrocefalus, který je důsledkem obstrukce mozkových cest po masivním intraventrikulárním krvácení.

Řešením může být opakovaná lumbální punkce, hlavně v případě, že blokáda mokových cest je částečná a dochází k postupné resorpci koagula. Pokud dojde k progresi nálezu, musí se přistoupit k operativnímu řešení. Pro dlouhodobé řešení problému neurochirurg zavádí ventrikuloperitoneální shunt. I po propuštění dítěte z nemocnice je třeba dlouhodobé sledování a měření obvodu hlavičky. Pokud by se vyskytlo zvětšení, je nutné vyšetření hlavy pomocí UZ (3, 17)

### **1.9.5 Hyperbilirubinemie**

Hyperbilirubinemie je zvýšení bilirubinu v krevním séru, způsobuje ikterus neboli žloutenku. Žloutenka je typická žlutým zbarvením sklér, kůže a sliznic (2).

### *Novorozenecká žloutenka*

Novorozenecká žloutenka většinou nastupuje 2. až 3. den po porodu. Je způsobena hromaděním bilirubinu v kůži novorozence a na dítěti je patrné žluté zbarvení.

Bilirubin vzniká při rozpadu červených krvinek a k jeho rozložení dochází v játrech. V době těhotenství se o bilirubin dítěte postarají játra matky, po narození si dítě musí poradit samo. Stává se, že funkčně nezralá játra dítěte nestíhají a dochází k nahromaděním bilirubinu, tento jev se nedá považovat za nemoc a časem vymizí.

U nedonošených dětí se tento typ žloutenky vyskytuje častěji a trvá až několik týdnů, než vymizí.

Intenzita ikteru se dá odhadnout podle zbarvení kůže, pro přesné stanovení se odebírá krev dítěte. K odstranění bilirubinu z krve se používá fototerapie (ozařování modrým světlem), světlo rozloží bilirubin, který je následně vyloučen z těla močí. Pokud by hladina bilirubinu v krvi překročila stanovenou mez, je nutné provést výměnou transfúzi krve (2, 3, 27).

### *Hemolytická nemoc*

Toto onemocnění vzniká v době intrauterinního vývoje. Příčinou je neshoda mezi krevními skupinami matky a plodu. Často se objevuje neshoda mezi Rh faktory, kdy matka je Rh negativní a plod Rh pozitivní. Pokud je neshoda výrazná, matka si začne tvořit protilátky proti plodu a tyto protilátky prostupují přes placentu k plodu, kde napadají červené krvinky a způsobují jejich rozpad, což vede k významné anemii u plodu. Pokud je anemie závažná a ohrožuje plod na životě, podává se mu transfuze skrz břišní stěnu matky do pupečnickové vény. Touto transfúzí se doplňují zničené erytrocyty. Po narození se u dítěte většinou hned nasazuje fototerapie a aplikují se mu imunoglobuliny, které na sebe váží protilátky od matky. Pokud je to nutné, nasazuje se výměnná transfúze (2, 3).

### *Cholestatický ikterus (Obstrukční žloutenka)*

Při tomto onemocnění roste hodnota přímého bilirubinu v krvi novorozence, tento typ bilirubinu vypovídá o poškození jaterních buněk a vždy se jedná o patologický stav. Tento ikterus může mít různou příčinu a může se vyskytovat jako doprovodné onemocnění jiných komplikací. U nedonošených dětí se obstrukční žloutenka často spojuje s dlouhodobou infuzní výživou, která trvá až několik týdnů a může mít na jaterní buňky nepříznivý vliv.

U tohoto onemocnění se stejně jako i u ostatních typů žloutenky objevuje žluté zabarvení kůže, sliznic a bělma. Dalším znakem obstrukční žloutenky je bílé zabarvení stolice, což je způsobeno poškozením jater. Jaterní buňky neprodukuje žluč.

Při léčbě je nejdůležitější najít příčinu onemocnění. Léčba bývá obtížná, zvláště pokud je příčinou infuzní výživa a dítě není schopno přijímat mléko. Usiluje se o to, co nejvíce zkrátit dobu této výživy a novorozenci jsou podávány různé preparáty na podporu funkce jater.

V závažných případech, kdy jsou u novorozence diagnostikovány chybějící žlučové cesty či neprůchodnost těchto cest, přistupuje se k chirurgickému zákroku (2, 3)

### **1.9.6 Další onemocnění související s nezralostí**

#### *Anemie u nedonošených*

Anemie je snížené množství červených krvinek a hemoglobinu v krvi. Anemie může mít více příčin. U nezralých dětí většinou vzniká důsledkem častých krevních odběrů. Dalším důvodem je nezralost kostní dřeně, ve které dochází ke krvetvorbě. Anemie se může prohlubovat při přítomnosti jiných onemocnění, například infekčních. U anemických novorozenců se nemusejí objevit žádné známky onemocnění, občas můžeme pozorovat výskyt apnoických pauz, zvýšenou srdeční frekvenci, nedokrvování a další. Pro přesnou diagnózu se provádí kompletní krevní obraz včetně nátěru periferní krve. Pokud anemie není příliš výrazná, snažíme se ji odstranit zvýšeným příjmem tekutin, dodáváním železa a dalších živin. Pokud se vyskytne vyšší stupeň anemie, podává se dítěti krevní transfuze (2, 3, 19, 25).



### *Retinopatie u nedonošených (ROP)*

Toto onemocnění je způsobeno mnoha faktory. Jedná se o neovaskularizaci a proliferativní změny na sítnici oka. ROP postihuje především extrémně nezralé novorozence s porodní vahou pod 1000 g narozených před 30. týdnem gestace. Příčina vzniku ROP není zcela jednoznačná. Za hlavní příčinu je považováno kolísání hladiny kyslíku v prvních týdnech života novorozence. Dále může významně přispět infekce, která oko postihne během porodu nebo po porodu. Retinopatii rozdělujeme na několik stupňů, čím vyšší stupeň je diagnostikován, tím je horší prognóza. Nejvyšším stupněm ROP je pátý stupeň, kdy dochází k totálnímu odchlípení sítnice a způsobuje totální slepotu. Léčba tohoto stupně není doposud možná. Pokud je diagnostikována ROP dříve, používá se kryopexie neboli zmrazení okrajové části sítnice, další možností je ošetření sítnice laserem. V 75 % se patologický proces podaří zastavit, u 25 % dochází k progresi ROP a vede k odchlípnutí sítnice s následnou slepotou. Prevencí tohoto onemocnění je řádně vedená oxygenoterapie a pravidelné kontroly oftalmologem. Pokud dítě prodělalo ROP, provádí se dlouhodobé sledování vzhledem k možnosti pozdních následků tohoto onemocnění (2, 3, 11).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cílem mé bakalářské práce je zhodnotit činnost centra vývojové péče z pohledu rodičů.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké rezervy spatřují rodiče v činnosti centra vývojové péče?

## **3 Metodika**

### **3.1 Použitá metoda**

V této bakalářské práci byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření pomocí nestandardizovaného rozhovoru. Otázky k rozhovoru vycházejí z teoretické části. Výhoda této metody je v tom, že otázky výzkumu mohou být zaměřeny přímo na téma daného případu a lze tak lépe vyjádřit vnímání šetřeného.

#### **3.1.1 Rozhovor**

Pro získání informací od respondentek byl použit polostrukturovaný rozhovor. Místo, kde byly rozhovory uskutečněny, si respondentky zvolily samy. Ve většině případů bylo pro rozhovor vybráno restaurační zařízení či kavárna, se dvěma respondentkami se rozhovor odehrával v domácím prostředí. Každý rozhovor trval přibližně jednu hodinu a s každou respondentkou byl proveden maximálně jeden rozhovor. Další komunikace proběhla pouze v případě chybějících či doplňujících informací.

### **3.2 Charakter zkoumaného vzorku**

Výzkumný soubor tvořilo celkem deset respondentek (R1-R10). Dotazované byly matky, jejichž děti byly po narození hospitalizovány se zdravotními komplikacemi na neonatologickém oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích a v současné době jsou zapojeny do péče pod centrem vývojové péče v nemocnici v Českých Budějovicích. Klíčovým faktorem pro výběr dotazovaných byl korigovaný věk dítěte nepřesahující hranici 24 měsíců.

## 4 Výsledky

### Respondentka 1.

Respondentka rodila poprvé. Ve 32. týdnu těhotenství ženě odtekla plodová voda a byla hospitalizována v nemocnici v Českých Budějovicích. Těhotenství bylo z důvodu patologického CTG záznamu ukončeno akutním císařským řezem. Ženě se narodil chlapec Šimon, jehož porodní váha byla 1880 g. Šimon společně s matkou strávil dohromady 30 dní na neonatologickém oddělení v Českých Budějovicích. Domů byl propuštěn bez zdravotních problémů.

1. Co pro Vás bylo po propuštění z nemocnice nejtěžší?

*„Na propuštění z nemocnice jsem se moc těšila. Myslím, že jsme vše zvládli dobře a neobjevil se žádný zásadní problém, se kterým bych si nevěděla rady.“*

2. Cítila jste se po propuštění z nemocnice dostatečně informovaná? Kdo Vám v nesnázích nejvíce pomohl?

*„Informovaná jsem byla dostatečně. Jediné, co mě mrzelo, že jsme z nemocnice odcházeli a nekojili jsme. Po návratu z nemocnice jsem zavolala soukromé porodní asistentce Olině Havlíčkové, která mi moc pomohla. Její zásluhou jsme se rozkojili a nepřestali jsme další rok a půl.“*

3. Navštěvujete ambulanci zaměřenou na vývojovou péči spadající pod neonatologické oddělení v nemocnici?

*„Ano, v ambulanci jsme byli dvakrát.“*

4. Jaký je Váš názor na činnost ambulance vývojové péče?

*„Vzhledem k tomu, že Šimonek je naštěstí zdravý, nepřisuzuji těmto kontrolám až takovou váhu“*

5. Co je pro Vás důležité v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Nevím, na tuto otázku nejsem schopná opovědět, zřejmě vlídný přístup personálu.“*

6. Vyhovuje Vám četnost návštěv těchto ambulancí?

*„Myslím, že pro nás by bylo zbytečné navštěvovat je častěji.“*

7. Setkala jste se někdy s nedostatkem informací v péči o miminko, které Vám byly na těchto specializovaných pracovištích podány?

*„Určitě ne. Když něco nevím, nejsem si jistá, tak se vždy zeptám.“*

8. Myslíte si, že specializovaná péče, která je Vašemu dítěti poskytována, je dostatečná?

*„Jsem přesvědčená o tom, že neonatologie je v naší republice na velice dobré úrovni.“*

9. Chybí Vám něco v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Asi ne...i když je pravda, že bych ocenila někoho, kdo by maminkám pomáhal s kojením.“*

10. V čem je pro Vás a Vaše dítě ambulance pro vývojovou péči přínosná? A v čem vidíte nedostatky?

*„Pro nás je přínosná v tom, že nám pomáhá se ujistit, že je Šimon v pořádku. Kromě podpory kojení žádné nedostatky nevidím.“*

11. Jak byste ohodnotila kvalitu péče ve vývojových ambulancích?

*„Velmi dobrá. Nemám žádné výhrady. Personál byl vždy velmi profesionální a vlídný.“*

12. Co byste změnila v systému péče o děti s vývojovým rizikem?

*„Neměnila bych nic.“*

13. Co byste uvítala jako přínosné v péči o Vaše dítě?

*„Nevím, od propuštění z nemocnice jsem se nesečkala s žádným velkým problémem.“*

Respondentka 2.

Žena rodila poprvé. Od začátku bylo těhotenství rizikové, jelikož žena čekala dvojvaječná dvojčata. Porod byl ukončen císařským řezem v 27+5 týdnu těhotenství z důvodu otevřených porodních cest a hrozící infekce. Narodili se dva chlapečci. V nemocnici na neonatologickém oddělení v Českých Budějovicích s maminkou strávili 10 týdnů. V nemocnici jim byla operována tříselná kýla. V současné době je dvojčátkům 7 měsíců korigovaného věku, cvičí Vojtovu metodu, jinak jsou bez zdravotních komplikací.

1. Co pro Vás bylo po propuštění z nemocnice nejtěžší?

*„Když jsme přišli domů, tak nejtěžší bylo rozvrhnout si čas. Na všechno jsem byla sama, žádné další ruce na pomoc. Přítel pracuje a nikoho v okolí nemám. A hlavně je to celkově velmi náročné s dvěma dětmi. Všechno trvá dlouho. Třeba krmení, už v nemocnici jsem neměla mléko a nakrmit oba z lahvičky mi ze začátku trvalo min. hodinu a půl. A to vstávání, nespali jsme celou noc a krmila jsem velmi často asi 6x za noc. Takže jsem spala třeba jen 3 hodiny. Sice pořád celou noc nespí, ale už je to lepší a ne tak časté.“*

2. Cítila jste se po propuštění z nemocnice dostatečně informovaná? Kdo Vám v nesnázích nejvíce pomohl?

*„Dostatečně informovaná jsem nebyla, stále jsem přicházela na nové věci. Hodně informací jsem načerpala z knížky o nedonošencích „Narodilo se předčasně“ od Mileny Dokoupilové.“*

3. Navštěvujete ambulanci zaměřenou na vývojovou péči spadající pod neonatologické oddělení v nemocnici?

*„Neonatologickou ambulanci navštěvujeme. Byli jsme tam na kontrole v půl roce korigovaného věku a předtím jsme tam docházeli 1x za měsíc na očkování na zvýšení imunity od listopadu do března. Další kontrola je v korigovaném roce.“*

4. Jaký je Váš názor na činnost ambulance vývojové péče?

*„Je dobře, že ambulance funguje, protože tam o nedonošencích vědí nejlépe.“*

5. Co je pro Vás důležité v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Vím, že se na lékaře v těchto ambulancích můžu kdykoliv obrátit a že mi poradí v případě, že bych si s něčím nevěděla rady.“*

6. Vyhovuje Vám četnost návštěv těchto ambulaní?

*„Myslím si, že četnost návštěv v ambulanci stačí, vzhledem k tomu, že navštěvujeme i jiné specialisty.“*

7. Setkala jste se někdy s nedostatkem informací v péči o miminko, které Vám byly na těchto specializovaných pracovištích podány?

*„S nedostatkem informací jsem se setkala v nemocnici ještě v době hospitalizace. Nedostatek informací se týkal hlavně kojení. Dle mého názoru tam chybí laktační poradkyně.“*

8. Myslíte si, že specializovaná péče, která je Vašemu dítěti poskytována, je dostatečná?

*„Myslím, že péče o moje děti je výborná.“*

9. Chybí Vám něco v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Na vývojovou ambulanci si nemůžu stěžovat. Pomohli mi, když jsem tam přijela s malým a zjistili u něj alergii na laktózu.“*

10. V čem je pro Vás a Vaše dítě ambulance pro vývojovou péči přínosná? A v čem vidíte nedostatky?

*„Jak jsem již psala, na ambulanci si nemůžu stěžovat, vždycky mi poradili a pomohli.“*

11. Jak byste ohodnotila kvalitu péče ve vývojových ambulancích?

*„ Ohodnotila bych ji jako velmi dobrou.“*

12. Co byste změnila v systému péče o děti s vývojovým rizikem?

*„Já jsem spokojená, ale vždy je co zlepšovat.“*

13. Co byste uvítala jako přínosné v péči o Vaše dítě?

*„Větší podporu kojení. Nic jiného mě nenapadá.“*

Respondetka 3.

Dotazovaná žena má první miminko. Před porodem byla 14 dní hospitalizovaná na oddělení rizikového těhotenství. Žena porodila ve 25+5 týdnu těhotenství. Narodila se holčička. Na neonatologickém oddělení holčička společně s maminkou strávila 11 týdnů. Nyní je holčičce 22 měsíců korigovaného věku a nemá žádné zdravotní potíže.

1. Co pro Vás bylo po propuštění z nemocnice nejtěžší?

*„Nejtěžší byla manipulace s miminkem. Byla malinká a neustále jsem se bála, že se jí něco stane.“*

2. Cítila jste se po propuštění z nemocnice dostatečně informovaná? Kdo Vám v nesnázích nejvíce pomohl?

*„Myslím, že informovaná jsem byla dostatečně. Nejvíce mi pomohly ženy, které se mnou byly hospitalizované na neonatologii, manžel a rodina“*



3. Navštěvujete ambulanci zaměřenou na vývojovou péči spadající pod neonatologické oddělení v nemocnici?

*„Ano, navštěvujeme.“*

4. Jaký je Váš názor na činnost ambulance vývojové péče?

*„Myslím si, že to má svůj význam. Nikdy nevíte, co se může stát a jestli se bude miminko vyvíjet dobře, takže je příznivé, že tady ten vývoj sledují.“*

5. Co je pro Vás důležité v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„To, že mají zkušenosti s nedonošenými dětmi a specializují se na péči o ně a na jejich vývoj“*

6. Vyhovuje Vám četnost návštěv těchto ambulančí?

*„Mohly by být častěji“.*

7. Setkala jste se někdy s nedostatkem informací v péči o miminko, které Vám byly na těchto specializovaných pracovištích podány?

*„Já osobně bych ocenila, kdyby už v nemocnici nám bylo lépe vysvětleno, jak se o dítě starat. Zvláště když jsou takhle malé. Návěk koupání, přebalování a další věci.“*

8. Myslíte si, že specializovaná péče, která je Vašemu dítěti poskytována, je dostatečná?

*„Myslím, že je na dobré úrovni.“*

9. Chybí Vám něco v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Nechybí.“*

10. V čem je pro Vás a Vaše dítě ambulance pro vývojovou péči přínosná? A v čem vidíte nedostatky?

*„Líbí se mi, že ta péče je propojená i s jinými specialisty. Nedostatky mě teď žádné nenapadají.“*

11. Jak byste ohodnotila kvalitu péče ve vývojových ambulancích?

*„Já jsem spokojená.“*

12. Co byste změnila v systému péče o děti s vývojovým rizikem?

*„Vadí mi, že pediatr není propojen s těmito ambulancemi a přistupuje k dítěti jako k jiným dětem. Já jsem dokonce měla doporučení, jak mojí holčičku naočkovat, ale pediatr toto doporučení neakceptoval a dávky jí podal jako ostatním dětem.“*

13. Co byste uvítala jako přínosné v péči o Vaše dítě?

*„Už mě asi nic nenapadá.“*

Respondentka 4.

Žena rodila podruhé. První dítě zemřelo několik dní po porodu na vrozenou vývojovou vadu srdce. Druhý chlapeček se narodil v nemocnici Tábor, byl propuštěn z nemocnice jako zdravé miminko. Při první kontrole pediatr zjistil, že má chlapeček problémy s pohyblivostí a odeslal dítě ke kontrole na neonatologické oddělení do Českých Budějovic. Tady byl chlapec vyšetřen a zjistilo se, že trpí dětskou mozkovou obrnou. Rodiče s dítětem pravidelně cvičí Vojtovu metodu. Nyní je chlapečkovi 23 měsíců.

1. Co pro Vás bylo po propuštění z nemocnice nejtěžší?

*„Nejtěžší bylo smířit se s tím, že má Milošek toto onemocnění.“*

2. Cítila jste se po propuštění z nemocnice dostatečně informovaná? Kdo Vám v nesnázích nejvíce pomohl?

*„Informovaná jsem si moc nepřipadala. Ale na neonatologii v Českých Budějovicích se mi snažili vše vysvětlit a byli velice vstřícní. Nejvíce mi pomohla paní doktorka Kolářová, která nám vysvětlila, jak je cvičení Vojtovy metody důležité“*

3. Navštěvujete ambulanci zaměřenou na vývojovou péči spadající pod neonatologické oddělení v nemocnici?

*„Byli jsme tam asi dvakrát na kontrole.“*

4. Jaký je Váš názor na činnost ambulance vývojové péče?

*„Vnímám to jako běžnou kontrolu.“*

5. Co je pro Vás důležité v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„To, že kontrolují vývoj dítěte a jsou schopni přibližně odhadnout, jak bude vývoj pokračovat.“*

6. Vyhovuje Vám četnost návštěv těchto ambulancí?

*„Vzhledem k tomu, že chodíme na kontroly k pediatrovi a dojíždíme k paní doktorce Kolářové, nemyslím si, že by bylo potřeba dojíždět do vývojovky častěji.“*

7. Setkala jste se někdy s nedostatkem informací v péči o miminko, které Vám byly na těchto specializovaných pracovištích podány?

*„Nevzpomínám si. Spíš ne.“*

8. Myslíte si, že specializovaná péče, která je Vašemu dítěti poskytována, je dostatečná?

*„Myslím, že ano. Ale vadí mi péče pediatra. Připadá mi nedostatečná. Na jiná pracoviště si nemůžu stěžovat“*

9. Chybí Vám něco v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Myslím, že ne.“*

10. V čem je pro Vás a Vaše dítě ambulance pro vývojovou péči přínosná? A v čem vidíte nedostatky?

*„Je dobré, že do těchto ambulancí dojíždějí děti s podobnými problémy, jako máme my. Lékaři vědí, jak k těmto dětem přistupovat a lépe se orientují v problémech, které máme. Co se týče nedostatků, ocenila bych, kdyby byl náš pediatr do této specializované péče také zasvěcen, byl více informován a snažil se k nám podle toho přistupovat.“*

11. Jak byste ohodnotila kvalitu péče ve vývojových ambulancích?

*„Myslím, že péče v těchto ambulancích je na dobré úrovni.“*

12. Co byste změnila v systému péče o děti s vývojovým rizikem?

*„Zapojila bych pediatra do této specializované péče.“*

13. Co byste uvítala jako přínosné v péči o Vaše dítě?

*„Mimo věci, které jsem již uvedla, jsem s péčí spokojená, takže mě nic nenapadá“*

Respondentka 5.

Dotazovaná žena má první miminko. Před porodem byla týden hospitalizovaná na oddělení rizikového těhotenství z důvodu vysokého tlaku. Těhotenství bylo ukončeno císařským řezem ve 27+3 týdnu těhotenství, vzhledem k diagnostikované preeklampsii. Narodila se holčička s porodní váhou 760 g. Holčička byla hospitalizovaná 12 týdnů na neonatologickém oddělení v Českých Budějovicích, maminka tam s ní byla až poslední tři týdny. Nyní je holčičce 13 měsíců korigovaného věku, rodiče stále čekají na výsledky některých vyšetření, ale zatím se zdá, že je vše v pořádku.

1. Co pro Vás bylo po propuštění z nemocnice nejtěžší?

*„Nejtěžší bylo se s miminkem naučit manipulovat a přestat se o něj bát.“*

2. Cítíte se po propuštění z nemocnice dostatečně informovaná? Kdo Vám v nesnázích nejvíce pomohl?

*„Myslím, že jsem v nemocnici dostala vysvětlení na všechny mé dotazy. Po propuštění mi nejvíce pomohl manžel a maminka.“*

3. Navštěvujete ambulanci zaměřenou na vývojovou péči spadající pod neonatologické oddělení v nemocnici?

*„Ano, myslím, že jsme tam byli dvakrát.“*

4. Jaký je Váš názor na činnost ambulance vývojové péče?

*„Jsem s jejich prací spokojená. Je dobře, že tato ambulance funguje.“*

5. Co je pro Vás důležité v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Asi nejdůležitější je, že jsou propojeny i s jinými specialisty, a tak si informace o mojí holčičce předávají mezi sebou. Lékaři v těchto ambulancích na mě působí jako lidé na svém místě. Denně se setkávají s dětmi, které mají podobné příběhy jako my, a proto se v problematice nedonošených dětí dobře orientují.“*

6. Vyhovuje Vám četnost návštěv těchto ambulancí?

*„Klidně bych do ambulance dojížděla častěji.“*

7. Setkala jste se někdy s nedostatkem informací v péči o miminko, které Vám byly na těchto specializovaných pracovištích podány?

*„Myslím, že ne. Většinou mi lékaři vše vysvětlili.“*

8. Myslíte si, že specializovaná péče, která je Vašemu dítěti poskytována, je dostatečná?

*„Myslím, že ano.“*

9. Chybí Vám něco v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Nevím, nic mě nenapadá.“*

10. V čem je pro Vás a Vaše dítě ambulance pro vývojovou péči přínosná? A v čem vidíte nedostatky?

*„Pro mě je přínosná v tom, že mám pocit, že péče, která je zde mému dítěti poskytnuta, je velice profesionální a že shromažďuje více specialistů dohromady. Nedostatky nevidím. Možná bych více zapojila našeho obvodního pediatra do tohoto systému“*

11. Jak byste ohodnotila kvalitu péče ve vývojových ambulancích?

*„Jsem s ní spokojená. Myslím, že celkově péče o nedonošené děti je v naší zemi na skvělé úrovni.“*

12. Co byste změnila v systému péče o děti s vývojovým rizikem?

*„Nevím, co bych změnila. Samozřejmě, vše se vyvíjí dopředu a stále je co zlepšovat.“*

13. Co byste uvítala jako přínosné v péči o Vaše dítě?

*„Nic mě nenapadá.“*

Respondentka 6.

Respondentka rodila podruhé. Žena porodila ve 28+3 týdnů těhotenství. Narodil se chlapeček vážící 980 g. Na neonatologickém oddělení byl chlapeček hospitalizován 10 týdnů. Maminka za ním na oddělení pravidelně docházela. Nyní je chlapečkovi 12 měsíců korigovaného věku a lékaři zatím neprokázali žádná zdravotní postižení.

1. Co pro Vás bylo po propuštění z nemocnice nejtěžší?

*„V péči o miminko asi nic. Většinu věcí jsme zvládali dobře. Honzík byl moc hodné miminko. Hůř jsem nesla nátlak okolí a jejich neustálé dotazy.“*

2. Cítila jste se po propuštění z nemocnice dostatečně informovaná? Kdo Vám v nesnázích nejvíce pomohl?

*„Nejvíce mi pomohla má rodina, především manžel. Další oporou pro mě byla má kamarádka porodní asistentka, která mi mnoho věcí vysvětlila a uklidnila mě.“*

3. Navštěvujete ambulanci zaměřenou na vývojovou péči spadající pod neonatologické oddělení v nemocnici?

*„Ano, byli jsme tam asi dvakrát na kontrole“*

4. Jaký je Váš názor na činnost ambulance vývojové péče?

*„Nevím, ze dvou návštěv se těžko posuzuje. Mám více zkušeností z jiných zdravotnických zařízeních.“*

5. Co je pro Vás důležité v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Pro mě je důležitá informovanost. Jsem ráda, když mi lékař vysvětlí, jaká vyšetření mému dítěti dělá a informuje mě o jeho zdravotním stavu.“*

6. Vyhovuje Vám četnost návštěv těchto ambulancí?

*„Myslím si, že návštěvy by mohly být častěji.“*

7. Setkala jste se někdy s nedostatkem informací v péči o miminko, které Vám byly na těchto specializovaných pracovištích podány?

*„Zatím ne. Většinou mi bylo vše vysvětleno“*

8. Myslíte si, že specializovaná péče, která je Vašemu dítěti poskytována, je dostatečná?

*„Snad ano.“*

9. Chybí Vám něco v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Asi ne.“*

10. V čem je pro Vás a Vaše dítě ambulance pro vývojovou péči přínosná? A v čem vidíte nedostatky?

*„Myslím, že je dobře, že jsou pracoviště, kde se zaměřují na nedonošené děti. Lékaři mají zkušenosti s těmito dětmi a lépe pak odhalí nějaké odchylky ve vývoji.“*

11. Jak byste ohodnotila kvalitu péče ve vývojových ambulancích?

*„Péče je dobrá.“*

12. Co byste změnila v systému péče o děti s vývojovým rizikem?

*„Nic mě nenapadá.“*

13. Co byste uvítala jako přínosné v péči o Vaše dítě?

*„Uvítala bych, kdyby se můj pediatr více zajímal o problematiku nedonošených dětí.“*

Respondentka 7.

Respondentka rodila podruhé. Ve 30. týdnu těhotenství byla žena hospitalizována v nemocnici v Českých Budějovicích z důvodu vysokého krevního tlaku a občasných bolestí hlavy. Vzhledem k tomu, že krevní tlak dosahoval kritických hodnot a lékaři zjistili, že se dítěti přestává dařit, bylo těhotenství ukončeno akutním císařským řezem. Narodila se holčička s porodní váhou 1520 g. Holčička byla hospitalizovaná na neonatologickém oddělení v Českých Budějovicích 5 týdnů. Matka za ní každý den docházela. Domů byla holčička propuštěna bez zdravotních obtíží. Nyní je holčičce 13 měsíců korigovaného věku.

1. Co pro Vás bylo po propuštění z nemocnice nejtěžší?

*„Nejtěžší bylo zvládnout obě děti na jednou. Manžel pracuje v zahraničí a doma mi moc nepomůže. Navíc jsem si moc přála malou kojit, a tak jsem to doma neustále zkoušela, což bylo psychicky i časově náročné. Nakonec jsem se smířila s tím, že kojit nebudu.“*



2. Cítíte se po propuštění z nemocnice dostatečně informovaná? Kdo Vám v nesnázích nejvíce pomohl?

*„Na informovanost si nemůžu stěžovat. V nemocnici mi vše vysvětlili. Po propuštění jsem byla odkázána spíše sama na sebe. O nedonošených miminkách jsem si hodně četla na internetu. Jediné, co mi chybělo, byla odborná pomoc ohledně kojení.“*

3. Navštěvujete ambulanci zaměřenou na vývojovou péči spadající pod neonatologické oddělení v nemocnici?

*„Myslím, že jsme tam byli dvakrát na kontrole.“*

4. Jaký je Váš názor na činnost ambulance vývojové péče?

*„Je to běžná kontrola, kde kontrolují, jak se dítě vyvíjí.“*

5. Co je pro Vás důležité v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Důležitý je pro mě přístup personálu a komunikace s ním.“*

6. Vyhovuje Vám četnost návštěv těchto ambulancí?

*„Stačí nám to takhle. Navštěvujeme našeho pediatra a další specialisty a také pravidelně dojíždíme do ordinace paní doktorky Kolářové, takže u lékařů strávíme spoustu času, a když není důvod, nevím, proč jezdit do ambulance vývojové péče častěji.“*

7. Setkala jste se někdy s nedostatkem informací v péči o miminko, které Vám byly na těchto specializovaných pracovištích podány?

*„Nesetkala. Lékaři mě většinou o všech vyšetřeních informovali a vysvětlili mi důležitost těchto vyšetření.“*

8. Myslíte si, že specializovaná péče, která je Vašemu dítěti poskytována je dostatečná?

*„Myslím, že péče o novorozence, zvláště o ty nedonošené, je u nás všude na skvělé úrovni.“*

9. Chybí Vám něco v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Asi ne.“*

10. V čem je pro Vás a Vaše dítě ambulance pro vývojovou péči přínosná? A v čem vidíte nedostatky?

*„Líbí se mi, že ve vývojové ambulanci potkáváme personál, který se o naši Aničku staral i v době hospitalizace, takže lékaři a sestřičky vidí vývoj naší holčičky už od narození.“*

11. Jak byste ohodnotila kvalitu péče ve vývojových ambulancích?

*„Výborná péče.“*

12. Co byste změnila v systému péče o děti s vývojovým rizikem?

*„Nic bych neměnila. I když bych ocenila někoho, kdo by nám v nemocnici a po propuštění pomáhal s kojením, ale to asi není reálné.“*

13. Co byste uvítala jako přínosné v péči o Vaše dítě?

*„Kromě toho kojení mě nic jiného nenapadá.“*

Respondentka 8.

Respondentka rodila poprvé. Žena byla hospitalizovaná na rizikovém oddělení v Českých Budějovicích ve 27. týdnu těhotenství. Růst plodu se zdál být o tři týdny opožděný a po několika vyšetřeních se zjistilo, že průtoky pupečnickem nejsou odpovídající. Těhotenství bylo ukončeno ve 28+2 týdnu těhotenství císařským řezem. Narodila se holčička vážící 960 g. Miminko strávilo 9 týdnů v nemocnici, maminka za ním pravidelně chodila a „klokánkovala“, poslední dva týdny strávila v nemocnici

s ním. Domů si respondentka odnášela miminko, které bylo stabilizované a hezky přibývalo na váze. Nyní je holčičce 18 měsíců korigovaného věku.

1. Co pro Vás bylo po propuštění z nemocnice nejtěžší?

*„Obavy o miminko. Z nemocnice jsem byla malinko vystresovaná, a tak jsem malou neustále kontrolovala a pozorovala.“*

2. Cítila jste se po propuštění z nemocnice dostatečně informovaná? Kdo Vám v nesnázích nejvíce pomohl?

*„Ano, sestřičky v nemocnici byly moc milé. Naučily mě a ukázaly, co jsem potřebovala.“*

3. Navštěvujete ambulanci zaměřenou na vývojovou péči spadající pod neonatologické oddělení v nemocnici?

*„Ano“*

4. Jaký je Váš názor na činnost ambulance vývojové péče?

*„Myslím si, že kontroly v ambulancích u neonatologie mají svůj význam. Specializují se tam na předčasně narozené děti, a tak můžou nejlépe pohlídat vývoj mé holčičky.“*

5. Co je pro Vás důležité v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Asi právě ta specializace na vývoj nedonošeného dítěte.“*

6. Vyhovuje Vám četnost návštěv těchto ambulaní?

*„Klidně bych tam na kontroly dojížděla s malou častěji, ale asi není důvod, když si nás takhle zvou.“*

7. Setkala jste se někdy s nedostatkem informací v péči o miminko, které Vám byly na těchto specializovaných pracovištích podány?

*„Ne.“*

8. Myslíte si, že specializovaná péče, která je Vašemu dítěti poskytována, je dostatečná?

*„Asi ano. Nejsem odborník, takže nemohu posoudit, jestli byla péče o malou maximální, ale z mého pohledu byla.“*

9. Chybí Vám něco v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Nechybí mi nic.“*

10. V čem je pro Vás a Vaše dítě ambulance pro vývojovou péči přínosná? A v čem vidíte nedostatky?

*„Líbí se mi, že je systém péče propojen i s dalšími specialisty a ti se díky tomu dobře orientují v problematice.“*

11. Jak byste ohodnotila kvalitu péče ve vývojových ambulancích?

*„Myslím, že péče je dobrá. Alespoň my jsme spokojeni. Pro našeho kuliška udělali lékaři strašně moc.“*

12. Co byste změnila v systému péče o děti s vývojovým rizikem?

*„Nic.“*

13. Co byste uvítala jako přínosné v péči o Vaše dítě?

*„To nevím. Mně přijde, že je péče dostatečná.“*

Respondentka 9.

Respondentka rodila potřetí. Těhotenství jí lékaři ukončili kvůli diagnostikované preeklampsii a zhoršujícím se výsledkům vyšetření miminka v 31. týdnu těhotenství. Narodila se holčička Terežka s porodní váhou 1120 g. Terežka strávila na neonatologickém oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích necelých osm týdnů, maminka tam byla poslední 3 týdny hospitalizována společně s ní. Předtím než měla

žena možnost být v nemocnici stále s ní, malou navštěvovala, nosila jí odstříkané mléko a klokánkovala. Když přišlo propuštění, byla celá rodina moc šťastná. Holčička měla šelest na srdíčku, ale kromě toho žádné jiné zdravotní problémy neměla. Dnes je holčičce 9 měsíců korigovaného věku, šelest zmizel a holčička kromě cvičení Vojtovy metody žádnou jinou léčbu nemá. Je zdravá, veselá a rodičům i sourozencům dělá samou radost.

1. Co pro Vás bylo po propuštění z nemocnice nejtěžší?

*„Nebylo to pro mě těžké. Spíš naopak, poté co nás z nemocnice propustili, ze mě spadl všechen stres a já byla šťastná, že snad bude vše v pořádku a že můžeme být konečně všichni pohromadě.“*

2. Cítila jste se po propuštění z nemocnice dostatečně informovaná? Kdo Vám v nesnázích nejvíce pomohl?

*„Nepociťovala jsem, že bych něco nevěděla. O zdravotním stavu Terezky mě v nemocnici pravidelně informovali. Pomáhala celá rodina, mám dvě starší děti a ty se snažily do péče zapojovat a i teď mi pomáhají.“*

3. Navštěvujete ambulanci zaměřenou na vývojovou péči spadající pod neonatologické oddělení v nemocnici?

*„Byli jsme tam jednou na kontrole.“*

4. Jaký je Váš názor na činnost ambulance vývojové péče?

*„Jsem za ni ráda. Na kontrole ve vývojovce jsme se setkali s lékařkou a se sestřičkami, které jsme již znali z oddělení. Bylo to milé. Těmto lidem vděčím za to, že je Terezka teď zdravá, a proto k nim chovám plnou důvěru.“*

5. Co je pro Vás důležité v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„To, že jsou tam lékaři, kteří se specializují na nedonošené děti, a proto nejlépe ví, jak jim pomoci.“*

6. Vyhovuje Vám četnost návštěv těchto ambulancí?

*„Terezka je v pořádku, a tak není důvod tam jezdit častěji.“*

7. Setkala jste se někdy s nedostatkem informací v péči o miminko, které Vám byly na těchto specializovaných pracovištích podány?

*„Nesetkala. Když mi nebylo něco jasné, zeptala jsem se a vše mi bylo vysvětleno.“*

8. Myslíte si, že specializovaná péče, která je Vašemu dítěti poskytována je dostatečná?

*„Myslím, že ano.“*

9. Chybí Vám něco v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Ne. Myslím, že systém péče o nedonošené děti je velmi dobře propracovaný.“*

10. V čem je pro Vás a Vaše dítě ambulance pro vývojovou péči přínosná? A v čem vidíte nedostatky?

*„To, že je to setkání s neonatologem, kteří se každodenně setkávají s dětmi, které se narodily dřív. Mají proto zkušenosti s těmito dětmi. Je to pro mě uklidňující. Nemůžu si stěžovat na našeho pediatra, ale přijde mi, že o této problematice nic neví a proto hodnotí Terezku stejně jako ostatní. Je tedy fajn se setkat i s někým, kdo se na nedonošené děti specializuje. Nevím, na co bych si jiného stěžovala.“*

11. Jak byste ohodnotila kvalitu péče ve vývojových ambulancích?

*„Skvělá péče.“*

12. Co byste změnila v systému péče o děti s vývojovým rizikem?

*„Nic.“*

13. Co byste uvítala jako přínosné v péči o Vaše dítě?

*„Jsem s péčí spokojená. Na zdravotnické péči o nedonošené bych nic neměnila. Samozřejmě se medicína stále vyvíjí dopředu a je nutné jít s dobou.“*

## Respondentka 10

Respondentka rodila poprvé. Ve 33. týdnu těhotenství musela žena vzhledem ke špatné funkci placenty podstoupit císařský řez. Narodil se jí chlapeček vážící 1290 g. V nemocnici v Českých Budějovicích strávil chlapeček společně s maminkou 6. týdnů. V tomto období musel podstoupit několikrát léčbu antibiotiky a také mu byly několikrát podávány transfuze. Když byl chlapeček propuštěn domů, byl to pro něj i pro maminku nejšťastnější okamžik. Nyní je chlapečkovi 11 měsíců korigovaného věku, pětkrát denně cvičí Vojtovu metodu, užívá železo a dělá rodičům samou radost.

### 1. Co pro Vás bylo po propuštění z nemocnice nejtěžší?

*„Měla jsem strach o moje miminko. Uvědomovala jsem si, že nedonošená miminka mohou mít problémy v budoucnu, a proto jsem se musela psychicky srovnat s touto skutečností..“*

### 2. Cítila jste se po propuštění z nemocnice dostatečně informovaná? Kdo Vám v nesnázích nejvíce pomohl?

*„Už si nevzpomínám, jestli jsem věděla vše, co jsem potřebovala, ale myslím, že ano. Nejvíce mi pomohla soukromá porodní asistentka Olina Havlíčková. Když jsem něco nevěděla, volala jsem jí.“*

### 3. Navštěvujete ambulanci zaměřenou na vývojovou péči spadající pod neonatologické oddělení v nemocnici?

*„Ano, byli jsme tam asi dvakrát na kontrole.“*

### 4. Jaký je Váš názor na činnost ambulance vývojové péče?

*„Kontroly v této ambulanci mi přinášejí uklidnění, protože tam chodí děti se stejnými problémy. Lékaři na těchto pracovištích nejlépe vědí, jak to s takovými dětmi je. Vypadá to, že se naštěstí vše vyvíjí, jak má.“*

5. Co je pro Vás důležité v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Že se lékaři lépe orientují v problematice nedonošených dětí, a proto jsou schopni spíše odhalit nějaký problém než dětský pediatr. V toho takovou důvěru nemám.“*

6. Vyhovuje Vám četnost návštěv těchto ambulančí?

*„V mém případě mi návštěvy připadají dostatečně časté.“*

7. Setkala jste se někdy s nedostatkem informací v péči o miminko, které Vám byly na těchto specializovaných pracovištích podány?

*„V centru mi odpověděli na všechny mé otázky.“*

8. Myslíte si, že specializovaná péče, která je Vašemu dítěti poskytována, je dostatečná?

*„Věřím v to, že lékaři dělají maximum pro mé dítě.“*

9. Chybí Vám něco v péči o Vaše dítě v ambulancích vývojové péče?

*„Asi ne, v ambulancích je vše, jak má být. Navíc díky tomu, že u nás funguje soukromá porodní asistentka, jsem některé problémy konzultovala s ní.“*

10. V čem je pro Vás a Vaše dítě ambulance pro vývojovou péči přínosná? A v čem vidíte nedostatky?

*„To, že péče je komplexní a spolupracuje s řadou dalších specialistů, ke kterým nás, když se jim něco nelíbí, posílají. Žádné nedostatky nevidím.“*

11. Jak byste ohodnotila kvalitu péče ve vývojových ambulancích?

*„Já jsem s nimi měla pouze dobré zkušenosti, proto si nemůžu na nic stěžovat. Myslím si, že péče je na dobré úrovni.“*

12. Co byste změnila v systému péče o děti s vývojovým rizikem?

*„Nevím, co bych změnila.“*



13. Co byste uvítala jako přínosné v péči o Vaše dítě?

*„Nevím. Je skvělé, že my máme k dispozici porodní asistentku, ale vím, že ne všichni se k ní dostanou. Proto si myslím, že by jich mělo být víc.“*

## 5 Diskuze

Vzhledem k tomu, že se každý rok z lůžkové péče propouští několik stovek dětí s vývojovým rizikem, je důležité, aby péče, která je těmto dětem po propuštění z nemocnice poskytována, byla neustále zkvalitňována.

Podařilo se mi provést rozhovor s deseti ženami, jež jsou matkami dětí s vývojovým rizikem, především dětí nedonošených, a pravidelně se svými dětmi navštěvují centrum vývojové péče, které je přiřazeno k neonatologickému oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích. Mé respondentky byly velice vstřícné a snažily se mi přiblížit své zážitky a pocity, které prožívají při návštěvě centra vývojové péče.

Na propuštění z nemocnice se bez pochyby všichni rodiče nedonošených dětí moc těší. Ale po příchodu domů péči o miminko každý vnímá jinak. Tři respondentky neměly žádné problémy po propuštění a chvílky s miminkem si naplno užívaly. Dvě dotazované uvedly, že pro ně nebylo lehké vše zvládat časově. Nedonošená miminka někdy potřebují více času, a proto, když jsou ještě navíc hned dvě, je třeba naučit se trpělivosti. Nedonošené děti jsou ve srovnání s donošenými daleko menší a manipulace s nimi může být ze začátku obtížná, alespoň dvě dotazované maminky to tak cítily. Nezralost u dětí může skrývat mnohé nástrahy a komplikace, které se objeví až časem. Vyrovnat se s tímto faktem není pro matky nedonošených dětí vůbec jednoduché. Myslím si, že narození nezralého dítěte je pro rodiče jednou z nejtěžších zkoušek, která je může potkat. Není divu, že propuštění jejich dítěte z nemocnice je pro ně radostnou událostí a že si své dítě neustále hlídají a střeží ho.

Více než polovina dotazovaných maminek neměla problémy v tom, že by nevěděly, co se s jejich miminkem děje. Ošetřující personál jim ochotně zodpověděl jejich dotazy. Některé respondentky čerpaly informace z internetu a z knih. Velkou oporou pro matky nedonošených dětí je jejich rodina a manžel. Tři dotazované ženy uvedly, že jim velmi pomohla návštěva soukromé porodní asistentky. V rozhovoru také padlo jméno paní doktorky Kolářové, která se specializuje na cvičení Vojtovy metody. Oporou si mohou být ženy nedonošených dětí navzájem, jak uvedla jedna respondentka. Podle mého názoru je velmi důležité, aby matky byly informovány o zdravotním stavu svého dítěte a znaly postupy, které lékaři při péči o jejich dítě používají. Přispívá to

k lepší důvěře, kterou rodiče k ošetřujícímu personálu chovají. Mile mě překvapily odpovědi respondentek, které se týkaly soukromé porodní asistentky. Jsem přesvědčená o tom, že soukromých porodních asistentek věnujících se komunitní péči by mělo být daleko víc.

V dalších bodech rozhovoru jsem se zaměřila na zhodnocení vývojových center. Vzhledem k tomu, že všechny dotazované ženy minimálně jednou navštívily centrum vývojové péče, mohly si na jeho činnost vytvořit vlastní názor. Většina respondentek kontroly ve vývojové ambulanci vnímá příznivě, dvě z nich jako běžnou kontrolu, pouze jedna maminka dala najevo, že nepřikládá těmto návštěvám moc velkou váhu. Návštěvy jsou pro maminky důležité vzhledem ke specializaci zdravotníků a jedna uvedla, že je příjemné setkávat se s personálem, který již znají z nemocnice z doby hospitalizace. Nejdůležitějším faktorem péče, který matky na centrech spatřují, je specializace odborníků na nedonošené děti. Další věc, která je pro respondentky důležitá, je přístup personálu k rodičům a dětem. Rodiče chtějí mít co nejvíce informací o tom, jak se vyvíjí zdravotní stav jejich dětí. Jednou z dalších výhod, která byla respondentkami zmíněna, je propojenost systému v ambulanci s dalšími specialisty nemocnice, kteří o dítě pečují.

Z rozhovoru s respondentkami vyplynulo, že většina je spokojená s četností návštěv ambulancí vývojové péče a nevidí důvod, proč do nich dojíždět častěji. Pouze tři respondentky uvedly, že by do centra dojížděly častěji. Podobně je tomu s informovaností, respondentky jsou přesvědčeny, že v ambulancích je jim podán dostatek informací. Chybí jim ale edukace v oblasti péče o novorozence, a to ještě v době hospitalizace. Souhlasím s těmito názory. Pokud to není nutné, nevidím důvod, proč by mělo dítě trávit více času ve zdravotnickém zařízení. Návštěv u specialistů je ze začátku opravdu dost. Z praxe vím, že se personál snaží činnosti, které se dítěte týkají, rodiče naučit. Ale je možné, že ne pro každého rodiče je tato edukační činnost dostatečná. V takových případech by měla fungovat erudovaná porodní asistentka či terénní dětská sestra, která po propuštění dětí z nemocnice rodinu navštíví a pomůže jí zvládnout počáteční nervozitu.

Z mého výzkumného šetření vyplynulo, že respondenty jsou s kvalitou poskytované péče v centrech vývojové péče spíše spokojené. Jedna z respondentek uvedla, že by ocenila větší podporu kojení. Ovšem podle mého názoru to není věc, která by se týkala center vývojové péče. Podpora kojení by měla začít již v době hospitalizace na oddělení a kontinuálně pokračovat po propuštění domů.

Jako přínosné v ambulancích vývojové péče uváděly respondenty především komplexnost péče. Navíc se s lékaři nevidí poprvé, takže je pro ně snazší jim důvěřovat. Lékaři i sestry pracující na neonatologickém oddělení vidí vývoj dítěte od narození, prožívají spolu s rodiči radosti i strasti dětí, kterým se chtělo na svět o něco dříve než jiným dětem. Oceňují to, že lékaři znají problémy jejich dětí již od narození a dokážou tak lépe odhadnout jejich stav a vývoj. Proto si myslím, že je pro obě strany příjemné a přínosné, když se mohou znovu setkat a sledovat vývoj dítěte i další roky jeho života. Dalším pozitivem tohoto shledání je, že lékaři vidí, kam vývoj dítěte směřuje a mohou si díky tomu odvodit závěry léčby. Autorka knihy Narodilo se předčasně Milena Dokoupilová (2) píše „Druhým hlavním důvodem pro zřizování rizikových poraden je zpětná vazba pro lékaře - neonatology, a to v pozitivním i v negativním smyslu slova. Je velice povzbuzující sledovat, jak se vašemu dítěti přes všechny nástrahy, které muselo překonat, dobře daří, vědět, že přes počáteční beznaděj je někde na konci obrovská naděje, že se bude dobře vyvíjet, moci tuto naději předávat rodičům, kteří stojí teprve na začátku té dlouhatánské cesty...Je ale taky jedinou cestou ke zhodnocení pozdních následků léčebných postupů, a tím vede ke stálému zdokonalování péče.“

Ve výzkumném šetření jsem se také ptala respondentek, jak by ohodnotily péči v centrech vývojové péče. Odpovědi byly jednoznačné. Žádná z dotazovaných žen nepochybuje o kvalitě péče, která je nedonošeným dětem a ostatním dětem s vývojovým rizikem v ambulancích poskytována. Uvítaly by někoho, kdo by se jim více věnoval v oblasti péče a výživy novorozence. Několik respondentek během rozhovoru upozornilo na péči svého pediatra. Vadí jim, že pediatr není zapojen do specializované péče o děti s vývojovým rizikem. Autor knihy Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra Ivan Peychl (17) ve své knize uvádí „Optimální je návštěva praktického pediatra na novorozeneckém oddělení ještě před propuštěním, kde může

proběhnout první vyšetření dítěte praktikem s možností diskuze o specifických potřebách péče o konkrétní dítě“.

Vzhledem k tomu, že každá rodina je trochu jiná a jejich příběhy se liší, je nutné brát na vědomí tuto skutečnost a každého hodnotit idividuálně. Během mého šetření jsem zjistila, že se však mnohé odpovědi respondentek shodovaly a pomohly mi tak stanovit závěr mé práce.

## 6 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zhodnotit činnost centra vývojové péče z pohledu rodičů. Z mého výzkumu vyplynuly tyto skutečnosti:

Výzkum prokazuje oprávněnost fungování vývojové ambulantní péče při velkých neonatologických pracovištích. Činnost těchto pracovišť je rodiči prakticky ve všech aspektech přijímána velmi příznivě.

Na položenou výzkumnou otázku lze odpovědět následujícím způsobem.

1. Bylo by vhodné zajistit větší angažovanost výživových a laktačních poradkyň, zaměřené na nedonošené novorozence a ostatní novorozence s vývojovým rizikem.
2. K odstranění další rezervy by byla větší podpora činnosti porodních asistentek a dětských sester provádějící komunitní péči, které by byly pravidelně školeny ve specifikách péče o tuto skupinu dětí.
3. Jako důležité také vidím trvalou snahu o větší zapojení PLDD do spolupráce s centrem vývojové péče.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. a kol. *Porodnictví: 2. přepracované a doplněné vydání*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
2. DOKOUPILOVÁ, M., FIŠÁRKOVÁ, B., NOVOTNÁ, L. a kol. *Narodilo se předčasně: Průvodce péčí o nedonošené děti*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-552-3.
3. DORT, J. a kol. *Neonatologie- vybrané kapitoly pro studenty LF*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 101 s. ISBN 80-246-0790-5.
4. DORT, J., DORTOVÁ, E. , *Dlouhodobé zkušenosti s využitím domácí oxygenoterapie v léčbě nedonošených dětí s bronchopulmonální dysplazií* [online]. *Pediatric pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 2, s. 114-117.[cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2009/02/13.pdf>
5. FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 1.vyd. Brno: NCO NZO Brno, 2004. 87 s. ISBN 80-7013-405-4.
6. FENDRYCHOVÁ, J. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3940-3.
7. GREGORA, M., DOKOUPILOVÁ M. *Vývoj dítěte do jednoho roku: Jak to vidí lékař a jak táta*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 152 s. ISBN 978-80-247-3699-0.
8. CHOLEVOVÁ, J.,KUČOVÁ J. Ošetrovatelská péče o nezralého novorozence. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 9, s. 42 – 43. ISSN 1210-0404.

9. KŘÍŽANOVÁ, I., PULKRABOVÁ, V., ŠTĚDRONSKÁ, K.,. Ošetrovatelská péče o extrémně nezralého novorozence. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 6, s. 6-7. ISSN 1210-0404.
10. LAKTAČNÍ LIGA. *Metodické doporučení pro ČR* [online]. [cit. 2013-05-01]. Dostupné z : <http://www.kojeni.cz/doporuceni.php>
11. LILÁKOVÁ, D., *Zrakové vady u nedonošených dětí* [online]. LékařiOnline.cz. 9.9.2009 [cit. 2013-04-01]. Dostupné z: <http://www.lekari-online.cz/ocni-lekarstvi/novinky/zrakove-vady-u-nedonosenyh-deti>
12. MEDELA, *Výživa nedonošených dětí* [online]. ©2007-2013 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z : <http://www.dnformed.cz/medela/nedonosene-deti/?kojeni-nedonosenyh-deti>
13. MEDICABAZE. *Nedonošený novorozenec-následná péče* [online]. © 2007 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: [http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term\\_detail&categId=37&cname=Pediatrie&pgn=30&termId=3051&tname=Nedono%C5%A1en%C3%BD+novorozenec+-+n%C3%A1sledn%C3%A1+p%C3%A9%C4%8De&h=empty#jump](http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=37&cname=Pediatrie&pgn=30&termId=3051&tname=Nedono%C5%A1en%C3%BD+novorozenec+-+n%C3%A1sledn%C3%A1+p%C3%A9%C4%8De&h=empty#jump)
14. MICHELENA, M. *První rok pro celý život: Tajemný citový život matky a jejího dítěte*. 1. vyd. Brno: ERA group, 2006. 144 s. ISBN: 80-7366-041-5.
15. MORRIS, D. *Dítě zázrak prvních dvou let*. 1. vyd., Bratislava: Perfekt, 2008. 192 s. ISBN 978-80-8046-400-4.



16. MROWETZ, M., CHRASTILOVÁ, G., ANTALOVÁ, I., *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011. 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
17. PEYCHL, I. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 164 s. ISBN 80-7262-283-8.
18. PEYCHL, I., *Příčiny rehospitalizací dětí s velmi nízkou porodní hmotností v prvních letech života* [online]. *Pediatric pro praxi*. 2005, č. 1, s. 22-25.[cit. 2013-04-01]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/01/06.pdf>
19. POSPÍŠILOVÁ, D., PTOSZKOVÁ, H., *Poznámky k diagnostice a léčbě anémií u dětí* [online]. *Zdraví .e15.cz, Postgraduální medicína*. 7.6.2006 [cit. 2013-04-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/poznamky-k-diagnostice-a-lecbe-anemii-u-deti-173364>
20. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248s. ISBN 978-80-247-1613-8.
21. SEKCE PERINATÁLNÍ MEDICÍNY ČGPS. *Koncepce perinatologického programu* [online]. © 2007-2013 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z : <http://www.perinatologie.cz/koncepce.php>
22. SCHMIDT, B., ASZTASLOS, E., ROBERTS, R., et al. *Impact of bronchopulmonary dysplasia, brain injury, and severe retinopathy on the outcome of ELBV infants at 18 month*. *JAMA*, 2003, vol. 289, no. 9, p. 1124-1129.
23. SIKOROVÁ, L. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.

24. SLAVÍKOVÁ, H. *Problémy a nejčastější diagnózy předčasně narozených dětí* [online]. Stránky nejen pro rodiče nedonošených dětí . 19.11.2008 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.cpapik.cz/modules/articles/ShowArticle.aspx?ID=24>
25. SLEZÁKOVÁ, L., a kol. *Ošetrovatelství v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 288 s. ISBN 978- 80-247-3286-2.
26. SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J. a kol. *Narodilo se s problémy a co bude dál?* 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 108 s. ISBN 80-247-0398-X.
27. TROUPOVÁ, J. HANZL, M. a kol. *Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice a.s., 2010. 232 s. ISBN 978-80-254-8982-6.
28. VELEMÍNSKÝ, M., TOMŠÍKOVÁ, Z., KUKLA, L., KOLÁŘOVÁ, J., *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2009. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
29. VODIČKA J., ŠPIDLEN V. *Spontánní pneumotorax* [online]. 2006 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/spontanni-pneumotorax-3124?confirm\\_rules=1](http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/spontanni-pneumotorax-3124?confirm_rules=1)
30. ZOBAN, P., ČERNÝ, M., POKORNÁ, P., ŠTĚCHOVÁ, K., TKACZYK J., *Následná péče o novorozence s nízkou porodní hmotností s respiračními problémy* [online]. Medical tribune, Pediatrie po promoci. 2005, č. 3, s. 23, 23.6.2005 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/7380>.

## **8 Přílohy**

**Příloha 1:** Deset kroků k úspěšnému kojení

**Příloha 2:** Graf hodnotící růst dítěte

**Příloha 3:** Ambulantní zpráva vývojového centra

## Příloha 1

**DESET**

**KROKŮ**



## **K ÚSPĚŠNÉMU KOJENÍ**

**Každé zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům by mělo:**

- 1** mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
- 2** školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
- 3** informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
- 4** umožnit matkám zahájit kojení do jedné hodiny po porodu
- 5** ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
- 6** nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
- 7** praktikovat rooming-in - umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně
- 8** podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
- 9** nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky a pod.
- 10** povzbuzovat zakládání podpůrných skupin kojících matek pro podporu kojení



Podporováno Ministerstvem zdravotnictví ČR

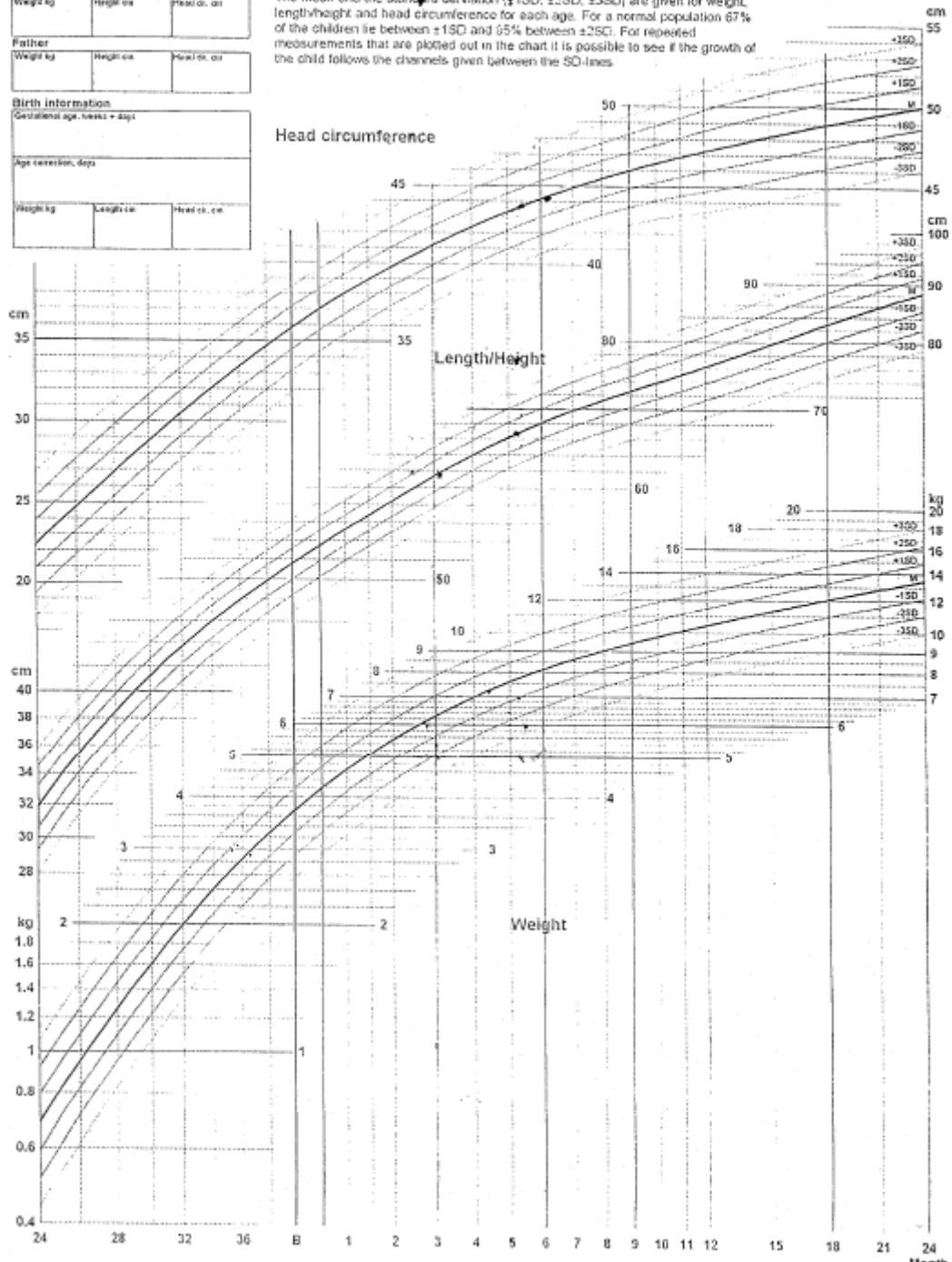
Zdroj: LAKTAČNÍ LIGA. *Deset kroků k úspěšnému kojení* [online]. [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/10kroku.php>

## Příloha 2

ID Number	Surname	Given name	Sex <b>Boy</b> ♂
-----------	---------	------------	------------------

<b>Mother</b>		
Weight kg	Height cm	Head cm, cm
<b>Father</b>		
Weight kg	Height cm	Head cm, cm
<b>Birth information</b>		
Gestational age, weeks + days		
Age correction, days		
Weight kg	Length cm	Head cm, cm

The mean and the standard deviation ( $\pm 1SD$ ,  $\pm 2SD$ ,  $\pm 3SD$ ) are given for weight, length/height and head circumference for each age. For a normal population 67% of the children lie between  $\pm 1SD$  and 95% between  $\pm 2SD$ . For repeated measurements that are plotted out in the chart it is possible to see if the growth of the child follows the channels given between the SD-lines.



Zdroj: Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice

## Příloha 3

### Ambulantní zpráva NEOV

#### Jméno:

datum narození:

datum vyšetření:

PLDD: MUDr.

#### Epikríza:

gestační věk: porodní hmotnost:

Diagnózy / výkony ( operace/ kúry):

#### Věk:

kalendářní věk:

korigovaný věk:

#### Růstové parametry / korigované grafy pro nedonošené, Niklasson:

váha:

délka:

OHL:

#### Anamnesa:

Nemocnost a hospitalizace / ev. terapie, inhalace, "foukačky" ...:

Operace:

Úrazy:

Dětské infekční nemoci: varicella

Výživa: Kojení do

Současná výživa / intolerance, alergie:

Alergická anamnesa:

Medikace: Vitamin D: Vitamin K:

trvalá medikace:

Očkování / reakce na očkování, odklad vakcinace: podle kalendáře:

+ navíc: Prevenar?

Kyčle:

KO + transfuze:

UZ CNS:

Pozdní morbidita: BPD: CLD: DMO: ROP 3.st a vic/ztráta zraku: Kortikální slepota: hluchota:

Vývojová retardace: Porucha růstu: Luxace kyčelního kloubu: EPI syndrom:

#### Specialisté, dispenzarizace:

OAE:

zrak, oční kontroly: MUDr.

zubní prevent. kontroly: MUDr.

Neurologické sledování: MUDr. Drábková

Neurokinesiologické sledování + RHB: MUDr. Kolářová,

Pneumologické sledování: MUDr. Němečková,

Kardiologické sledování: MUDr.

Psychologické vyšetření ve 2 letech: dr. Štrosová - Závěr:

další - ortopedické, jiné?

**Subjektivně:** dušnost po zátěži:

#### Objektivní somatický nále:

čilý, eutrofický, dobrý sociální kontakt, spolupracuje při vyšetření. Bez známek akutního onemocnění, v dobrém celkovém stavu. Kůže čistá, bez efflorescencí.

Chůze:

Řeč:

Hlava: mezocefalická, VF 1x1 cm, v niv., klidná, uši a nos bez sekrece, bpn, kochl. implantát? ústa- sliznice

čisté, růžové, chrup mléčný. Oči - korekce? brýle?

Krk: uzliny nezvětšené, štítná žláza nehmátná.

Hrudník symetr., K-P komp., eupnoický, nezatahuje, dýchání volné čisté sklípkové, symetr., expirium volné.

AS pravidelná 120/min, šelest neslyšim. Břicho v niv., měkké, prohmatné, perist+, pasáž volná, H+L nezvětšeny,

tříska volná, AF ++. Genitál: Končetiny bez deformit, bpn.

**Provedená vyšetření:**

UZ  
náběry:

**Dg:** \_\_\_\_\_

**Závěr a doporučení:**

Původně nezralost gest. týden, nyní měsíců korigovaného věku. PMV vývoj přiměřený, odpovídá korigovanému věku, .

Doporučujeme pokračovat v reflexní RHB, sledování neurologem a neurokinesiologem podle domluvy. +další kontroly a sledování ????

Medikace jak zavedeno,

Výživa na dobré úrovni, růstové parametry odpovídají percentilovému pásmu bez významných odchylek, , zavádění příkrmů.

Očkování , doporučujeme Prevenar (nedonošené děti mají nárok na plnou úhradu očkování proti pneumokoku )

Vhodná kontrola očním lékařem po 2 roce věku - ev. korekce případné refrakční vady.

Doporučujeme zubní kontroly nejpozději ve 2 letech - pravidelné preventivní prohlídky a ev. zachycení ortodontických komplikací, zejm. u dlouhodobě ventilovaných dětí.

Je vhodné psychologické vyšetření před nástupem do školy, ev. zvážit odklad školní docházky.

Další kontrola na naší ambulanci:

Děkuji za laskavou spolupráci a poskytnutí lékařských zpráv.

S pozdravem  
dr. R.Pudíková

Zdroj: Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice