

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jolana Dobešová

2011

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

**Správná manipulace s novorozencem z pohledu ošetřujícího
personálu**

Bakalářská práce

Autorka : Jolana Dobešová

3. ročník bakalářský studijní program porodní asistence

Forma studia: kombinovaná

Studijní obor : Porodní asistence

Vedoucí práce : Mgr. Jana Kameníčková

OLMOUC 2011

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce : Správná manipulace s novorozencem z pohledu ošetřujícího personálu

Název práce AJ : Correct manipulation with new- born baby from the nursing staff's point of view

Autorka práce : Jolana Dobešová

Pracoviště garantující obor : Ústav porodní asistence , FZV UP v Olomouci

Vedoucí práce : Mgr. Jana Kameníčková

Klíčová slova : manipulace, novorozenec, psychomotorický vývoj, nošení, reflex, masáž, syndrom třeseného dítěte, rehabilitace , polohování

Abstrakt : Bakalářská práce se zaměřuje na správnou manipulaci s novorozencem z pohledu ošetřujícího personálu, tj. porodní asistentky, dětské sestry, pediatra, fyzioterapeuta , neurologa a psychologa. Tato práce přehledově přináší nejnovější poznatky o správném nošení, polohování a zacházení s novorozencem ve prospěch jeho fyzického i duševního vývoje. Je určena pro všechny odborníky i neoborníky, kteří se na péči o novorozence podílejí, ukazuje také chyby , které se často v péči o novorozence v porodnicích a domácnostech objevují.

Keywords : manipulation, newborn, psychomotor development, carrying, reflex, massage, shaking baby syndrome, physiotherapy, positioning

Abstrakt AJ : This thesis focuses on the right manipulation with new- born baby from the nursing staff's point of view , this is midwife, children's nurse, pediatrician, physiotherapist, neurologist and psychologist. This essay brings the most up to date

knowledge about the right carrying, positioning and caring with new-born to his benefit in fyzical and psychical development. Knowledges are intendet for all specialists and nonspecialists, who cares about new- borns, it shows on mistakes, that we can find in the care about new-borns in maternity hospitals and homes.

Datum zadání : 21. 01. 2011

Datum odevzdání : 9. 5. 2011

Rok obhajoby : 2011

Místo zpracování : Olomouc

Rozsah :35stran + 3 přílohy

Místo uložení : Ošetrovatelské informační a školící centrum, FZV UP
v Olomouci – archiv

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením
Mgr. Jany Kameníčkové a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i ostatní zdroje.

Současně také souhlasím s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne :

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Janě Kameníčkové z Ústavu porodní asistence FZV UP za odborné vedení mé závěrečné bakalářské práce. Za její laskavost, ochotu, trpělivost a čas, který mi věnovala.

Dále děkuji Bc. Janě Nepustilové Dis, za její pomoc s mojí prací a za ochotu a čas, který mi věnovala a za materiály, které mně doporučila a zapůjčila.

OBSAH

ÚVOD	9
1. Novorozenec a jeho motorika	10
1.1. Novorozenec	10
1.2. Centrální mechanismy řízení motoriky.....	10
1.3. Postnatální vývoj opěrné motoriky	11
1.4. Reflexy.....	12
1.5. Princip vývojového gradientu – postupné ovládnání jednotlivých částí těla podle tělesného růstu.....	13
1.6. Funkce mozečku	13
2. Rehabilitační terapie	14
2.1. Rehabilitační lékařství	14
2.2. Léčebná rehabilitace s poruchou centrálního motoneuronu	14
2.3. Jak rozhodnout , zda ordinovat rehabilitační terapii.....	15
2.4. Svalová hypertonie	15
3. Masáže novorozenců a kojenců	18
3.1. Dotek.....	18
3.2. Matka či jiná mateřsky pečující osoba.....	18
3.3. Co dítě nejvíc potřebuje podle dětského psychologa.....	19
4. Manipulace s novorozencem	21
4.1. První minuty	21
4.2. Zvedání novorozence	22
4.3. Polohování	22
4.4. Hnízdění, klubičkování, zavinování a klokánkování.....	24
4.5. Přebalování novorozence	25
4.6. Koupání novorozence	25
4.7. Přetáčení novorozence ze zad na břicho a naopak	26
4.8. Předávání dítěte jiné osobě	27
4.9. Kojení či krmení novorozence jiným způsobem	27
4.10. Používání autosedačky, lehátka, babyvaku nebo šátku	28
4.11. Zásady správné manipulace s novorozencem.....	28
5. Syndrom třeseného dítěte.....	30

5.1.	Uklidňování novorozence	31
6.	Syndrom náhlého úmrtí (SIDS-Sudden infant death syndrome)	32
7.	ZÁVĚR	34
8.	LITERATURA A PRAMENY	36
9.	SEZNAM PŘÍLOH.....	38

ÚVOD

Období narození děťátka je jedním z nejkrásnějších období v životě každého člověka. Rodiče se na toto období těší a někteří i svědomitě připravují. Kromě kojení, mazlení, přebalování, koupání a utěšování děťátka je čeká také důležitý úkol - správně s děťátkem manipulovat, správně ho nosit, zvedat, pokládat a polohovat. Co to znamená správně? Znamená to manipulovat s ním v souladu s jeho psychomotorickým vývojem, s jeho aktuálními potřebami, tak abychom ho nelekali ani nedráždili nevhodně, tak abychom mu negativně neovlivnili jeho další fyzický, motorický a psychický zdravý vývoj.

Časný nitroděložní vývoj, období kojenecké a období raného dětského věku ovlivňují každý další vývoj. Jsou základem pro vznik vzpřímeného člověka, který by měl být schopen komunikovat s druhými a jemuž by měla být poskytnuta podpora, aby uměl dosáhnout cílů, které si stanovil.

Bohužel existuje stále málo kvalitně školených zdravotníků, kteří by mohli správně rodiče edukovat už před porodem nebo krátce po porodu. Také často víme, jak správně podle nejnovějších vědeckých poznatků s novorozencem manipulovat, ale jsme příliš „zajetí“ ve starých rutinních postupech, které se nám nechtějí měnit.

A právě toto vedlo k cíli této bakalářské práce, přehledově zpracovat nejnovější poznatky v problematice správné manipulace s novorozencem i s obrázky, aby se veškerý ošetřující personál pečující o novorozence a také celá rodina novorozeného děťátka mohla správnou manipulaci naučit a dále tyto poznatky předávat dalším generacím. Pouze touto cestou mohou vymizet špatné rutinní postupy v manipulaci s novorozenci dětmi a budeme moct vychovávat generaci zdravých a spokojených lidí.

1. NOVOROZENEC A JEHO MOTORIKA

1.1. Novorozenec

Je narozené dítě od 1.do 28 dne života po porodu, klasifikujeme ho dle délky těhotenství jako nedonošeného, donošeného, přenošeného nebo dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku jako eutrofického, hypotrofického a hypertrofického a dle zralosti jako extrémně, velmi středně nebo lehce nezralého či zralého novorozence. (Borek , 2007)

Předmětem této práce je hlavně novorozenec zdravý, zralý, eutrofický a narozený v termínu.

Novorozenec se projevuje neuvědoměle na základě svých reflexů. Jsou to naprogramované reflexy, které jsou později nahrazeny vědomými reakcemi a pohyby řízenými mozkiem a vlastní vůlí. Novorozenec používá reflexy především obživné a obranné. (Cíbochová, 2004)

Prvotní hybnost vychází z nervové soustavy – mozkového kmene a míchy. Novorozenec většinu dne prospí, ale jsou zde již delší časové úseky, kdy je aktivní. Narůstá svalový tonus, na břišku chvíli udrží zvednutou hlavičku. Palec je flektován v dlani, má výrazný reflexní úchop. Ve 4. týdnu umí na malou chvílku sledovat očima velký světlý či lesklý předmět umístěný před očima ve vzdálenosti asi 30–50 cm v úhlu 90 stupňů. Fixace je ještě monokulární. Na tichý klidný hlas reaguje zklidněním své hybné aktivity. (Cíbochová, 2004)

V tomto období často vzniká posturální plagiocephalie z predilekce hlavy k jedné straně s následnou fixací asymetrického držení těla (vzniká na straně, odkud přichází světlo nebo matka). (Cíbochová, 2004)

1.2. Centrální mechanismy řízení motoriky

Pohyb se rozvíjí od časného intrauterinního období a vývoj motoriky zrcadlí vývoj nervové soustavy. Funkční vývoj se realizuje ve skocích , od jednoho uzlovému

bodů k dalším. První spontánní pohyby byly sonograficky pozorovány ke konci 6.embryonálního týdne. První reflexní odpověď je možno vybavit u 7týdenního lidského embrya z cervikální oblasti míchy a manifestuje se odklonem hlavy. (Trojan, 2005)

Gestační věk.....motorické funkce

Druhý měsíc.....svalové kontrakce, reakce na taktilní podněty

Třetí měsíc.....reakce na taktilní, akustické , vizuální a chuťové podněty (Trojan, 2005)

Ke konci osmého týdne těhotenství jsou založeny všechny svaly, rozvíjí se geneticky dané motorické vzorce. V popředí je reflexní posturální motorika. Tak je tomu i postnatálně , když záhy se celá řada pohybů realizuje jako volní činnost. U člověka se na řízení motoriky podílejí všechny oddíly CNS, počínaje mozkovou kůrou a konče páteřní míchou. V prvním měsíci života se u novorozence objevují nepodmíněné reflexy, od druhého měsíce reflexy podmíněné a rychle se rozvíjí motorika zejména lokomoce. (Trojan a kol., 2005)

Senzomotorika je příjem informací významných pro hybnost, jejich zpracování a integrace v CNS až po výstup projevující se svalovou činností. (Trojan a kol., 2005)

1.3. Postnatální vývoj opěrné motoriky

Vývoj motoriky probíhá ve čtyřech stádiích: holokinetické, monokinetické (od 2. měsíce), dromokinetické (od 5. měsíce) a kvatikinetické (od 12. měsíce).

Holokinetické stádium hybnosti – novorozenec reaguje velice záhy, kolem desátého dne po porodu na zvuky (mrknutím, pláčem, případně rozhozením paží). Reakce rozhozením paží je typická a fyziologická. Při rozbaleném dítěti vidíme nekoordinovaný pohyb všech čtyřech končetin. K hybnému systému náleží složka aktivní, tedy kosterní svaly. Ty jsou zdrojem síly, která zajišťuje udržení polohy a umožňuje pohyb těla i jeho částí. Složky pasivní , kosti a jejich vzájemné spojení

(nejčastěji klouby), tvoří oporu těla, zajišťují přenos síly na principu páky a umožňují vzájemný pohyb částí těla, čímž se mění celkový tvar těla. K hybnému systému se po funkční stránce řadí i velká část nervové soustavy. Stah kosterních svalů je téměř jediná funkce, kterou člověk pravidelně ovládá svou vůlí.(Trojan a kol., 2005)

1.4. Reflexy

Reflex je funkční jednotkou nervové soustavy. Je to zákonitá odpověď organismu na dráždění čidel, zprostředkovaná nervstvem. Je to odpověď, která se projeví samostatným svalovým stahem. Reflex je determinován určitými změnami v zevním nebo vnitřním prostředí, které se uplatňují jako podněty. (Trojan a kol., 2005)

Mezi základní reflexy patří reflex labyrintový vzpřimovací (návrat těla do vzpřímeného stoje, nejprve se do správného postoje dostává hlava , pak tělo), reflex sací (je doprovázen hromadným reflexem pokrmovým – dítě se na krmení třese). Dále reflex Moorův (rozhození paží vyvoláme podtržením podložky nebo stiskem epigastria), reflex úchopový (úchop na dolních i horních končetinách), reflex Galantův (lumbální-pohyb v bedrech při úniku od dráždícího předmětu), reflex Babinského (palec nohy se fyziologicky projevuje dovnitř, pokud špendlíkem podráždíme okraj chodidla ,ale pokud se pohybuje směrem k hřbetu nohy je poškozená pyramidová dráha). (Trojan a kol., 2005)

Řada významných reflexů je výbavná pouze u malých dětí, tedy prostřednictvím nezralého centrálního nervového systému. V dospělosti se projevují pouze v případě,že je CNS postižen.(Trojan, 2005)

1.5. Princip vývojového gradientu – postupné ovládní jednotlivých částí těla podle tělesného růstu

Kefalokaudální směr – naznačuje, že ovládní těla postupuje od hlavy k patě (nejdříve dítě začíná ovládat šíjové svalstvo - zvedá hlavičku, pak osově svalstvo- vyrovnává nejprve krční později bederní část páteře, následuje lezení po kolenou, aby se nakonec postavilo na plosky nohou)

Proximodistální směr - pohyby začínají v pletencích a teprve později přecházejí na zápěstí a prsty respektive chodidla.

Ulnoradiální směr- posun od reflektorického úchopu po špetku (Trojan a kol., 2005)

1.6. Funkce mozečku

Mozeček je jako výkonný počítač, který zajišťuje nejen motorickou zručnost, ale i mentální schopnosti. Umožňuje motorickým, ale i nemotorickým systémům mozku vykonávat efektivně jejich funkce (Trojan a kol, 2005)

2. REHABILITAČNÍ TERAPIE

2.1. Rehabilitační lékařství

Rehabilitaci definujeme jako kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo přecvičení jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti. (Trojan a kol., 2005)

Vyvíjí se později než neurologie. Jeho hlavním léčebným prostředkem je léčebná tělesná výchova, rozpracovaná do řady speciálních přístupů, označovaných jmény autorů. (Trojan a kol., 2005)

Jako první se rozšířila metoda sestry Kenny pro léčení následků poliomyelitidy, později propioceptivní neuromuskulární facilitace neboli metoda Kabatova, metoda manželů Bobathových, Vojtova metoda a další. (Trojan a kol., 2005)

V nejujtější věku se jako nejlepší pohybová léčba v současné době jeví Vojtova metoda. V anglosaském světě stále převažuje metoda manželů Bobathových, která je dle našeho soudu vhodnější až když děti spolupracují. Ve věku předškolním a školním je nejvhodnější metoda profesora Tardiena, který klade důraz na celkovou integraci dítěte do života. (Trojan a kol., 2005)

Tyto metody využívají reflexy, které v některých případech vyvolávají stah ochrnutých svalů, jindy tento stah podporují, tedy facilitují. (Trojan a kol., 2005)

Rehabilitační lékař je samostatný odborník, který je vedoucím rehabilitačního týmu, který obsahuje odborníky - fyzioterapeuty a ergoterapeuty (využívají k léčbě běžné denní činnosti). (Trojan a kol., 2005)

2.2. Léčebná rehabilitace s poruchou centrálního motoneuronu

Pohybový vývoj je v člověku naprogramován přibližně do 1. roku života dítěte stereotypně, od poloviny prvního roku malou měrou vůle dítěte. Poruchu centrálního motoneuronu v novorozeneckém věku není někdy snadné stanovit. Jde o řadu různých poruch, které souhrnně řadíme pod diagnózu dětská mozková obrna, což je spíše

syndrom než etiologicky jasná jednotka . Novorozenec má pohybový program jednoduchý, proto se i u obrny nemusí objevit známky nemoci. (Trojan a kol. , 2005)

Ze zkušenosti víme, že mnoho dětí, které měli komplikovaný porod a byly vedeny jako tzv. děti rizikové , se vyvinuly docela dobře a naopak u dětí bez perinatálních komplikací se později ukázala dětská mozková obrna. (Trojan a kol., 2005)

2.3. Jak rozhodnout , zda ordinovat rehabilitační terapii

Je potřebné vyšetření pediatra, podezření rodičů (zvláště u matek vícerodiček podezření nepodceňovat) nebo osoby , která o dítě pečuje - porodní asistentka, dětská sestra, instruktorka plavání či cvičení. (Trojan a kol. , 2005)

Následuje opakované vyšetření neurologa a fyzioterapeuta, který rozhodne, zda bude zahájena léčba, která je fyzickou i psychickou zátěží pro dítě a rodiče.

U nejasných případů volíme léčení než zanedbání léčby. (Trojan a kol. , 2005)

2.4. Svalová hypertonie

Svalový tonus je reflexně udržované napětí svalu, které je výchozím předpokladem pro provedení jakéhokoli pohybu a pro udržení vzpřímené polohy. Příčiny hypertonické poruchy v prvním roce života jsou velmi pestré. Na základě postižení CNS se popisuje centrální hypertonický syndrom. U donošených novorozenců vzniká nejčastěji na podkladě hypoxicko-ischemické encefalopatie, u nedonošených novorozenců krvácení do CNS, popřípadě komplikované posthemoragickým hydrocefalem, nebo periventrikulární leukomalacie. Další velkou skupinou jsou děti s vrozenou vadou CNS (hydrocefalus, ageneze corpus callosum atd.), děti s vrozenými vadami metabolismu, infekcemi CNS atd. (Dortová, 2009)

Příčiny hypertonické poruchy mohou být také interního původu při dysbalanci vnitřního prostředí. Projeví se tak i abstinenční příznaky při neonatálním abstinenčním syndromu nebo primární gastrointestinální potíže (gastroezofageální reflux, kojenecké

koliky) atd. Hypertonická porucha, která je provázená zvýšenou dráždivostí, se nazývá hypertonicko-hyperexcitabilní syndrom. (Dortová, 2009)

Průvodním symptomem bývají novorozenecké koliky, které tento stav ještě zhoršují. Ale platí to i naopak – kojenecké koliky mohou být příčinou svalové hypertonie. Dítě je neklidné i při kojení, špatně usíná a často se budí. Dechová aktivita, svalové napětí a psychika jsou spolu úzce spojeny. Nastupují patologické pohybové stereotypy, opoždí se vývoj lokomoce – vážne opora o předloktí v poloze na bříšku, dítě se přetáčí záklonem hlavy, nezvládne později plazení a lezení. Když se postaví, stojí na špičkách nebo vytáčí extrémně nožičky do stran. (Dortová, 2009)

„Jak přistupovat k dítěti s hypertonickou poruchou? Využívají se techniky, které tlumí motorický systém, ale i psychiku, a techniky pracující s tělovým schématem – správné polohování, handling, kontaktní dýchání. Využívány jsou techniky Bobathova konceptu, respirační fyzioterapie, masáže kojenců, bazální stimulace, exteroceptivní facilitace a inhibice podle Hermachové, techniky měkkých tkání. Pokud se začnou rozvíjet známky centrální tonusové a centrální koordinační poruchy, je časně indikována terapie Vojtovou metodou. Její podstatou je nácvik základního pohybového stereotypu – reflexní plazení a reflexní otáčení. Vojtova metoda však může být rodiči i dětmi někdy špatně tolerována. Je důležité dítě před i po cvičení správným polohováním a jemným zacházením zklidnit, k tomu se využívají dále zmíněné postupy. Zklidnění psychiky maminky je dalším velkým úkolem, který musí zkušená rehabilitační pracovnice zvládnout.“ (Dortová, 2009, s. 323)

Čím je dítě neklidnější, tím má vyšší svalové napětí a rychle a povrchově dýchá. Je třeba matku naučit, jak takové dítě zklidnit, dotýkat se ho a manipulovat s ním. Vše provádíme pomalu a klidně. Není třeba se obávat, že správným chováním dítě rozmazlíme. (Dortová, 2009)

Chování a kontakt s dítětem (tzv. handling), doprovázený příjemným hlasem maminky, je důležitý, zvláště v období od narození do třetího měsíce. Dítě nerozumí, co mu říkáme, ale vnímá náš dotyk jako velmi intenzivní způsob komunikace v tomto období. Tělesný kontakt je projev náklonnosti, lásky a přátelství. Ovlivňuje a zlepšuje psychický a fyzický stav dítěte, pozitivně stimuluje jeho emoční zrání. Správné chování, jemné hlazení, poloha připomínající matčinu dělohu, monotónní pohupování, to vše uvolní svalové napětí, prohloubí dech a dítě zklidní. Dítě získává pocit jistoty, klidu a ochrany. (Dortová, 2009)

Dítě ležící na zádech nejlépe zklidníme následujícím způsobem. Pokrčíme mu nožky, neklidné ručky uvolníme a šetrně položíme vedle těla, svoji ruku položíme na hrudníček, druhou pod hlavičku a vytvoříme tak pocit bezpečí – náhradní dělohu, ve které dítě strávilo devět měsíců. Mělo kolem sebe ohraničený prostor, ve kterém se cítilo dobře. Pokud se dítě narodilo předčasně, je rodičovský dotek a kontakt ještě důležitější. (Dortová, 2009)

V poloze na bříšku je známkou hypertonu velký záklon hlavy, propínání do luku, vážne opora o předloktí a dítě je na bříšku nespokojené. V tomto případě dítě raději na bříško přechodně nepokládáme, protože záklonem se stav dále zhoršuje, a pokusíme se dítě uvolnit již zmíněným způsobem. Každé dítě si polohu na bříšku oblíbí, pokud se umí opřít o předloktí a udrží hlavičku volně bez napětí. Poloha na bříšku je důležitá pro začátek lokomoce (plazení, lezení). (Dortová, 2009)

Dalším projevem hypertonu jsou sevřené ručky v pěst v důsledku reflexního tonického úchopu. Podráždíme-li dlaň, ručka se automaticky pevně sevře. Proto v tomto období nedáváme dítěti hračky do ruček, ale snažíme se uvolnit prstíky. Jemným pohlazením přes dorza prstíků se ruka otevře. Teprve když jsou pěstičky ze sevření uvolněné, můžeme dítěti nabízet hračky. Kolem třetího měsíce začíná aktivní pohyb dítěte a my ho musíme na toto období připravit a i dále mu pomáhat. S uvolněnými ručičkami začíná zvládat v poloze na zádech horizontální sed – přitahuje si kolínka k bříšku a sahá si na ně. Když to dokáže, zvládne přetáčení a bude v poloze na břiše spokojené. Vždy je třeba zvládnout jednu fázi vývoje, aby mohla následovat další. Odstranění nebo aspoň zmírnění hypertonu a neklidu dítěte není otázka týdne, ale více měsíců. (Dortová, 2009)

3. MASÁŽE NOVOROZENCŮ A KOJENCŮ

3.1. Dotek

Citlivost kůže je vedle sluchu jednou z nejdříve vyvinutých tělesných schopností a v tomto období je, stejně jako sluch mimořádně citlivá.

I když jsou malé děti vyspané, syté a spokojené, bez kožního kontaktu, doteků a zvuku matčina nebo otcova hlasu strádají. (Walter, 2010)

Tělesný kontakt a láskyplná péče jsou pro novorozence stejně důležité jako příjem potravy.

„Mezi savci existují i novorozená mláďata, pro které je životně důležité, aby je matka po porodu olízala. Pokud to matka instinktivně neudělá, nemohou přežít. Masáž dětí jednoznačně podporuje klid a uvolnění dětí a rodičů, přičemž udržuje svalstvo měkké.“ (Walter, 2010, s.15-16)

Mateřský hlas je jeden z nejcennějších a nejdůležitějších „nástrojů“, které kojenci zprostředkovávají pocit bezpečí a jistoty.

3.2. Matka či jiná mateřsky pečující osoba

Předpoklad sociálního vývoje důležitého pro život spočívá u novorozenců a kojenců v tom, že se tatáž osoba intenzivně věnuje dítěti 5-6 hodin během dne (bylo zjištěno, že péče o novorozence – kojení, přebalování, koupání, atd. trvá zhruba 5 až 6 hodin čistého času) a že zůstává podle možností v bezprostřední blízkosti dítěte. (Helbrügge a kol., 2010)

Novorozenci a kojenci primitivních národů, jež jsou v úzkém kontaktu s matkou, se obvykle lépe vyvíjejí než novorozenci a kojenci ve vyspělých státech. To také dokazuje, že matka může přirozeným způsobem dát dítěti vše, co potřebuje ke zdárnému vývoji. (Helbrügge a kol., 2010)

Jen matka má v ruce klíč pro včasnou a úspěšnou léčbu a může nejlépe informovat lékaře, psychologa nebo rehabilitačního terapeuta o zkušenostech získaných celodenním kontaktem s dítětem. (Helbrügge a kol. ,2010)

V důsledku velké vývojové přizpůsobivosti dítěte přináší včasná terapie daleko více úspěchů než pozdější. Navíc terapie, kterou provádí matka, se jeví výhodnější než léčba poskytovaná více terapeuty. Matka je nejlepší rehabilitační pracovník , jestliže ji zaškolíme a motivujeme! (Helbrügge a kol. , 2010)

Příklady sluchově, tělesně, zrakově a sociálně postižených dětí ukazují, že pro určité vývojové procesy existuje už po narození citlivé období, které je rozhodující pro vývoj těchto funkcí. Na příkladě sociálně postižených dětí poznáme, že i zdravé děti mohou být poškozené, jestliže není zachován předpoklad péče a výchovy pro zdravý vývoj. Musíme mít na paměti , že novorozenec, kojeneček či batole potřebuje pro svůj zdravý psychomotorický vývoj pozornost a péči jedné mateřské osoby, nejlépe matky, ale jestliže není, tak i jiné jedné osoby. (Helbrügge a kol. 2010)

3.3. Co dítě nejvíc potřebuje podle dětského psychologa

Dítě k dobrému psychickému vývoji potřebuje dost podnětů, smysluplný svět, životní jistotu, vědomí vlastního hodnotného „já“ čili pozitivní identitu, a ovšem i otevřenou jasnou budoucnost. Pro dítě je nejdůležitější pocit jistoty a bezpečí , nikoliv výživa a příjemné věci.Pro svůj zdárný vývoj potřebuje jistotu vztahů. (Matějček, 2005)

„Aby lidské mládě přežilo,potřebuje mít tu svoje lidi, kteří by mu poskytlí ochranu a pomoc, protože ono samo by bylo přespříliš bezmocné.“ (Matějček, 2005, s. 9)

Rozmazlení?

Strach ,že novorozence a kojence rozmazlíme není na místě.Do půl roku života dítěte to není možné.(Matějček, 2005)

Děláme vše tak , aby se u dítěte vyvinul pocit důvěry. Má se mu dostat utišení jeho nepohodlí a nemá se prodlužovat jeho trápení, je-li okamžitá pomoc možná.(Matějček, 2005)

Profesor Hassenstein , představitel biologie chování, dělil mlád'ata na tři skupiny podle toho jak se chovají v nebezpečí. První skupina jsou hnízdonoši (ptáci, kočky), druhou skupinu tvoří běhavce (zajíci a zvířata, která hned po narození běhají), třetí skupina jsou nošenci, lidé (musí je někdo odnést). Nošenci si umí pomoc přivolat voláním čili vztahují se. Lidské mládě se potřebuje vztáhnout tzn.mít vztah. (Matějček, 2005)

Dle konceptu kontinua se dle zvyklostí mnoha neevropských národů děti neustále nosí a mazlí celé dva roky od narození. V šátcích, náručích rodičů a v noci s rodiči spí. Pokud není možná přítomnost rodiče, dítě se předává do náruče někoho jiného. Tyto děti mají větší šanci vyrůst ve spokojené děti bez deprivací a náklonnosti ke drogovým a jiným závislostem. (Liedloffová , 2007)

4. MANIPULACE S NOVOROZENCEM

Správná nebo nesprávná manipulace s děťátkem závažně ovlivňuje jeho další psychický a fyzický vývoj. Správná manipulace v souladu s fyziologickým psychomotorickým vývojem děťátka pozitivně ovlivní jeho zdravý růst, vývoj a psychickou vyrovnanost. Naopak nesprávná manipulace v rozporu s fyziologickým psychomotorickým vývojem ovlivňuje negativně jeho zdravý růst, vývoj a psychiku. Děti pak mohou mít naučené nesprávné motorické vzorce, musí často rehabilitovat, můžou mít špatné zakřivení páteře, vadné držení těla a také mohou být více dráždivé, plačtivé a nespokojené.(Kiedroňová , 2005)

4.1. První minuty

Po narození dítěte nastává ztráta možnosti komunikovat prostřednictvím pohybu, tak jako to bylo doposud v těhotenství v děloze. Novorozenec je nucen čelit působení gravitace a jeho hmotnost a proporce ho dostávají do bezmocné situace. Příliš mnoho zátěže spočívá na hlavě a trupu, končetiny jsou příliš slabé a krátké. Aby si mohly odpočinout, musí dítě vynaložit zvýšené svalové napětí břicha i končetin a zadržet vzduch v plicích. Tím se velmi vyčerpává a unavuje. Dítě mává ručička a nožičkami a vrtí se a nedokáže změnit si polohu tak, aby uvolnilo svaly, ani zůstat v klidu. (Hendrychová, 2007)

Porodem dochází ke dramatické změně prostředí, zajištěné výživy, pohodlí ve stavu bez tíže, bylo chráněno před světlem a hlukem. Proto bychom se měli k novorozenci, zvláště nedonošenému, který se ještě obtížněji přizpůsobuje novým životním podmínkám, chovat šetrně a snažit se mu vytvořit prostředí co nejpodobnější děloze.(Hendrychová, 2007)

4.2. Zvedání novorozence

Novorozenci jsou vystaveni obrovské zátěži a musí vynaložit velké úsilí a námahu k orientaci a zvládnání změn . Přímé a trhavé zvedání dospělou osobou, často i zadečkem napřed, je pro ně nesmyslnou aktivitou, při které ztrácejí orientaci a jejich hmotnost „létá“ ve vzduchu. Reagují na to zvýšeným tělesným napětím, úzkostí a strachem (tj .změnou v srdeční frekvenci, krevním tlaku, oxygenaci krve apod.). (Hendrychová, 2007)

„Chceme-li dítě zvednout z postýlky nebo jiné podložky, musíme jej nejprve otočit na bok, nadzvednout do sedu a potom teprve zvednout do stoje a pomalu přenést jeho hmotnost do náruče. Pomalé , smysluplné pohyby, postupné změny zátěže umožňují dítěti zážitky pohybu a poskytují mu prospěšné informace. Dítě si tak zkouší přirozený vzorec pohybu.“(Hendrychová 2007, s.79)

I potom, co získáme cvik v manipulaci s dítětem, stále myslíme na to, abychom s ním zacházeli šetrně.

Také pokládání dítěte by se mělo dít běžným přirozeným pohybem. Již spící dítě se často vzbudí, zvláště když ho dospělý pokládá rovně na záda jako prkno nebo ještě i hlavou dolů. Pokud je dítě položeno napřed nožičkami nebo zadečkem, nebo je uloženo nejprve na bok a potom na záda, děje se tak podle přirozeného vzoru. Dítě tak cítí rozložení své hmotnosti, neztrácí orientaci o svém těle a může uvolněně a spokojeně spát.(Hendrychová 2007)

4.3. Polohování

Novorozence polohujeme pro jeho stabilizování trupu a hlavy do poloh, které jsou popsány níže, z důvodu podpory správného psychomotorického vývoje, jako prevenci predilekce hlavičky, ke které mají náklonnost hlavně novorozenci nedonošení a jako vhodný pohyb při prevenci bolestí břicha a pro dobrou plicní ventilaci. (Elstnerová , 2003)

Poloha na bříše

V poloze na bříšku leží novorozenec na bříše asymetricky, ruce v pěst, paže v primitivní flexi jako křídýlka. Pánev a dolní končetiny jsou ve flexi, v thorakolumbálním přechodu je hyperlordóza. (Kiedroňová, 2005)

Poloha na bříšku zlepšuje oxygenaci a plicní dýchání dětí. V důsledku gravitace má děťátko přitisknutá ramínka a kyčle v abdukci, tím se pohyblivost děťátka snižuje, zbytečně se nevyčerpává a klidně spí. Můžeme i zvednout matraci pod hlavičkou, tím snížíme tlak na hlavičku, krk a ramena a ještě mu usnadníme dýchání. (Kiedroňová, 2005)

Pravidelný nácvik polohy na bříšku umožňuje posilování zádového, šíjového a krčního svalstva, které je zásadní pro první napřimování hlavičky a později trupu ve fyziologickém psychomotorickém vývoji. Tuto polohu pravidelně po chvilkách trénujeme hned od narození, jak na podložce, tak v aktivní poloze na bříšku v tygříkovi nebo v srdíčku. Polohu na bříšku trénujeme ale v bdělém stavu novorozence a za dohledu rodičů, z důvodu prevence dušení dítěte při blinknutí a prevence syndromu náhlého úmrtí. (Kiedroňová, 2005)

Od roku 1992, kdy americká akademie pediatriů doporučila dávat děti spát na záda, klesl počet syndromu náhlého úmrtí víc jak o padesát procent. (Shelov, 2004)

Poloha na zádech

Poloha na zádech je vhodná zejména proto, že podporuje mobilitu dítěte a zvyšuje jeho energetický výdej. Ale je lepší děťátko upevnit do „hnízda“, kdy je obloženo ze všech stran a cítí hranice kolem sebe, snižuje se napětí bříška a děťátko se nevyčerpává zbytečným kopáním nožiček, které ještě neumí koordinovat a neví, co s nimi a kam je položit. (Hendrychová, 2007)

Nevýhodou polohy na zádech je snížení ventilace plic a nepohodlná poloha pro novorozence, který byl zvyklý na polohu v „klubíčku“ z dělohy.

Poloha na boku

Poloha na boku podporuje ventilaci jedné plíce, je tedy vhodná spíše léčebně a krátkodobě. Druhá plíce je hůře ventilována a dlouhodobé ležení na boku není vhodné. Vždy musíme také myslet na zajištění novorozence v lehu na boku proti převrácení na bříško. Proto opět volíme „hnízdění“. (Hendrychová, 007)

Poloha na boku je důležitá přechodná poloha. Vhodné je používání srolovaného ručníku kolem děťátka včetně hlavičky, která nesmí být zakloněna, ručník leží mezi stehny a spodní rameno je předsunuto. (Čapková, 2007)

4.4. Hnízdění, klubičkování, zavinování a klokánkování

Jak už bylo uvedeno výše snažíme se o co nejšetrnější manipulaci s novorozencem vzhledem k jeho náročnému adaptačnímu období. Velmi nám k to mu pomůžou čtyři metody – hnízdění, klubičkování, zavinování a klokánkování.

Hnízdění novorozence znamená, že ho v postýlce, kočárku nebo na místě, kde leží či spí obkládáme co nejtěsněji kolem celého tělíčka měkkými materiály jako jsou polštáře a hnízdečka plněné polystyrénovými kuličkami, molitanem nebo peřím. Dítě tak kolem sebe cítí hranice a klidněji a déle spí a v době bdění je spokojené, protože zažívá pocity jistoty a bezpečí. (Čapková, 2007)

Klubičkování znamená chování a nošení novorozence v poloze „klubičko“, které napodobuje polohu děťátka v děloze – schoulené tělíčko, ručky a nožky ve flexi před trupem, pohodlně opřená hlavička o naši vyvýšenou paži. (Kiedroňová, 2005)

U klubička se vyhýbáme silnému tlaku na hlavičku do nepřirozeného předklonu a na zatěžování sedacích hrbolů děťátka.

Zavinování je už velmi starou a osvědčenou metodou, kterou můžeme využívat celé šestinedělí a u některých dětí až do 3. měsíce. Tato metoda byla populární a běžná do poloviny 20. století, v druhé polovině 20. století se od ní začalo ustupovat. Začala se propagovat větší volnost pro pohyb dětí. Je ale otázkou, jestli to bylo správné rozhodnutí. (Čapková a Hak, 2007)

Novorozenec takové svobody ještě neumí využít. Naopak volný prostor, u kterého necítí konec, mu bere pocit jistoty, novorozenec je neklidný a může trpět poruchami spánku. Novorozenec byl dosud zvyklý žít „ve schránce“, kterou byla doposud děloha, která mu omezovala jeho pohyb. I na uměleckých obrazech novorozenců dob dřívějších i současných jsou děti v šátcích a zavinovačkách. (Čapková a Hak, 2007)

Také praxe z neonatologických oddělení ukazuje, že zavinování dětí dokonce i v inkubátorech dětem velmi pomáhá k pocitu bezpečí a snadnějšímu usnutí. Děti jsou klidnější, mají pocit jistoty, bezpečí, tepla a neruší je vlastní reflex Moorův.

Z pohledu ortopeda se nedoporučuje ale pevné zavinování dětí kvůli vývoji kyčelních kloubů. Novorozenec má mít možnost volného pohybu kloubů dolních končetin a umožnit flexi v kloubech. Čili zavinování je možné, ale netěsně bez povijanu (ozdobné mašle). (Čapková a Hak 2007)

Klokánkování (kangarooing) - v této metodě se využívá přímého dotyku kůže na kůži (skin to skin) rodiče s dítětem. Tato metoda se začala využívat u dětí, v Kolumbii v roce 1979, které potřebovali z nějakého důvodu inkubátor, ale ten nebyl k dispozici. Takto se zjistilo, že náruč rodiče je nejlepší inkubátor. Děťátko je nahé jen v plence a čepičce a leží na hrudi jednoho z rodičů. Cítí jeho vůni, srdeční tep a teplo, což je pro něj bezpodmínečně důležité. U donošených dětí se princip podobný této metodě využívá u nošení dětí v šátkách čili šátkování dětí také již od narození.

4.5. Přebalování novorozence

I u přebalování by měla hmotnost novorozence zůstat na podložce. Rodiče často nevhodně vysoko nadzvedají nožičky novorozence i se zadečkem a zády a tak se zvyšuje tlak v bříšku, na plíce a do hlavičky. Dětem se hůře dýchá, vrací se strava zvláště u dětí s gastroezofagálním refluxem. Naopak jemným nadzvedáním nožiček a vytáčením pánve novorozence do stran podporujeme jeho střevní peristaltiku a podporujeme odcházení plynů, čímž zabraňujeme bolestem bříška.

4.6. Koupání novorozence

I u koupání novorozence se snažíme zajistit podmínky co nejpodobnější podmínkám, které mělo v děloze. Vanička by měla být co nejmenší, vhodný je i koupací kyblík, aby děťátko cítilo kolem sebe hranice. Teplota vody by se měla pohybovat mezi 37 a 38 stupni Celsia. Vody by mělo být tolik, aby bylo děťátko

vyjma obličej je zcela ponořené. Zvedání do vaničky provádíme stejným způsobem jako při jakémkoliv zvedání, pak šetrně pustíme zadeček a nožičky, aby se děťátko uvolnilo a abychom měli volnou ruku k umytí dítěte. (Kiedroňová, 2005)

Také můžeme využít společnou koupel s dítětem ve velké vaně, kde ho v klubíčku na svých nohou zanořené po pusinku chováme. To můžeme provádět po dokonalé očištění a maminky po šestinedělí, po konci odcházení očištěk. (Kiedroňová, 2005)

Koupel lze také provádět i technikou sprchování pod teplou tekoucí vodou v poloze tygríka nebo klokánka. To ale vyžaduje zkušenost z hlediska bezpečí dítěte. (Hendrychová, 2010)

Po koupeli děťátko ve vyhřáté místnosti obalíme rychle do osušky.

4.7. Přetáčení novorozence ze zad na břicho a naopak

Obrat ze zad na břicho: „Chceme-li dítě ležící na zádech obrátit přes jeho pravý bok, položíme mu levou ruku na tělíčko, abychom je stabilizovali na podložce, a pravou ruku podsuneme pod levou ručku až k hlavičce dítěte, kterou zachytíme do celé dlaně. Pravou rukou provedeme obrat a přidržujeme hlavičku při obratu v ose. Předloktím pravé ruky následujeme levou ručku dítěte. Levou rukou doprovázíme obrat lehkým protitlakem. Dítě nezvedáme, pouze je překulíme“. (Kiedroňová 2005, s. 202-203)

Obrat z břicha na záda: „Při obratu dítěte přes pravý bok obejmeme levou rukou jeho tělíčko z levé strany, pravou rukou mu zasouváme pravou horní končetinu pod tělíčko a současně je otáčíme. V pozici na boku dítěte přehmátneme pravou rukou pod hlavičku. Při dokončování obratu doprovázíme předloktím pravé ruky ramínko dítěte, a tím mu zajišťujeme pocit jistoty. Ruku zpod hlavičky opět vytahujeme zpola záhlaví“. (Kiedroňová 2005, s. 204)

4.8. Předávání dítěte jiné osobě

Ze začátku je nejjistější podávat děťátko druhé osobě v peřince(zavinovače).Jednu ruku dáme pod hlavičku dítěte , druhou pod zadeček. Pokud je děťátko bez peřinky, podáváme ho druhé osobě v klubíčku , jednu ruku pod hlavičkou, druhou s palcem v třísele a ostatními prsty pod zadečkem do již připravené ruky druhé osoby opírajíc hlavičku děťátka k rameni druhé osoby, tak aby si ho mohla hned usadit do klubíčka.(Kiedroňová, 2005,)

4.9. Kojení či krmení novorozence jiným způsobem

Při kojení i krmení děťátka umělou výživou nebo odstříkaným mateřským mlékem také dodržujeme zásady správné manipulace s novorozencem.

Vhodné je i používání polštáře ke kojení.Děťátko vždy držíme pod hlavičkou, ne za krkem, dráždili bychom krční páteř a zajišťujeme ve všech polohách u kojení položení páteře děťátka na polštáři nebo ruce. (Kiedroňová, 2005)

U krmení děťátka jiným způsobem volíme opět klubíčko nebo leh na vyšším polštáři s hlavičkou výše než pánev. (Kiedroňová, 2005)

Vhodné polohy k odříhnutí

Jako nejčastější poloha k odříhnutí, kterou mnoho dětských sester, porodních asistentek a neonatologů na novorozeneckých odděleních maminky učí je odříhávání si „přes rameno maminky“. Je poloha nejméně vhodná, protože tato vertikální poloha novorozence nadměrně , váhou hlavičky vůči ostatním částem těla, zatěžuje a křiví páteř. Navíc si děti na tuto nevhodnou polohu zvykají, a v pozdějším věku jdou až do opistotonu a opožďují se ve vertikalizaci vlastními silami.Kdy bychom mohli polohu tolerovat je v případě ,když se hlavička dostává až do předklonu za rameno, ale to není pohodlné ani mamince ani dítěti. Proto je vhodnější polohou k odříhnutí poloha tygříka , klubíčka , pejska nebo v srdíčku. Tyto polohy respektují fyziologický a zdravý vývoj páteře a její vertikalizace.(Kiedroňová, 2005)

4.10. Používání autosedačky, lehátka, babyvaku nebo šátku

Autosedačka je nezbytný záchranný a zadržný systém pro cesty autem už od novorozeneckého věku, ale je zcela nevhodná pro dlouhodobé užívání mimo cestu autem. Předčasně vertikalizuje páteř děťátka a zatěžuje sedací hrboly, dále nezajišťuje dostatečně fixaci hlavičky, kterou novorozenec ještě neudrží ve správné poloze. Proto do autosedačky vkládáme novorozence v klubíčku buď v zavinovačce nebo na deku a máme ho v ní jen na nezbytně dlouhou dobu. (Kiedroňová, 2005)

Oblibu autosedaček lze vidět i v zahraničí, kde se prováděla havajská studie u 187 rodičů, kde u 94 procent dětí strávilo v autosedačce minimálně 30 minut a dokonce jedno dítě i 16 hodin denně! Vyšlo tedy najevo, že rodiče nadměrně používají autosedačky, které jsou neoddiskutovatelné při jízdě do auta, ale nevhodné pro jiné užívání z hlediska omezení psychomotorického vývoje a nadměrného předčasného zatěžování sedacích hrbolů. (Šebelová, 2009)

Dnes jsou již na trhu autosedačky, které lze napolohovat až do lehu, ty jsou méně škodlivé, ale stále platí použití omezené.

Lehátka jsou také oblíbenou pomůckou, ale ubírají děťátku možnost aktivního pohybu, nemají většinou dostatečně podložená záda a dítě je motivováno si předčasně sedat, proto je vhodné pobyt dítěte v lehátku minimalizovat.

Babyvak a šátek se používá na nošení děťátka z důvodu ukonejšení, kontaktu s rodičem a aby měl rodič při chování děťátka volné ruce.

Z hlediska psychického vývoje děťátka jsou tyto nosítka velmi vhodné, z hlediska správného zakřivení páteře nošení časově omezujeme. Také dbáme na nošení dětí pouze v lehu, aby nedocházelo k předčasné škodlivé vertikalizaci..

4.11. Zásady správné manipulace s novorozencem

S novorozencem manipulujeme šetrně, klidně, jistě. Při přehmatech respektujeme držení hlavičky, podpírání páteře, nevertikalizaci. Snažíme se napodobit podmínky nitroděložního života teplým, měkkým ukládáním novorozence ke spánku i aktivního bdění. Vyhýbáme se dotekům a tlakům na krček a nošení děťátka

ve vzpřímené poloze. Učíme se manipulovat s dítětem správně všichni, kdo se o něj staráme a učíme se manipulovat na obou rukou. Vždy s novorozencem manipulujeme pomalu, tak abychom se vystříhali jeho úlekových reakcí a tím mu dráždili zbytečně jeho nezralý nervový systém. První týdny myslíme na každý úchop a trpělivě se jej správně učíme. (Kiedroňová, 2005)

5. SYNDROM TŘESENÉHO DÍTĚTE

V rámci správné manipulace je důležité upozornit na syndrom třeseného dítěte (shaking baby syndrome), který se diagnostikuje především v zahraničí přibližně u 30 dětí na 100000 dětí. Zoufalí rodiče nebo ošetřovatelé děťátka s plačícím dítětem třesou a tím způsobí krvácení do mozku. Novorozenec i kojeneček nemá ještě dostatečně posílené krční svalstvo a vzhledem k nepoměrně větší hlavě oproti tělu dochází při nevhodné manipulaci ve smyslu nevhodného třesení, cloumání a šubání s tělíčkem k hyperflexi a hyperextenzi krčního svalstva a tím k popraskání křehkých krevních cév s následkem subdurálního nebo retinálního krvácení, poškození míchy, otoku až nevratnému poškození mozku (např. epilepsie v pozdějším věku, psychomotorická retardace, problémy se soustředěním, slepota, hluchota, mozková obrna) či v nejhorším případě, ke smrti dítěte. (Draxlerová, 2010)

Protože je toto onemocnění označováno za syndrom, nalézáme zde skupinu příznaků, které se ale objevují ve většině případů později i po několika měsících jako podrážděnost, porušený příjem potravy, letargie, poruchy dýchání, obracení očí „v sloup“, křeče, vypouklá fontanela, namodralá barva kůže. (Draxlerová, 2010)

Syndrom se většinou plně rozvíjí pokud rodič špatně manipulující s dítětem zakončí nárazem jako např. nevhodně rychlé položení dítěte na matraci či jinou podložku. Za nevhodnou manipulaci považujeme i vyhazování dítěte do výšky. (Draxlerová, 2010)

Za důležité považujeme upozornit rodiče na nevhodné třesení s dítětem, pokud mu chtějí poskytnout první pomoc při zástavě dechu, který monitoruje monitor dechu kojence. Rodiče by měli znát správné poskytnutí první pomoci, aby se nestalo, že místo záchrany děťátku ublíží. (Draxlerová, 2010)

Ikdyž se započítává tento syndrom mezi týrání dětí, tato práce na něj upozorňuje pouze jako úrazový syndrom vzniklý následkem nesprávné manipulace.

5.1. Uklidňování novorozence

Hlavním vyvolavatelem nevhodného třesení s novorozencem je pláč dítěte. Děťátko nezvykáme uklidňovat natřásáním, poplácáváním nebo divokým třepáním v kočárku, ale uklidňujeme jej klidným nošením dítěte v náručí nebo ve vhodném nosítku (babyvak, šátek) a přecházením po místnosti. Je výhodné děťátko nosit na levé straně hrudníku, kde slyší zřetelně bijící srdce. (Elstnerová, 2003)

K podkládání dítěte v postýlce nebo kočárku používáme měkkou peřinku nebo polštář, kde se děťátko „uhnízdí“, je mu teplo a necítí otřesy. (Elstnerová, 2003)

Jako nejvhodnější polohu pro nošení volíme „klubíčko“, při kterém je stabilizována hlava i trup v mírném předklonu, končetiny volně pokrčené v klíně, pěsti povolené. (Elstnerová, 2003)

6. SYNDROM NÁHLÉHO ÚMRTÍ (SIDS-SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME)

Podle akademie amerických pediatriů definujeme tento syndrom jako náhlou smrt dítěte do jednoho roku věku, která zůstane nevysvětlená po důkladném vyšetření dítěte, odebrání rodinné anamnézy a prostředí, kde k tomu došlo a po pitvě. (AAP, 2000)

Akademie amerických pediatriů doporučila na jaře roku 1992 jako nejvhodnější pozici pro spaní novorozence a kojence polohu na zádech. Jako nejvhodnější by se zdála poloha na boku, v té ale může dojít k překulení děťátka na břicho. (AAP, 2000)

Jako nejčastější rizikové faktory byli vyzkoumány:

- kouření matky v těhotenství
- kouření rodičů v domácnosti, kde dítě spí
- přehřátí dítěte
- měkké polštáře, deky a plyšové hračky v postýlce těsně kolem děťátka
- špatná či žádná prenatální péče
- spaní rodičů s dítětem v jedné posteli, pokud je rodič ovlivněn alkoholem nebo jinou látkou ovlivňující vědomí člověka
- nízká porodní váha
- nezralost novorozence
- neinformovanost rodičů o preventivních opatřeních vůči syndromu náhlého úmrtí (AAP, 2000)

Některé studie uvádí ochranný účinek kojení vůči SIDS, ale dle jiných pracovních skupin je nedostatek důkazů. 4 nedávné studie prokázaly výrazně nižší výskyt SIDS u dětí, které mají dudlík na spaní než u dětí, které je nepoužívají. Sporné je i vyšší riziko u dětí, které byli matkami záměrně týrané. (AAP, 2000)

Používání monitoru dechu kojence?

Elektronické dýchací nebo srdeční monitory pro novorozence a kojence byly uznány cennými pro detekci kardiopiračních onemocnění, neexistují ale žádné důkazy, že snižují výskyt SIDS.(American academy of Pediatrician, 2000)

7. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na přehledové zpracování nejnovějších poznatků o správné manipulaci s novorozencem vzhledem k jeho zdravému psychomotorickému vývoji.

Motivace psát tuto práci vznikla při mé práci porodní asistentky v terénu, kdy při návštěvách matek v šestinedělí zhruba 5 ze 7 matek polohuje a manipuluje s dětmi špatně, předčasně je dává do vertikální polohy u odříhnutí, protože se to naučí v porodnici v polosedu, což je správně, ale už neví, že při chůzi nebo ve stoje tato poloha je nevhodná pro novorozence. Nebo i když znají správné polohování a manipulaci z předporodního kursu nebo z porodnice, doma na ně tlačí babičky, aby polohovaly děti nevhodně (včetně spaní dětí na bříšku) a maminky, většinou plačtivě podlehnou a kojeneček si zvykne a potom vyžaduje nošení ve špatné poloze a už většina maminek, aby děťátko neplakalo, ho správným polohám neučí.

Takové výsledky zjistila i Mgr. Šebelová Michaela ve své diplomové práci na FTVS UK Praha v roce 2010, kdy zjišťovala návyky a názory matek při péči o jejich dítě v souvislosti s psychomotorickým vývojem dětí v anketním šetření u 253 matek s 324 dětmi do čtyřech let věku dítěte. U všech sledovaných skutečností ukázaly výsledky nerespektování principů a dynamiky motorického vývoje dítěte, snahu o urychlování vývoje dítěte na úkor jeho kvality, nadměrné omezování dítěte v pohybu využíváním autosedaček, i přesto, že matky měly dostatek informací, ale v praxi je nevyužívaly.

I známý rehabilitační lékař doc. Paedr. Kolář uvádí v článku odborného časopisu pro fyzioterapeuty a rehabilitační lékaře, že problém vadného držení těla, který je dle něj asi u 30 procent dětí není vyřešen a správně řešen.

Z pohledu pediatrů a rehabilitačních lékařů je nejdůležitější, aby se s dítětem manipulovalo v souladu s jeho psychomotorickým vývojem, přičemž pokud se dítě nebude vyvíjet fyziologicky a zdravě, může se nesprávnou manipulací zhoršit jeho vývoj a podpořit ho ve špatných pohybových vzorcích, v prohloubení vadného držení těla a nesprávném zapojování svalových skupin.

Rehabilitační lékaři také zdůrazňují důležitost rozpoznání odchylky od správného vývoje již v ordinaci obvodního pediatra či ošetřující osoby v domácím prostředí , nejčastěji matky a včasné rehabilitaci i u případů nejasných jako preventivní opatření.

Z hlediska psychologického je jasně vypichováno šetrné zacházení s novorozencem se zajištěním podmínek , co nejpodobnějším jako mělo děťátko v děloze a znovu návrat k metodám jako je zavínování nebo hnízdění.

Vždy ovšem musíme myslet na prevenci syndromu náhlého úmrtí, vhodně se snažit děťátko dávat spát na záda a vystříhat se nadměrnému nacloumání s dítětem s ohledem na hrozící syndrom třeseného dítěte.

Každá osoba, která pečuje o novorozence by měla dobře znát fyziologii psychomotorického vývoje člověka, abychom nového jedince podpořili v jeho zdravém vývoji a neubližovali mu, když třeba neúmyslně.

Literatura je velmi dobře zpracovaná a dostupná všem. I tato práce by měla sloužit k edukaci všech pečovatelů o novorozence , co se manipulace s ním týče.

8. LITERATURA A PRAMENY

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Task force on infant sleep position and sudden death syndrome , 2000, [online], dostupné na: (<http://aappolicy.aappublication.org/cgi/reprint/pediatrics>),

<http://www.aafp.org/afp/980401ap/carroll.html> graf č.1

http://www.nichd.nih.gov/SIDS/upload/SIDS_rate_back_sleep_2006.pdf

<http://www.sidscenter.org/Statistics.html> graf č.2

CÍBOCHOVÁ, R. Psychomotorický vývoj v prvním roce života dítěte. *Pediatric pro praxi*. 2004, roč. 6, str.291-297, [online], dostupné na [www. solen.cz](http://www.solen.cz)

ČAPKOVÁ, J.a HAK, J. Ošetřování kojence v zavinovačce. *Pediatric pro praxi*. 2007, roč.1., str. 52-53, [online], dostupné na [www.solen. cz](http://www.solen.cz)

DORTOVÁ, E. Přístup k dětem se svalovou hypertonií v novorozeneckém a kojeneckém věku. *Pediatric pro praxi*. 2009, roč. 5, str. 322-324 , [online], dostupné na [www. solen. cz](http://www.solen.cz)

DRAXLEROVÁ, M. *Problematika a prevence syndromu třeseného dítěte z retrospektivního pohledu sestry*. Diplomová práce obhájená na zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v r. 2010. 121s. Depon. in: Archiv Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

ELSNETROVÁ, L. Rizikový novorozenec propuštěný do domácí péče pohledem neonatologa. *Pediatric pro praxi*. 2003, roč. 2, str. 95-97, [online], dostupné na www.solen.cz

FENDRYCHOVÁ, J. , BOREK, I. a kolektiv autorů. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: Mikadapress, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4

FENDRYCHOVÁ, J. Kinestetika v ošetřování novorozenců. *Pediatric pro praxi*. 2007,roč. 3, str. 188-189, [online], dostupné na [www. solen. cz](http://www.solen.cz)

FENDRYCHOVÁ, J. Bezpečnost ošetřovatelských postupů - koupání novorozence a kojence. *Pediatric pro praxi*. 2010, roč. 2, str. 126-128, [online], dostupné na [www. solen. cz](http://www.solen.cz)

GEBAUER- SESTERHENN, B. *Velká kniha o dietěti*.1 vyd. Brno: Computer Press, 2010. 272 s. ISBN 978-80-251-3285-2

- HELLBRÜGGE, T. , ŠOLFÉS, L., ARCHALOVSKÁ, A., a ILENČÍKOVÁ, D. *Prvních 365 dní v životě*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010.168 s. ISBN 978-80-247-3457-6
- KAVANAGH,W. *Něžné doteky*. 1. vyd. Olomouc: Anag, 2010. 112 s. ISBN 978-80-7263-8
- KIEDROŇOVÁ, E. *Něžná náruč rodičů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 299 s. ISBN 80-247-1210-5
- LEIFER, G. *Úvod do pediatrického a porodnického ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 951 s. ISBN 80-247-0668-7
- LIEDLOFF, J. *Koncept kontinua: hledání ztraceného štěstí pro nás i naše děti*.1 vyd. Praha: Dharmagaia, 2007.174 s . ISBN 978-80-86685-79-3
- MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 5.vyd. Praha: Portál, 2008. 108 s. ISBN 978-80-7367-504-2
- MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 182 s. ISBN 80-247-0870-1
- REHM-SCHWEPPEOVÁ, R. , GRABOSCHOVÁ, S. *Masáž děťátka*.1. vyd. Praha: Euromedia group, 2010. 94 s. ISBN 978-80-249-1369-8
- SHELOV, Steven P., HANNEMANN, Robert E. *Caring of your baby and young child*. 4 th ed. New York: Publix, 2004. 454 p. ISBN 0-553-38290-X
- ŠEBELOVÁ, M. a NOVÁKOVÁ T. Informovanost matek o motorickém vývoji dítěte do období dosažení bipedální lokomoce. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2009, č.1., s.39-43.
- TROJAN, S., DRUGA, PFEIFFER, J. a VOTAVA, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada, 2005. 240 s. ISBN 80-247-1296-2
- WALTER, B. a VELTEN, H. *Masáže kojenců*. 1.vyd. Praha:Grada, 2010. 124s. ISBN 978-80-247-2739-4

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 : Správná manipulace s novorozencem

Příloha č.2 : Kampaň „ Back to sleep“

Příloha č.3 : Grafy počtu syndromu náhlého úmrtí

PŘÍLOHA Č.1.

Obr.č.1 Správné zavinování (Čapková , 2007)



Obr.č.2 Hnízdění (Čapková, 2007)



Obr. č.3 Poloha na boku (Čapková, 2007)



Obr .č . 4 Špatné držení dítěte v hypertonii podporujícího epistotonus (Dortová, 2009)



Obr. č. 5. Správné držení dítěte v klubíčku odstraňující hypertonii (Dortová, 2009)



Obr. č. 6 Fyziologická poloha novorozence na břiše (Kolářová, 2007)



Obr. č. 7 Správné zvedání novorozence (Hendrychová, 2007)



Obr. č. 8 Správné držení novorozence u kojení [online], dostupné na www.kojeni.cz



Obr. č. 9 Vhodná poloha k odříhnutí na tygříka [online] ,dostupné na www.horolezci.cz/maruska/article/13/poloha-tygrik



PŘÍLOHA Č. 2

Kampaň „Zpět ke spaní na zádech“, která způsobila v USA dramatický pokles SIDS u kojenců o více než padesát procent začala v roce 1994. (American Academy of Pediatrics, 2000)



Education Campaign

The Back to Sleep campaign began in 1994 as a way to educate parents, caregivers, and health care providers about ways to reduce the risk for Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). The campaign was named for its recommendation to place healthy babies on their backs to sleep. Placing babies on their backs to sleep reduces the risk for SIDS, also known as "crib death." This campaign has been successful in promoting infant back sleeping and other risk-reduction strategies to parents, family members, child care providers, health professionals, and all other caregivers of infants.

This campaign is sponsored by the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), the Maternal and Child Health Bureau of the Health Resources and Services Administration, the American Academy of Pediatrics (AAP), First Candle/SIDS Alliance, and the Association of SIDS and Infant Mortality Programs.

Since the campaign started, the percentage of infants placed on their backs to sleep has increased dramatically, and the [overall SIDS rates have declined by more than 50 percent](#) (PDF - 49 KB).

The safe sleep strategies outlined in Back to Sleep materials and publications are based on research findings defined by the AAP Task Force on SIDS. You can read the [latest policy statement from the AAP Task Force on SIDS \(2005\)](#).

Based on the AAP Task Force recommendations, parents and caregivers can make changes to their babies' sleep environment to make it safer and to reduce the risk for SIDS. The photo on the

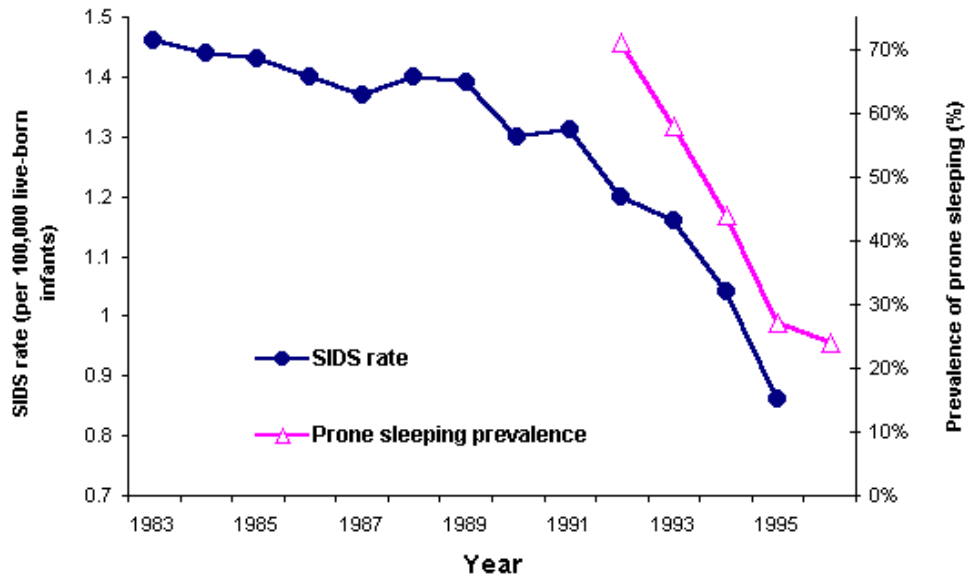


right shows a safe infant sleep environment. See the [What does a safe sleep environment look like?](#) publication for more information.

NEW New for nurses! The NICHD offers the Continuing Education (CE) Program on SIDS Risk Reduction: Curriculum for Nurses for CE credit. [Learn more about the CE Program](#). Nursing CE partners can now access [CE dissemination materials](#).

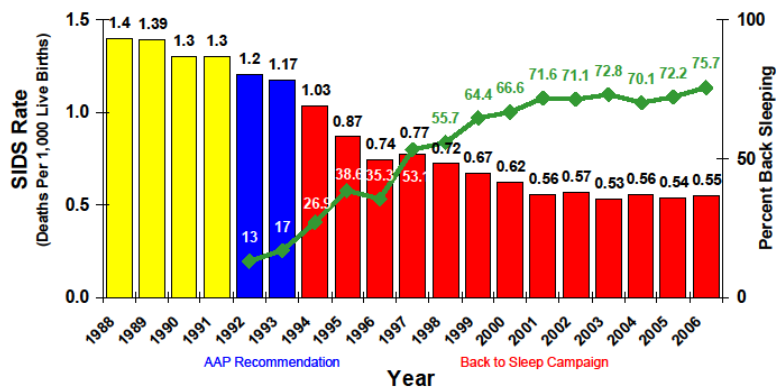
PŘÍLOHA Č.3

Pokles syndromu náhlého úmrtí spolu s poklesem spaní novorozenců a kojenců na břiše po zahájení kampaně „Zpět ke spaní na zádech“ (American family physician, 1998)



Pokles syndromu náhlého úmrtí v USA v souvislosti s kampaní v r.1994 a nárůst spících dětí na zádech (American family physician, 1998)

SIDS Rate and Back Sleeping (1988 – 2006)



SIDS Rate Source: CDC, National Center for Health Statistics,
Sleep Position Data: NICHD, National Infant Sleep Position Study.