

Komplexní péče o dítě s fetálním alkoholovým syndromem

Jitka Trčalová

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jitka Trčalová**

Osobní číslo: **H11096**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Komplexní péče o dítě s fetálním alkoholovým syndromem**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení základních pojmů a teoretických východisek – fetální alkoholový syndrom, růst a vývoj dítěte, růst a vývoj CNS a jeho poruchy, specifika ošetřovatelské péče o dítě s FAS.

Zpracování kazuistiky a specifikace jednotlivých intervencí u dítěte s FAS.

Identifikace rizik pro další vývoj u dítěte s FAS.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HRODEK, Otto a Jan VAVŘINEC. Pediatrie. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-178-5.

CHVÁTALOVÁ, Hana. Jak se žije dětem s postižením. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-588-1.

NEVORAL, Jiří. Výživa v dětském věku. Praha: H a H, 2003. ISBN 80-86-022-93-5.

LEBL, Jan, Kamil PROVAZNÍK a Ludmila HEJCMANOVÁ. Preklinická pediatrie. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-246-1321-5.

VOJTA, Václav. Mozkové hybné poruchy v dětském věku. Praha: Avicenum, 1993. ISBN 80-85424-98-3.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

15. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

23. května 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.

děkanka



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 22.5.2014

.....
Tzdelenci

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Cílem teoretické části bakalářské práce je popsat fetální alkoholový syndrom se zaměřením na psychomotorický vývoj, vývoj CNS, nejčastější poruchy a výživu dítěte s tímto syndromem.

Cílem praktické části je popsat problémy vyskytující se ve vývoji a výchově dítěte s fetálním alkoholovým syndromem a především shromáždit informace o intervenci všeobecné sestry v péči o dítě postižené fetálním alkoholovým syndromem. Důležitým cílem průzkumu je v neposlední řadě také zjištění a popsání reakcí dítěte s tímto syndromem ve vztahu k aplikovaným intervencím.

Klíčová slova: fetální alkoholový syndrom, dítě, psychomotorický vývoj, centrální nervová soustava, výživa, intervence

ABSTRACT

The theoretical part of the thesis is to describe fetal alcohol syndrome, focusing on psychomotor development, development of CNS, the most common nutritional disorders and child with this syndrome mem.

The practical part is to describe the problems encountered in the development and education of a child with fetal alcohol syndrome and primarily to gather information about the intervention in a widely nurses in the care of a child affected by fetal alcohol syndrome. An important goal of the research is, ultimately, finding and describing the reaction of a child with this syndrome in relation to the applied interventions.

Keywords: fetal alcohol syndrome, child psychomotor development, central nervous system, nutrition, intervention

„Co jste učinili pro jednoho z mých malých, pro mě jste učinili“ (Mat. 25/40)

Děkuji Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za metodické vedení a odborné rady při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem mým kolegyním, které se mnou spolupracovaly a byly mi oporou.

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

Ve Zlíně 22. 5. 2014

Jitka Trčalová

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 FETÁLNÍ ALKOHOLOVÝ SYNDROM.....	12
2 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE DO TŘÍ LET VE VZTAHU K FAS	15
2.1 NOVOROZENEC.....	16
2.2 KOJENEC	17
2.2.1 I. trimenon (1. – 3. měsíc).....	17
2.2.2 II. trimenon (3. – 6. měsíc).....	18
2.2.3 III. trimenon (6. – 9. měsíc).....	18
2.2.4 IV. trimenon (9. – 12. měsíc).....	19
2.3 BATOLE.....	19
3 RŮST A VÝVOJ DÍTĚ VE VZTAHU K FAS.....	21
3.1 TĚLESNÁ DÉLKA	21
3.2 TĚLESNÁ HMOTNOST	22
3.3 OBVOD HLAVY	22
4 VÝŽIVA DÍTĚTE S FAS	23
4.1 KOJENÍ.....	23
4.2 UMĚLÁ VÝŽIVA	24
4.2.1 Antirefluxní mléko	24
4.2.2 Příkrmy.....	24
4.2.3 Batolecí období	25
5 VÝVOJ CENTRÁLNÍ NERVOVÉ SOUSTAVY A JEJÍ PORUCHY VE VZTAHU K FAS	26
5.1 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍZNAKY PORUCH VÝVOJE U DÍTĚTE S FAS.....	26
6 KOMPLEXNÍ PÉČE O DÍTĚ S FAS V DĚTSKÉM CENTRU.....	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
7 KVALITATIVNÍ PRŮZKUM	32
8 KAZUISTIKA DÍTĚTE S FAS.....	33
9 ZHODNOCENÍ KAZUISTIKY A OBECNÁ DOPORUČENÍ PRO PÉČI O DÍTĚ S FAS	54
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	59
SEZNAM OBRÁZKŮ	60
SEZNAM FOTOGRAFIÍ.....	61

SEZNAM PŘÍLOH.....	62
---------------------------	-----------

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je „Komplexní péče o dítě s fetálním alkoholovým syndromem“.

Ve své práci se věnuji problematice péče o dítě s tímto postižením, a to nejen po stránce teoretické, ale zejména praktické. Popisuji zdravotní a psychické problémy dítěte s fetálním alkoholovým syndromem a také to, jak konkrétní problémy řešily všeobecné sestry a jakých intervencí bylo použito, ve snaze zlepšit celkový zdravotní a psychický stav dítěte. V závěru práce se zamýšlím nad prognózou dítěte s tímto postižením, jelikož následky jsou celoživotní. Když jsem pátrala v odborné literatuře po tom, jak se chovat k takovému malému pacientovi, našla jsem velmi málo informací o ošetřování dítěte s diagnózou fetální alkoholový syndrom. Chyběly informace k péči v raných stádiích vývoje, ale i rady k péči o dítě v batolecím, předškolním a školním věku.

Pracuji jako dětská sestra a již několik let se specializuji na diagnostiku psychomotorických odchylek u dětí v raném věku. Ve spolupráci s fyzioterapeutem se ve své praxi snažím odhalit tyto odchylky od normy v co nejranějším věku a přiměřenou stimulací, péčí a rehabilitací je kompenzovat, jak nejlépe to jde. Pro další vývoj dítěte s fetálním alkoholovým syndromem je velmi důležitá včasná diagnostika, brzké zahájení rehabilitace a komplexní péče.

V praktické části své bakalářské práce popisuji kazuistiku konkrétního chlapce z mé praxe. S fetálním alkoholovým syndromem jsem se setkala ve své práci poprvé v roce 2011. I pro mne to byla nová zkušenost. Chyběly mi praktické informace, jak se o dítě s tímto postižením starat, jakým způsobem nejlépe řešit jeho potíže s adaptací na prostředí mimo dělohu. Nevěděla jsem, jak řešit jeho problémy s příjmem stravy a velkou dráždivostí centrální nervové soustavy. Začali jsme pomalu a zkoušeli praxí osvědčené postupy od jiných dětí. Některé byly účinné a jiné méně. Velmi pomalu se stav dítěte zlepšoval a i my jsme nabyli rovnováhy a zároveň sebedůvěry v péči o něj.

Startovací podmínky nebyly vůbec dobré, a přesto se nám podařilo, že se psychomotorický vývoj dítěte do jeho dvou let kompenzoval natolik, že jsme ho úspěšně umístili do pěstounské péče. Byla to pro mne neocenitelná zkušenost, a proto bych se o ni ráda podělila.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 FETÁLNÍ ALKOHOLOVÝ SYNDROM

Fetální alkoholový syndrom (dále jen FAS) řadíme do vývojových vad, je to soubor tělesných a mentálních vad novorozence, které vznikají následkem nadměrné konzumace alkoholu matkou během těhotenství. Poškození nervového systému plodu alkoholem, aniž by došlo k jiným znakům fetálního alkoholového syndromu, se označuje ARND – alkohol – related neurodevelopment disorder.

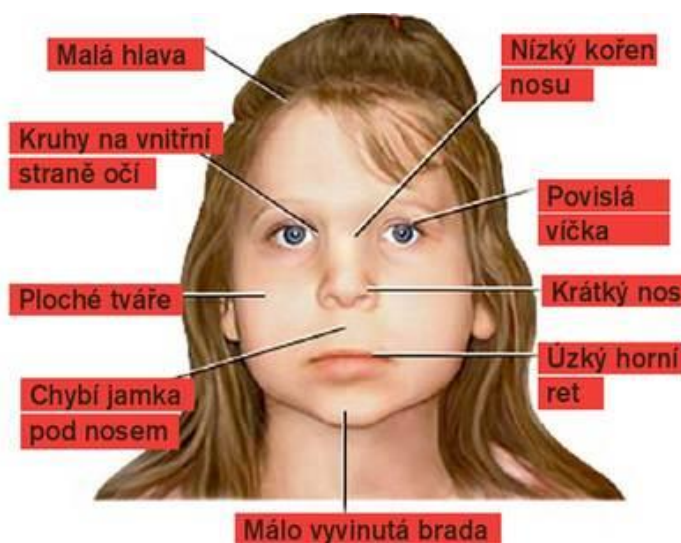
Alkohol (respektive ethanol) prochází placentární bariérou a vstupuje do organismu plodu. Na plod působí teratogenně. Plodová voda slouží jako rezervoár pro ethanol a prodlužuje tak dobu expirace plodu ethanolem. Není přesně známo, jaké množství alkoholu a v jakém časovém úseku, nejvíce poškozuje vyvíjející se plod. Za nejrizikovější se považuje první trimestr. V tomto období mohou vzniknout abnormální rysy obličeje. Nervové buňky mohou být poškozeny účinkem ethanolu. Ve druhém trimestru stoupá riziko potratu plodu, nebo úmrtí plodu ještě v děloze. Dochází ke snížení počtu nervových buněk a útlumu dýchacích pohybů. Ve třetím trimestru dochází při normálním zdravém těhotenství k velkému nárůstu váhy dítěte, působením alkoholu je tento růst přerušen. Prenatální vliv alkoholu se projeví nejen zpomalením růstu a stigmatizací v obličeji, ale mohou být přítomny diskrétnější změny, jako je postižení intelektu, poruchy chování a pozornosti. Tento efekt je výraznější u dětí starších matek. Tyto poruchy bývají někdy častější než FAS (Nešpor, 2010, s. 2).

Většina případů FAS vzniká u matek, které pijí častěji větší množství alkoholu. Teratogenně může působit i jediná dávka alkoholu v průběhu celého těhotenství. Mezi mateřské rizikové faktory konzumace alkoholu během těhotenství patří: nízký socioekonomický status, nezaměstnanost, uvěznění, věk pod 25 let, kouření, drogy, špatný stav výživy, rodinný příslušník či partner závislý na alkoholu. Podle mezinárodní klasifikace nemocí se FAS zařazuje mezi vrozené malformační syndromy způsobené známými příčinami: Q86 - alkoholový syndrom plodu dysmorfický.

Fetální alkoholový syndrom je charakterizován řadou projevů, k nejvýznamnějším z nich patří:

- abstinenční příznaky – celkový neklid, poruchy dýchání, poruchy svalového tonu, poruchy termoregulace, problémy s pitím,
- typické rysy v obličeji – plochá střední část obličeje, úzké rty, vyhlazené philtrum (svislý žlábek mezi rtem a nosem), úzké oční štěrby,
- mikrocefalie různého stupně,
- růstová retardace plodu, novorozenci mají nízkou porodní váhu, hypotrofie přetrvává i v dětství, celkové neprospívání,
- další přidružené abnormality, vrozené vady srdce, strukturální vrozené vady atd.,
- poškození centrální nervové soustavy (dále jen CNS), různé stupně mentální retardace, poruchy chování, kognitivní poruchy, větší sklon k závislosti.

Obrázek č. 1: Dítě s FAS¹ (Příznaky fetálního alkoholového syndromu, © 2014)



¹ Příznaky fetálního alkoholového syndromu. *alkoholik.cz* [online]. © 2014 [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi_a_alkohol/piti_alkoholu_v_tehotenstvi_a_fetalni_alkoholicky_syndrom_fas.html

Neexistuje tzv. bezpečná dávka alkoholu v těhotenství. Proto je nejlepší prevencí, nepít v těhotenství vůbec žádný alkohol, jelikož etanol působí patologicky po celou dobu gravidity.

Fetální alkoholový syndrom znamená celoživotní poškození dítěte. Včasným zásahem lze některé potíže pozitivně ovlivnit. U novorozenců s abstinenčními příznaky se podávají léky tlumící tyto potíže. Proveďte se včasná diagnostika přidružených onemocnění a zahájí se léčba (např. u srdečních vad). Také brzký nástup rehabilitace může významně ovlivnit další prognózu. V předškolním věku je třeba klást důraz na rozvoj kognitivních funkcí a vytvoření klidného a podnětného domácího prostředí.

V dostupných zdrojích jsem hledala, zda existují v České republice statistiky dětí narozených s FAS. Tyto jsem však nenalezla. Obrátila jsem se proto na novorozenecké oddělení Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně, a.s. s dotazem, jestli mají zavedeny statistiky dětí narozených s FAS. Bohužel ani zde se mi nedostalo kladné odpovědi. Z těchto důvodů v práci neuvádím, kolik žije v České republice, případně ve světě, osob postižených FAS.

2 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE DO TŘÍ LET VE VZTAHU K FAS

Tato kapitola se věnuje vzájemnému vztahu vývoje CNS, vývoje psychomotorického, kognitivního, intelektového a psychosociálního s akcentem na dítě s FAS.

Motorický vývoj dítěte je geneticky zakódován a měl by se vyvíjet automaticky, tzn., že je lokomoce vrozená. Pro motorický vývoj je však nesmírně důležité, jaké podmínky k jeho vytváření dítě má. Existuje mnoho faktorů, které mohou do tohoto vývoje zasáhnout, např. rychlost růstu dítěte, prostředí, ve kterém se pohybuje, výživa a přiměřená stimulace. Žádnou vývojovou fázi nelze přeskočit. Žádný z pohybových vzorců od narození do zvládnutí samostatné chůze nemůže dítě vynechat. Pokud se tak stane, nastávají problémy v celém dalším životě.

Pohybové vzorce popsané a roztríděné v trimenonech slouží jako srovnávací měřítko a jsou brány jako ideální motorika. Není ovšem důležité, v kterém měsíci dítě dovednost zvládne, ale to, aby na sebe dovednosti plynule navazovaly a aby je dítě zvládlo správným pohybovým vzorcem. V případě, že tomu tak není, vznikají patologické pohybové stereotypy.

Vojta (1993) uvádí, že existuje fyziologické časové okno, v němž je celý senzomotorický systém dobře ovlivnitelný. Toto časové okno je široce otevřeno zvláště v prvních třech měsících života dítěte (Orth, 2009, s. 31-34).

Z praxe a pozorování mohu potvrdit, že čím dříve se začne s rehabilitací a přiměřenou stimulací dítěte s určitými psychomotorickými odchylkami, tím je jeho šance na vertikalizaci a rozvoj samostatné chůze větší. U dítěte s FAS lze očekávat problémy ve vývoji již v raných fázích života mimo dělohu.

Prvních 12 měsíců života dítěte se dělí na 4 - krát tři měsíce. Tyto časové úseky na sebe plynule navazují. V každém z nich dítě projde vývojem typickým pro toto stádium a to je základ pro vývoj v následujícím trimenonu. Každý trimenon vykazuje specifické rysy ve vývoji vzpřimování a pohybu vpřed. K dobrému posouzení psychomotorického vývoje je dobré u dítěte nejprve pozorovat spontánní hybnost a to, když je dítě v klidu a v pohodě a při dostatku času (Orth, 2009, s. 34-35).

2.1 Novorozenec

Za novorozence považujeme dítě od okamžiku narození po 28. den. Toto stádium je charakterizováno výskytem primitivních reflexů. Těmi jsou: tonické šijové reflexy (TŠR), tonické labyrintové reflexy (TRR), primitivní vzpěrné reflexy, automatická chůze a Moorův reflex (Vojta, 1993, s. 43).

Fyziologický novorozenec se rodí s již fungující soustavou reflexů. Mezi nejdůležitější patří sací a pátrací reflex, které umožňují příjem potravy. U dětí s FAS bývají tyto reflexy často oslabené, tyto děti mají problémy se sáním. Dochází ke špatnému fungování orofaciálních svalů, dítě sají nefunkčně, je unavené a často usíná.

Dítě má již rozvinuté smyslové funkce. Má velmi dobře rozvinutý sluch, dává přednost zvukům o vyšší frekvenci, jako je hlas matky. Zraková ostrost při narození je nízká, ale do šesti měsíců stoupá. Čich hraje podstatnou roli při orientaci novorozence v prostředí, novorozenec rozliší vůni prsní bradavky své matky. Dává přednost sladké chuti a vyhýbá se hořké (Hrodek, Vavřinec, 2002, s. 3).

Novorozenec uložený do polohy na zádech leží asymetricky, s pokrčenými končetinami a hlavičkou uloženou k jedné či druhé straně. Horní a dolní končetiny, na obličejové straně jsou lehce protažené, končetiny na druhé straně jsou pokrčené - postavení „šermíře“. Ruce jsou v pěst. Jeho pohyby jsou zatím nekoordinované. Zdravé dítě má potřebu se otáčet za světlem, pokud otáčí hlavičku, otáčí s ní celé tělo.

Pokud novorozence uložíme do polohy na břicho, je schoulený s hlavou uloženou níže než pánev. Schoulení je způsobené napětím svalů na břicho, zádech a vnitřních svalech steh. Převažuje flekční držení, horní končetiny jsou pokrčené v loktech dolní končetiny také lehce pokrčené. Hlavičku s obtížemi otočí a uloží ke straně. U novorozence s FAS lze očekávat soubor abstinčních příznaků jako je útlum dechového centra, celkový neklid a potíže s adaptací mimo prostředí dělohy. Může se objevit také snížený svalový tonus.

2.2 Kojenec

Za kojence považujeme dítě ve věku 1 měsíc až 1 rok. V tomto období dochází k velkým změnám v oblasti psychomotorického vývoje. A proto je důležité věnovat vývoji dítěte dostatečnou pozornost. Dítě by mělo projít všemi fázemi a zvládnout je se správným pohybovým stereotypem. Dítě potřebuje přiměřenou stimulaci a střídání jídla a spánku.

2.2.1 I. trimenon (1. – 3. měsíc)

Za I. trimenon je považováno období od prvního do třetího měsíce života dítěte. Zde dochází k postupnému vymizení novorozeneckých reflexů. Dítě začíná cíleně používat své tělo.

Pokud je dítě dostatečně stimulováno podněty z okolí, začne v poloze na zádech otáčet hlavičku střídavě na obě strany a pozorovat napřed dospělé a pak hračky (očima fixuje předměty). Hlavičku postupně dokáže držet v ose. Ruce, které byly po narození v pěst, se rozvolňují, aby mohlo dítě chytout hračku (koordinace ruka – ruka – ústa). Ke konci třetího měsíce je tělo i pánev více uvolněná, dítě již není tak schoulené, postupně se rozloží na podložku.

Do polohy na bříšku se zatím dítě nedostane samo. Pokud ho do ní uložíme, pak by mělo během těchto tří měsíců zvládnout tzv. „první vzpřímení“. Dítě se opírá o lokty, ruce jsou lehce sevřeny v pěst. Tělesná hmotnost se přenáší z kosti hrudní na nadbříšek. Hlavičku dítě drží vzpřímenou a dokáže jí volně otáčet na obě strany. Z této polohy na břicho nepřepadává dítě na stranu, je stabilní. Začíná se také zajímat o hračky v jeho zorném poli. Ke konci třetího měsíce se dítěti podaří umístit váhu těla dále k pánvi, oba lokty a spona stýdky tak tvoří opěrný trojúhelník. V sociální komunikaci vidíme první náznak úsměvu. Dochází také k prvnímu vývoji řeči, jsou možné hrdelní hlásky (Orth, 2009, s. 36).

Dítě postižené FAS většinou ve vývoji zaostává již na samém počátku. Jelikož má potíže se sáním, neprospívá a nepřibírá na váze. Sací reflex je málo výbavný, dítě je unavené a spavé. Díky sníženému svalovému napětí nezvládá kvalitně první vzpřímení ani rozložit se dobře na podložku v poloze na zádech. Můžeme pozorovat příznaky zvýšené dráždivosti CNS jako jsou ruce neustále v pěst, výbavný Moorův reflex, plačtivost a motorický neklid při rychlé unavitelnosti.

2.2.2 II. trimenon (3. – 6. měsíc)

Necháme-li dítěti dostatek prostoru a času k volnému pohybu, a dostatek stimulace hračkami a vychovateli, zvládne dítě v tomto období v poloze na zádech tyto dovednosti: zvedá ručičky a snaží se jimi uchopovat hračky, ručky si osahává navzájem a pak je vkládá do pusy. Postupně zvládne dítě uchopit rukou hračku přes střed těla. Nohy dokáže svým úsilím zvednout nad podložku. Napřed si osahává stehna, pak kolena a postupně dosáhne až do třísel (koordinace ruka – noha – ústa). Dítě se otáčí za hračkami na bok a na konci tohoto období, kolem 6. měsíce se zvládá dotočit na břicho, a to na obě strany – tzv. otočení přes „boční vzpřímení“.

Dítě se tedy již samo dokáže aktivně otočit do polohy na břicho. V té začíná trávit více času. Zvládá „druhé vzpřímení“. Ruce se opírají o podložku natažené v loktech a dlaně jsou otevřené. Kvalitně provedené druhé vzpřímení je předpokladem pro další vývoj a správné zapojení břišních a zádočných svalů. Mohou se objevovat první zuby. Ústa jsou zatím nejdůležitější hmatový orgán, dítě strká vše do úst, ústy poznává svět. Objevují se hrdelní hlásky a výskání.

Dítě postižené FAS, které v prvních třech měsících většinou nezvládlo kvalitně první vzpřímení, bude mít v tomto období potíže s polohou na břicho. Dá se očekávat nestabilita v poloze na břicho, dítě je v této poloze nerado, nelibost se obvykle projevuje pláčem.

2.2.3 III. trimenon (6. – 9. měsíc)

V sedmém měsíci začíná dítě zvládat též samostatný obrat z břicha zpět na záda. Začne postupně válet sudy - otáčí se ze zad na břicho a zpět. V poloze na břicho tráví většinu času. Začne „pivotovat“, otáčet se kolem osy pupku za hračkami. Začne objevovat prostor nahoře. Postupně kleká na kolínka a zkouší se houpat. Zvládá šikmý sed a pak se z polohy na všech čtyřech posadí samo. Přibližně v 7. měsíci se dítě posunuje, většinou náhodně, z opory na ruku na oporu o kolena, přemísťuje váhu těla mezi kolena a rukama se začíná houpat tam a zpět. Začíná také rozvoj lokomoce, a to lezení po čtyřech. Prozkoumává stále více prostor nahoře a k tomu potřebuje volnou ruku, ta se natahuje nahoru, aby vzala předmět. Ve vývoji řeči nastává tzv. echolálie – souhlásky jsou řazeny za sebou „mama“, „baba“. Postaví palec do opozice proti ostatním prstům, sbírá drobné předměty (tzv. pinzetový úchop) (Orth, 2009, s. 48-50).

Děti s FAS mají ve většině případů snížené svalové napětí. Toto komplikuje dozrávání většiny pohybových vzorců. Dětem trvá delší dobu, než zvládnou obrat na bok a otočku na břicho.

2.2.4 IV. trimenon (9. – 12. měsíc)

V tomto období se rozvíjí vertikalizace – dítě se samo lezením dostane k hračkám a nábytku. Při lezení po čtyřech se dítě pohybuje na ruku, kolenu a bérkách. Lezení po čtyřech je přípravou pro pozdější chůzi a je důležitým bodem ve správném psychomotorickém vývoji.

Dítě se postupně dostává do vysokého kleku a poté i do stoje. Začíná obcházet nábytek „boční chůzí“. Na konci 12. měsíce se otočí do volného prostoru a přitom se napřed opírá o jednu ruku, postupně oporu uvolní a vypraví se do prostoru. Z prvních nejistých kroků přechází postupně k samostatné chůzi. Ta je nejprve o široké bázi, dítě působí neohrabaně, postupně však chůzi zdokonalí a zvládne i samostatný stoj v prostoru. Uchopuje malé předměty klešťovým úchopem. V tomto období dochází k velkému rozvoji sociální komunikace, dítě umí napodobivé hříčky, pozná své lidi, řekne první slůvka (Orth, 2009, s. 52-56).

U dětí s FAS můžeme očekávat celkové zpomalení psychomotorického vývoje. A to jak v hrubé a jemné motorice, tak v sociální komunikaci. Tyto děti začínají chodit později, jemná motorika se v úchopech rozvíjí pomaleji. Vážně i psychická adaptibilita a rozvoj řeči.

2.3 Batole

Batolecí období je v rozmezí 1 – 3 let. Je to období poznávání světa. Batole se zdokonaluje v již nabitých motorických schopnostech jako je chůze, samostatná chůze v prostoru, chůze do schodů a ze schodů, poskoky, skákání, kopání do míče, běh, dochází i k rozvoji rovnováhy.

Zvládnutí samostatné chůze umožní batoletě více se odpoutat od své matky a zkoumat okolí. Matka ale zůstává důležitým opěrným bodem v jeho životě. Dítě si začíná více uvědomovat samo sebe a s tímto jevem přichází také první výchovné problémy. Dítě se postupně

vymezuje vůči svým vychovatelům i širšímu okolí. Rodiče by tomuto neměli bránit, ale musí určovat hranice tak, aby dítě sice podpořili, ale zároveň ochránili před riziky. Dítě začíná také vnímat své okolí a pocity druhých lidí, vyvíjí se základ empatie, dítě chce potěšit někoho, kdo je smutný, začíná rozumět pocitům jiných dětí, začíná kontrolovat své jednání. Má vědomí o tom, že udělalo něco „špatného“. Dochází k velkému rozvoji slovní zásoby. Ve 12. měsíci řekne první slůvko, kterými vyjadřuje své přání a potřeby. V 18. měsíci užívá aktivně 20 – 50 slov. V tomto období je velmi důležité mluvit na dítě a podporovat ho v řečovém projevu. Pasivní slovník, tzn. porozumění řeči, se vyvíjí rychleji než aktivní slovník. Kolem 2. roku skládá dítě jednoduché věty, ve třech letech jsou věty již rozvítené, dítě si plně uvědomuje své já (Hrodek, Vavřinec, 2002, s. 6).

Dítě se postupně učí sebeobsluže. Učí se samo jíst. Nejprve jí rukama jídlo, které se dá vložit do rukou, pak lžící. Dokáže si vysvléct některé jednodušší části oblečení jako boty, tričko, kalhoty, poté se dokáže i samostatně obléci. Kolem druhého roku již dozrává natolik, že je schopno kontrolovat své svěrače a hlásit potřebu. Čistotu zachovává zpočátku přes den, pak i ve spánku. Kolem třetího roku věku je již většina dětí bez plenek.

Dítě postižené FAS bývá oproti svým zdravým vrstevníkům i v batolecím období opožděné. Hrubá motorika se může díky rehabilitaci postupně kompenzovat a dítě začíná chodit okolo 18. měsíce věku. Vertikalizací současně dochází i k rozvoji řeči a stav se postupně kompenzuje. U batolete s FAS můžeme očekávat i pomalejší vývoj v sociální komunikaci a horší adaptaci na nové neznámé podněty.

3 RŮST A VÝVOJ DÍTĚ VE VZTAHU K FAS

Člověk, ve srovnání s jinými savci, roste relativně pomalu. Jedním z prvních období rychlého růstu, je období od narození do jednoho roku dítěte. Stav růstu a výživy představuje od narození až do konce ukončení růstu zcela mimořádně citlivé ukazatele zdraví a prosperity každého jedince. „Základní pomůckou pro hodnocení růstu dítěte je percentilový graf tělesné výšky, sestrojený na základě národní referenční studie“ (Hrodek, Vavřinec, 2002, s. 3).

Růst je neoddelitelně spojen s problematikou výživy. Pokud dítě žije v podmínkách, které jsou příznivé pro jeho růst, má vhodnou výživu, dobré socioekonomické podmínky a psychologický komfort, tělesný růst probíhá v souladu s doporučenými referenčními údaji. U dětí do tří let hodnotíme tělesnou délku, váhu a obvod hlavy (Lebl, Provazník, Hejčmanová, 2007, s. 25).

3.1 Tělesná délka

Tělesnou délku měříme od narození do dvou let vleže, poté ve stoje (mluvíme již o výšce). Je to velmi stabilní rozměr, který se nikdy v průběhu růstu nezmenšuje. U dětí do dvou let měříme délku vleže, u dětí starších ve stoje. U měření délky těla vleže používáme speciální míru tzv. „korýtko“. Výšku ve stoje měříme u stěny, na níž je upevněné měřidlo. Dítě by mělo být bez obuvi. Základní pomůckou pro hodnocení jsou percentilové grafy, které poskytnou informace, zda se dítě vyvíjí přiměřeně. Pro hodnocení individuálního tělesného růstu jsou používány grafy délky a výšky v kombinaci s tělesnou hmotností. Mezi 3. a 97. percentilem se nachází 94 % populace.

Analýza dat Světové zdravotnické organizace, z angl. názvu World Health Organization (dále jen WHO) na počátku 90. let 20. století potvrdila, že kojené děti bývají menší než děti uměle živené. Proto v roce 1994 začala WHO pracovat na tvorbě nových mezinárodních růstových standardů. V současnosti jsou používány grafy v České republice založeny na průřezových studiích (Hrodek, Vavřinec, 2002, s. 3).

3.2 Tělesná hmotnost

Novorozence a mladší kojence vážíme vleže, starší kojence vsedě, batolata ve stoje. Tělesná hmotnost se sleduje vzhledem k výšce těla a poskytuje základní údaje o stavu výživy dítěte. U velmi malých dětí je nutné tyto hodnoty sledovat průběžně při pravidelných kontrolách u pediatra. Přibývání na váze je velmi individuální záležitostí a vždy se musí hodnotit v souvislosti s délkou, genetickými předpoklady a způsobem výživy.

Průměrná porodní hmotnost novorozence je 3500 g. Děti zdvojnásobí váhu ve 4. – 5. měsíci, ve 12. měsíci až ztrojnásobí.

Dítě s dobrým stavem výživy má od narození plynulý nárůst tělesné hmotnosti přiměřený jeho výšce, věku a pohlaví (Hrodek, Vavřinec, 2002, s. 7).

3.3 Obvod hlavy

Obvod hlavy se měří pásovou mírou těsně nad obočím přes největší vyklenutí v týlu (frontookcipitální obvod). Velikost obvodu hlavy se posuzuje ve vztahu k výšce a váze dítěte a také v souvislosti s obvodem hlavy rodičů (genetické dispozice). Měří se horizontální obvod mozkové části hlavy.

Frontookcipitální obvod hlavy je důležitý parametr pro posouzení vývoje mozku. U zdravých dětí obvod hlavy po narození rychle stoupá a do šesti let dosahuje 90 % své konečné hodnoty. Při hodnocení je potřeba posuzovat obvod hlavy i ve vztahu k celkové tělesné hmotnosti. U dětí s podprůměrným stavem růstu se doporučuje hodnotit obvod vzhledem k jejich výškovému, nikoliv kalendářnímu věku. Děti dystrofické a ohrožené malnutricií mají většinou podprůměrné hodnoty ve srovnání s běžnou populací. Mikrocefalie je indikátorem závažného postižení CNS (Nevoral, 2003, s. 38).

Vliv na stav růstu mají vedle genetických faktorů také životní podmínky, ve kterých dítě vyrůstá a celkový zdravotní stav dítěte. Většina dětí, kterým byl po narození diagnostikován FAS, se rodí s nižší porodní váhou. Bývají to celkově menší novorozenci, a to jak vlivem toho, že matka v těhotenství konzumovala alkohol, tak i nekvalitní výživou samotné matky. Tyto děti mívají menší porodní hmotnost i délku. Lze očekávat menší nárůst tělesné váhy i po porodu, než u běžné populace. Objevují se potíže i s růstem hlavičky.

4 VÝŽIVA DÍTĚTE S FAS

Výživa hraje velmi důležitou roli ve správném a zdravém vývoji dítěte. Zvláště v prvních třech letech je základem pro dostatečný růst, zdraví a psychosociální vývoj dítěte. Nekvalitní či nedostatečná výživa může u dítěte vést k pozdějším komplikacím, jako jsou např. oslabení imunity, obezita, podvýživa či alergie. Pokud má dítě dostatečnou výživu, poznáme to tak, že pravidelně přibývá na váze, je spokojené a jeho celkový vývoj je dobrý.

Jídlo sebou přináší také aspekt psychosociální, mělo by být příjemným zážitkem spojeným s lidmi, které máme rádi. Dítě se postupně učí jíst samo a také se učí zásady správného stolování.

4.1 Kojení

„Dle doporučení WHO/UNICEF by měly být všechny děti výlučně kojeny do 6 měsíců a s postupným zaváděním příkrmů by mělo kojení pokračovat do 2 let věku dítěte, nebo i déle“ (Hrodek, Vavřinec, 2002, s. 89).

Kojení by mělo být zahájeno do jedné hodiny po porodu, pokud to zdravotní stav matky a dítěte dovoluje. Výživa mateřským mlékem slouží jako prevence průjmových onemocnění a syndromu náhlého úmrtí kojence a snižuje riziko potravinových alergií. Příkrmování by mělo začít od ukončeného 6. měsíce. Potřeba výživy donošených dětí s normální porodní váhou je obvykle pokryta mateřským mlékem, a to po dobu šesti měsíců. Mateřské mléko obsahuje nedostatečné množství vitamínu D, zvláště v našich zeměpisných podmínkách. Prevencí je podávání vitamínu D formou kapek, a to do 6 až 12 měsíců věku dítěte. Nedostatek dalších vitamínů je u kojených dětí řídkým jevem (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 29).

Matky, které během těhotenství pijí alkohol, své děti běžně nekojí. Děti bývají ihned po porodu předány do péče odboru sociálně – právní ochrany dětí a tento je umístí do vybraného zařízení.

4.2 Umělá výživa

Pokud matka z jakéhokoliv důvodu nechce nebo nemůže kojit (což často bývá právě u matek dětí s FAS), je nutné nahradit mateřské mléko umělou výživou. Umělá mléčná výživa se co nejvíce snaží napodobit složení mateřského mléka.

Jako zdroj bílkoviny je nejčastěji používána bílkovina kravského mléka, která je speciálně upravena pro potřeby dítěte (Hrodek, Vavřinec, 2002, s. 91).

Mléčná výživa se dělí na počáteční a pokračovací výživu. Počáteční výživa je určena dítěti od jeho narození cca do 4 měsíců věku. Obsahuje všechny nezbytné látky, které dítě pro svůj optimální růst a vývoj potřebuje. Dítě starší 4 měsíců již musí dostávat příkrm, neboť počáteční výživa již nároky rostoucího organismu není schopná uspokojit.

Děti s FAS mívají potíže se sáním, a to se negativně projevuje na stavu výživy zvláště v prvních dnech a měsících po narození. U takto postižených dětí je třeba dbát zvýšené péče o krmení.

4.2.1 Antirefluxní mléko

Pokud dítě trpí gastroezofageálním refluxem (GER), který je u dětí s FAS častější, podáváme antirefluxní počáteční mléko. Toto mléko je zahuštěné rýžovým škrobem nebo karubinem ze svatojánského chleba. Mléko má větší hustotu, tím se zabrání „ublinkávání“ malých kojenců. Podávání antirefluxního mléka je prvním terapeutickým opatřením zabráňujícím návratu žaludečního obsahu.

4.2.2 Příkrmy

V druhém půlroce života (u dětí uměle živených dříve) zavádíme do stravy i první příkrmy. Nemléčný příkrm podáváme lžičkou, nejlépe plastovou. Začínáme malým množstvím a to většinou v dopoledních a poledních hodinách.

Podáváme vždy jeden druh tepelně upravené zeleniny ve formě pyré. Teprve po 3 – 4 dnech přidáme další druh, a to kvůli potravinovým alergiím. Stejným způsobem postupujeme i u ovoce. Pokud si dítě dobře zvykne na zeleninu i ovoce, začneme přidávat libové maso, formou masozeleninových příkrmů.

Postupně můžeme před spaním přidat kaše, a to napřed bezlepkové (rýžové, kukuřičné), a poté i obilninové, které jsou hůře stravitelné díky obsahu lepku. Lepek obsahující potraviny nepodáváme dříve než v šesti měsících! Do té doby je sliznice střeva nezralá a není schopna lepek zpracovat.

Kravné mléko a výrobky z něj nejsou pro svůj vysoký obsah bílkovin vhodné pro děti do jednoho roku. Výjimku může tvořit jogurt. Jídlo do jednoho roku nesolíme, nekořeníme a nepřisladujeme (Gregora, 2004, s. 26).

4.2.3 Batolecí období

Ve druhém roce života dítěte se strava začíná přibližovat stravě dospělých. Dítě by mělo jíst pětkrát denně. Nabízená jídla by měla být rozmanitá. V závislosti na vývoji chrupu s většími kousky. Dítě by mělo vypít denně 500 ml mléka. Podáváme co nejvíce různých potravin, napřed po jednom v menších dávkách. Dítě může některé potraviny nejdříve odmítat, a to proto, že chuť potraviny nezná. Podáme mu tedy tuto potravu znovu v menším množství, vytrváme v nabízení, dítě většinou potravu přijme. Stravu moc nesolíme ani nekořeníme. Zpočátku volíme jídlo do ruky tak, aby se dítě naučilo jíst samo a přinášelo mu to uspokojení.

Je nutné dbát na dostatečnou konzumaci ovoce a zeleniny a také se vyvarovat slazených nápojů a bílého cukru. Všechny výše uvedené zásady platí i pro dítě s FAS. Je nutno věnovat zvýšenou pozornost správné výživě dětí postižených tímto syndromem, jelikož děti s FAS se rodí s nízkou porodní váhou, mívají zpočátku potíže se sáním a přijímáním potravy a nebývají kojené, jak již bylo zmíněno výše.

5 VÝVOJ CENTRÁLNÍ NERVOVÉ SOUSTAVY A JEJÍ PORUCHY VE VZTAHU K FAS

Centrální nervová soustava (dále jen CNS) je nejvýše postaveným řídicím systémem v organismu. Řídí a zasahuje do funkcí všech orgánů. Vývoj mozku je do určité míry geneticky determinován, ale správná realizace tohoto programu je také závislá na vnitřních i vnějších vlivech, a to jak v pozitivním, tak v negativním slova smyslu. Dobře fungující, časněji vyvinutá část mozku, ovlivňuje vývoj dalších částí. Charakter postižení závisí na tom, ve které fázi vývoje mozku došlo k poškození, na rozsahu poškození a kompenzačních mechanismech (Komárek, Zumrová, 2000, s. 59).

V postižené mozkové tkáni vznikají chybná spojení, následkem toho je omezení dítěte v motorickém vývoji a dítě si vybírá náhradní pohybové vzorce (patologickou motoriku). Zaostávání motorického vývoje jde ruku v ruce s opožděním vývoje mentálního.

5.1 Nejčastější příznaky poruch vývoje u dítěte s FAS

U dítěte s poškozením CNS pozorujeme oproti zdravému jedinci chudší spontánní motoriku a opožděný vývoj vzpřimovacích mechanismů.

Na konci I. trimenonu hodnotíme hlavně symetrické držení hlavy. Přetrvává-li predilekční držení hlavy k jedné straně a to i do II. trimenonu, považuje se to za známku psychomotorické retardace. Zaťaté pěstičky s palcem schovaným v dlani jsou taktéž významným ukazatelem problému CNS.

Budoucí kvalitu života dítěte významně ovlivňuje včasná diagnostika a léčba poruch vývoje. Správný vývoj posturálních funkcí lze ovlivnit správnou rehabilitací a nemusí dojít k většímu rozvoji patologické motoriky. Rehabilitace usiluje o to, aby se nerozvinuly patologické hybné stereotypy, protože pokud již vzniknou, jsou velmi těžko odbouratelné (Lebl, Provazník, Hejmanová, 2007, s. 41).

- **Hypotonický syndrom:** hlavním příznakem hypotonického syndromu je chudá spontánní motorika, ochablé držení těla v poloze na zádech, změněná svalová konzistence a zvýšená kloubní flexibilita. Příčina může být neurogení (centrální x periferní) a svalová.

Dítě v I. trianonu je v poloze na zádech nápadně ochablé, hlava bývá většinou rotovaná k jedné straně, horní končetiny jen lehce flektovány v loktech, dolní hyperabduktované v kyčelních kloubech s flexí v kolenních kloubech. Je výbavný tzv. fenomén pásovce – dítě předkloníme, je hyperextenzibilita v kyčelních kloubech, hlava je položena na podložce mezi koleny, břicho se dotýká dolních končetin. Je přítomna hypotonie trupu. Dítě položené na břicho nezvládá I. vzpřímení, leží chabě s končetinami abduktovanými v kyčlích. Úchopové reflexy na horních i dolních končetinách jsou méně výbavné (Hrodek, Vavřinec, 2002, s. 515).

- **Mikrocefalie:** je závažná porucha projevující se zakrněním/předčasným ukončením vývoje mozku a celé hlavy. Bývá příznakem závažného onemocnění a u FAS se objevuje často. Příčinou může být buď zpomalený nebo nedostatečný vývoj mozku či předčasné uzavření lebečních švů. Poškození začíná zpravidla již ve fetálním období a vyvíjí se dále v postnatálním období v prvních dvou letech života. Škody na mozku jsou závislé na růstové aktivitě kostí ve švech a zvětšující se velikosti mozku. Vyskytuje se u řady genetických syndromů nebo u vrozených vývojových vad.

6 KOMPLEXNÍ PÉČE O DÍTĚ S FAS V DĚTSKÉM CENTRU

Dětské centrum je nestátní zdravotnické zařízení, řízené krajským úřadem. Dětské centrum poskytuje komplexní zdravotní, psychologickou, výchovnou a sociální péči dětem a jejich rodinám. Má dvě části, a to část ústavní a část okamžité pomoci. A obě tyto části poskytují komplexní péči dětem od narození do šesti let.

O děti se stará multidisciplinární tým. Tento tým je složen z dětského lékaře a všeobecných sester které pracují přímo s dětmi a poskytují jim komplexní celodenní péči, a to formou ošetrovatelské a výchovné činnosti. Jako metody ošetrovatelské a výchovné práce se používají bazální stimulace, metoda Portage a Snoezelen. Na podporu imunity a obranyschopnosti organismu se v dětském centru využívá saunování a otužování. Jako formu dechové rehabilitace využívají sestry míčkování.

Výchovně vzdělávací plán je realizován v rámci celého multidisciplinárního týmu a respektuje individualitu každého dítěte s ohledem na jeho zdravotní stav a aktuální vývojovou úroveň. V průběhu celého dne se střídají činnosti od spontánní a řízené, skupinové a individuální až po rozvíjení pohybové aktivity. Společným prvkem všech činností je hra a prožitok. Využívají se prvky moderního terapeutického vedení jako je strukturované učení, metoda Portage, metoda Dobrého startu.

Dále poskytuje dětské centrum péči fyzioterapeuta, který dochází do zařízení dvakrát týdně. V dětském centru je speciální rehabilitační místnost, vybavená pomůckami jako jsou Vojtův rehabilitační stůl, velké a malé rehabilitační míče, pomůcky pro nácvik rovnováhy, pomůcky pro míčkování a rehabilitační bazén s balónky. Fyzioterapeut využívá ve své práci s dětmi metody posturální stabilizace, stimulace psychomotorického vývoje, Vojtovu terapii, terapii dle Bobatha, senzomotorickou stimulaci, balanční cvičení a relaxační techniky. Fyzioterapeut provede základní diagnostiku hybného problému dítěte a naplánuje rehabilitační péči, kterou pak každodenně s dítětem provádí zaškolená všeobecná sestra.

Děti mají také psychologickou péči. Psycholog se věnuje jak základní diagnostice dětí, tak práci s nimi. Způsoby práce jsou: práce s dětmi od narození do šesti let, individuální a skupinová terapie, odborné psychologické vyšetření, preventivní a léčebné působení a psychologické poradenství.

Další členem týmu je logoped. Ten zajišťuje ranou identifikaci problémů s řečovým projevem a intervence. Péče je zaměřená na komplexní rozvoj komunikace a oblasti s ní souvi-

sející, na cvičení pro rozvoj fonemického sluchu a na korekci vadných řečových funkcí. Logoped pro děti vytváří individuální plán, který je zapsán do logopedického deníku každého dítěte. Pokud má dítě takovou vadu, že brání v rozvoji komunikace, přistupuje se pak ke komunikaci alternativní, a to formou komunikačních deníků, které využívají výměnný komunikační systém. V každodenní péči o dítě je to právě všeobecná sestra, která tyto logopedické intervence provádí.

Dětské centrum také poskytuje péči sociální, kterou zajišťuje sociální pracovník. Péče je uskutečňována v rámci úzké spolupráce se zdravotnickými a odbornými pracovníky, s rodinnými příslušníky dítěte, se soudy a příslušnými městskými úřady. Sociální pracovník má na starosti náhradní rodinnou péči, tedy mapování situace, zda je dítě vhodné k osvojení a pěstounské péči.

Dětské centrum přijímá do své péče děti, o které se rodiče nedovedou, nemohou, nebo nechtějí starat. Děti přicházejí většinou s nějakým handicapem a to od lehčích odchylek vývoje po těžší postižení. Celkový vývoj dítěte bývá také zpomalen vlivem prostředí, ve kterém dítě vyrůstalo. Děti jsou většinou opožděné v psychomotorickém vývoji a s velkou dráždivostí nervového systému. S těmito dětmi mají všeobecné sestry velké zkušenosti.

Dítě postižené FAS má již od samotného narození spoustu zdravotních komplikací. Ihned po narození se u něj objevují příznaky abstinenčního syndromu, jako je nízká porodní váha, neklid a útlum dechového centra. Po propuštění z porodnice a přijetí do dětského centra musí sestry monitorovat jeho základní životní funkce. Dítě potřebuje zvýšenou ošetrovatelskou péči. Má proto samostatný pokoj, dispozičně uspořádaný tak, aby byl dobře a rychle přístupný zdravotnickému personálu. Má také zvýšeně dráždivou nervovou soustavu a samostatný pokoj s minimem rušivých podnětů mu vyhovuje. Dítě s FAS má problémy s příjmem potravy. Objevuje se u něho oslabené orofaciální svalstvo, což mu neumožňuje dobře a kvalitně sát. V důsledku toho je dítě u krmení více unavené, usíná a nevypije určenou dávku mléka. Pokud potíže přetrvávají, nepřibírá dítě na váze a jeví známky celkového neprospívání. Oddělení v dětském centru je vybaveno speciální digitální váhou pro kojence a všeobecné sestry pravidelně monitorují váhu dítěte. Je nutné váhu zohlednit vůči délce kojence. K tomu se používá speciální míra. U dítěte s FAS bývá často mikrocefalie, proto všeobecné sestry měří při pravidelných prohlídkách také obvod hlavy dítěte. K dítěti s FAS přistupují všeobecné sestry jako k dítěti dráždivému, s potížemi v psychomotorickém vývoji. Péče o takové dítě, zvláště v prvních měsících života, probíhá v úzké spolupráci

s dětským lékařem a fyzioterapeutem. Dětský lékař dítě vyšetří a navrhne další postup intervencí, který většinou začíná brzkým nástupem rehabilitace. Fyzioterapeut poté zhodnotí aktuální vývojovou úroveň dítěte a jeho potíže a navrhne přiměřenou formu rehabilitace. Protože fyzioterapeut dochází jen dvakrát týdně, každodenní rehabilitaci s dítětem provádí vyškolená všeobecná sestra. Všechny sestry ovládají také techniky správné manipulace s dítětem, aby se zbytečně nepodporovala jeho dráždivost a aby se dítě dostatečně stimulovalo. Všeobecné sestry mají znalosti o psychomotorickém vývoji dítěte a jeho přiměřené stimulaci pohybem, hrou a hračkami. Využívají relaxační techniky ke snížení dráždivosti dítěte a k podpoře celkového prospívání. Zdravotnický personál k dítěti s FAS přistupuje tak, aby péče byla co nejvíce komplexní a zahrnovala jak složku zdravotní, tak psychosociální.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 KVALITATIVNÍ PRŮZKUM

Jako formu výzkumu jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala kvalitativní průzkum. Kvalitativní průzkum většinou mapuje problémy týkající se života člověka, jeho chování a životního příběhu. V centru výzkumné pozornosti je tedy člověk. Pokud mluvíme o ošetrovatelském průzkumu, je to pacient, kdo je předmětem zkoumání. Kvalitativní průzkum je náročný na čas a poskytuje nám ucelený obraz o pacientovi. Soubor respondentů u kvalitativního průzkumu je poměrně malý, často se zaměřuje jen na jednoho respondenta a zkoumá ho v jeho přirozeném prostředí. V průběhu průzkumu se vyvíjí výzkumník, účastníci i celá výzkumná akce. Kvalitativní průzkum nám pomáhá prozkoumat problémy do hloubky a získat o jevu detailní informace. Přístupuje k jevům v komplexním (uceleném) měřítku a zabývá se respondentem z hlediska holistického pojetí. Holistické pojetí člověka vnímá člověka jako komplexní bytost se svými fyzickými, duševními a duchovními potřebami. Holistické ošetrovatelství se tak snaží tyto potřeby v největší šíři uspokojovat (Kutnohorská, 2009, s. 22 - 35).

Jako techniku průzkumu jsem si zvolila přímé pozorování. Přímým předmětem pozorování je samotný člověk, jeho životní situace a prostředí, ve kterém žije. Výzkumník je při přímém pozorování účastníkem jevů obklopujících pozorovaného.

Jako metodu práce jsem si vybrala kazuistiku – ucelenou a podrobnou studii jednoho problému. V této jednopřípadové kazuistice jsem se snažila dopodrobna nastínit celkový obraz pacienta, jeho potíží a jejich řešení. Tématem mé kazuistiky je komplexní péče o dítě s fetálním alkoholovým syndromem. V kazuistice se snažím velmi detailně popsat zdravotní stav pacienta a obtíže, kterými procházel a také jakých intervencí bylo použito ze strany všeobecných sester ke kompenzaci jeho potíží. Na závěr hodnotím celkový stav pacienta, a zda použitými intervencemi došlo ke zlepšení jeho stavu. Uvádím obecná doporučení, jak přistupovat v ošetrovatelském procesu k dítěti s FAS. Zamýšlím se také nad tím, co bychom mohli v dalším vývoji dítěte s FAS očekávat a jak případným komplikacím předcházet.

8 KAZUISTIKA DÍTĚTE S FAS

Jméno dítěte: Mirek

Měsíc a rok narození: únor 2011

RA: matka alkoholička, otec neznámý, dvě starší sestry v péči otců.

OA: dítě je ze čtvrté rizikové gravidity, bez řádné prenatální péče, dva měsíce před porodem matka zachycena sociální pracovníci a umístěna do protialkoholické léčebny, kde i přes odbornou péči přetrvává abusus alkoholu. Mirek je narozen ve 41. týdnu, spontánně záhlavím, porodní rozměry jsou 3990 g/51 cm, Apgar score 9 – 10 – 10. 6 hodin po porodu se rozvinula periostální cyanóza, CRP negativní, abstinenční syndrom, na vyšetření srdce je objevena hemodynamicky nevýznamná chlopenní vada, ultrazvuk ledvin je v pořádku. Matka při propuštění jeví známky alkoholové ebriety. Proto je na základě soudního rozhodnutí dítě umístěno v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

PŘIJETÍ

Chlapec je přijat do dětského centra dne 8. 3. 2011.

Váha: 3900 g

Míra: 51 cm

Obvod hlavy: 36 cm

Strava: Nutrilon HA 1

PRVNÍ TÝDEN POBYTU

Popis stavu dítěte:

Mírek je novorozenec, stáří 2 týdny. Většinu dne prospí. Na jídlo se budí v pravidelných intervalech po třech hodinách. Při jídle bývá spavý, nejspíše vlivem novorozenecké žloutenky. Dávku nevypije najednou, pospává, sestra musí krmení přerušit, dát dítě odříhnout, poté vypije celou dávku.

Po jídle je neklidný, pláče u jakékoliv manipulace, kterou sestra provádí - přebalení, hygiena, oblékání.

Intervence:

Pokud je to možné, Mirka krátce před tím, než by měl jíst, sestra probudí, přebalí, provede hygienu nebo převlékne. Pak jej teprve sestra nakrmí. Po jídle a odříhnutí, je Mírek uložen do postýlky a okamžitě usíná. Předejde se tak zbytečnému pláči a dalšímu dráždění dítěte.

DRUHÝ TÝDEN POBYTU

Popis stavu dítěte:

Novorozenec, stáří 3 týdny. U Mirka se pravidelně střídá doba jídla a spánku. Jí zhruba po třech hodinách. Před jídlem je plačtivý, po jídle okamžitě usíná. Stále nesnáší jakoukoliv manipulaci po jídle, je neklidný.

Zde začínají problémy s krmením. Zpočátku je před jídlem neklidný a plačtivý. Po nabídnutí mléka rychle saje, ale po první třetině dávky přestává, pláče a nechce dále sát. Při pláči se někdy dostává až do afektu a promodrává v obličeji.

Intervence:

Zajištění co nejklidnějšího prostředí pro dítě. Mírek má samostatný pokoj. Krátce před pitím ho sestra přebalí. Krmení probíhá také v samostatné místnosti, stranou od dětí a ostatního personálu. Sestra krmí Mirka v náručí. Chlapec s krátkými přestávkami vypije půlku dávky Nutrilonu, pak se dává odříhnout a po pauze dopije celou dávku mléka. Chodí již také spávat do kočárku ven, kde bývá klidnější.

TŘETÍ TÝDEN POBYTU

Popis stavu dítěte:

Novorozenec, stáří 4 týdny. Mirek je čím dál více dráždivější. Po jídle sice okamžitě usíná, ale spánek nebývá delší než hodinu. Přes den je neklidný a plačtivý. U jakékoliv manipulace je nespokojený, nemá rád, když se ho někdo dotýká, pláče u oblékání a přebalování. U koupání ve vodě pospává, po vytažení z vody okamžitě pláče. Pláč jde často až do afektu a Mirek promodrává okolo úst. Problémy s příjmem jídla stále přetrvávají, po první půlce mléčné dávky pláče, nechce dále sát, v afektu jde až do záklonu, velmi špatně se krmí v náručí.

Intervence:

Z neklidného chování dítěte lze vyčíst, že prožívá určitý dyskomfort. Až doposud bylo v matčině děloze obklopeno příjemně stísněným prostředím a vnímalo zvuky tlumeně. Pro jeho další vývoj je důležité, aby tyto příjemné pocity zažívalo i mimo dělohu. Malé děti se rády nechávají uklidnit v náručí, kde cítí oporu lidského těla a teplo. Podobně uklidňující pocity má dítě, pokud leží na nějaké měkké podložce (Prekopová, Schweizerová, 1994, s. 22).

Mirek má stále vlastní pokoj. Do postýlky jsme vložili měkkou zavinovačku, aby se cítil v pohodlí a bezpečí. Manipulace se omezuje na co nejkratší dobu. Krmení probíhá v klidném prostředí, stranou od dalšího provozu oddělení. Mirek se již nekrmí v náručí, sestry ho po dobu krmení zkoušejí dávat do dětské lehačky, kde je v poloze „klubíčko“ připomínající polohu v děloze. Dětská lehačka mu poskytuje omezenější prostor, který ho zklidní a je dostatečnou oporu v případě afektů a záklonů celého těla.

ČTVRTÝ AŽ ŠESTÝ TÝDEN ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

Kojenec, míry dítěte v 6. týdnu činí 4550 g/56 cm, obvod hlavy je 36 cm.

Mirek jeví stále větší známky abstinčního syndromu. Je velmi dráždivý při jakékoliv manipulaci. Potíže s jídlem se stále stupňují. U jídla je velmi neklidný, často se stává, že dávku mléka celou nevypije. U jídla pláče až do afektu, promodrává, jde do záklonu. Při

prohlídce je lékařem konstatován fetální alkoholový syndrom, stagnace obvodu hlavy a celkové neprospívání.

Intervence:

Chlapec je odeslán na vyšetření CNS ultrazvukem, kde je konstatován normální sonografický obraz mozku.

V dostupné ošetrovatelské literatuře jsme se snažili nalézt informace o ošetřování dítěte s diagnózou FAS, ale bohužel jsme nic nenašli, proto probíhá péče dále v intencích ošetrovatelské péče o dítě dráždivé, s důrazem na klidné prostředí, šetrnou manipulaci a krmení s přestávkami.

SEDMÝ TÝDEN ŽIVOTA**Popis stavu dítěte:**

Potíže s příjmem potravy se i nadále stupňují. Mirek je neklidný, plačtivý, ani jednu dávku mléka nevypije celou, pokud se sestře podaří ho nakrmit celou dávkou, zvrací. Musí mít přestávky, protože bývá udýchaný a plačtivý. Dostává se v afektu až do opistotonu, promodrává okolo úst, také prsty na nohou a rukou jsou bledé. Při uložení do postýlky hned pláče a nevydrží ležet. Po celý den je v tenzi, chvílemi sledujeme až třes končetin, jindy bývá zase naopak hypotonický.

Intervence:

V dubnu 2011 je chlapec hospitalizován pro poruchu příjmu potravy, FAS a celkové neprospívání do Krajské nemocnice Tomáše Bati, a.s. (dále jen KNTB). Nejdříve je hospitalizován na oddělení dětské JIP, poté na kojeneckém oddělení.

Mirek je v nemocnici čtyři týdny. Během hospitalizace jsou provedeny tyto vyšetření: krevní obraz, biochemie, metabolické vady, vyšetření moči a stolice, RTG hrudníku, SONO břicha, echokardiografie a neurologické vyšetření. Při kultivaci stolice je potvrzena rotavirová infekce a následně nasazen Klacid a probiotické kapky.

Při RTG hrudníku je zjištěn rozštěp páteře mezi sedmým krčním a osmým hrudním obratlem (spina bifida C7 – Th8). Při vyšetření srdce je konstatována stenóza aorty a plicnice je hemodynamicky nevýznamná. Dítě je vyšetřeno i neurologicky, následně je mu konstatováno

ván FAS se stigmatizací v obličeji a predilekcí doleva, pravostranný hemisyndrom, syndrom dráždivého dítěte a je doporučena rehabilitace dle Vojty.

Během hospitalizace je Mirek krmen kombinací Nutrilonu a speciální výživy pro neprospívající kojence Infatrini. Postupně se vypité dávky zvyšují, dítě nezvrací ani nepromodrává.

Doporučení po ukončení hospitalizace: výživa Nutrilon 1 – 6 x denně v dávce cca 60 ml střídát s Infatrini minimálně 2x denně v dávce 70 ml. Při krmení je nutná velká dávka trpělivosti. Od 4 měsíců věku můžeme zařadit do stravy masozeleninové příkrmy. S chlapcem je nutné začít rehabilitovat dle Vojty a za 2 měsíce je doporučena kontrola na neurologii.

DRUHÝ MĚSÍC ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

Po příchodu z nemocnice zpět do dětského centra se péče všeobecných sester zaměřuje jak na udržení dobrého stavu výživy a hydratace, tak na celkový rozvoj chlapce.

Mirek je krmen kombinací Nutrilonu HA v dávce 60 ml 6 x denně a speciální výživy pro děti Infatrini v dávce 70 ml 2 x denně. Přičemž se někdy stalo, že dávku Infatrini nevypil celou. Krmení trvá 20 - 30 min.

I nadále sestry zachovávají zásady péče o dráždivého kojence. U takto dráždivého dítěte je potřeba ještě více než u jiných dětí dodržovat pravidelný rytmus dne. Aby dítě mohlo objevit vlastní biorytmus, musí se s rytmem ve svém okolí setkat. To mu mohou zprostředkovat rodiče nebo vychovatelé. Je-li rytmus člověka ve shodě s vnějšími rytmy, cítí se člověk v rovnováze. Můžeme to poznat na jeho chování, náladě, pravidelném a klidném dechu, harmonických pohybech a pravidelném spánku (Prekopová, Schweizerová, 1994, s. 37-38).

Intervence:

Mirkovi se tedy zabezpečuje klidné prostředí, zavádí se pravidelný režim střídání doby bdění, jídla a spánku. Chlapec spí v měkké zavinovačce, která mu poskytuje pocit bezpečí a ohraničení. Krmen je v dětské lehačce. Manipulace se omezuje na co nezbytnou dobu. Klíčovým obdobím pro rozpoznání a nápravu psychomotorických odchylek je šest týdnů, tři měsíce a půl roku života dítěte. Zachytíme-li poruchu v tomto období, má rehabilitace podstatně větší šanci na úspěch a dorovnání do normy. Pod vedením rehabilitační sestry začíná Mirek s rehabilitací Vojtovou metodou, a to cvikem reflexní plazení. Sestry

s dítětem cvičí čtyřikrát denně. Ve fázích bdění je pokládán na břicho jako podpora vertikalizace, kde krátce udržuje hlavičku (Matějček, Pokorná, Karger, 2004, s. 41).

Na konci druhého měsíce se chlapcův zdravotní stav opět zhoršuje. Má zvýšenou tělesnou teplotu, večer již TT 38,8 °C, je neklidný, dráždivý více než obvykle, méně pije. Od odpoledních hodin sestry kontrolují pleny, které jsou večer suché, proto je převezen k hospitalizaci na dětské oddělení nemocnice.

Při hospitalizaci je chlapci vyšetřena krev, moč a stolice a zjištěna akutní infekce močových cest, proto je Mirkovi nasazen Zinnat 50 mg per os 2 x denně po dobu 14 dní. Po vysazení antibiotik je Mirek popuštěn zpět do péče dětského centra.

TŘETÍ MĚSÍC ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

Mirek na začátku třetího měsíce života váží 4880 g, měří 60 cm, obvod hlavy je 38 cm. Jeho dráždivost je již menší. Do afektu se dostává méně často. Krmení je stále obtížné a trvá delší dobu (cca 30 min). Upravilo se zajištěním klidného a přehledného prostředí. Sestry začínají v péči o chlapce praktikovat princip tzv. „hadlingu“. Jde o správnou techniku manipulace s dítětem během jeho každodenních aktivit. Je potřeba dodržovat několik zásad: u dítěte nepodporovat nevhodné pohybové vzory, zajistit mu správnou míru dopomoci (ani moc, ani málo), dbát na správné držení těla dítěte, a to v ose. Tento postup, pokud jej zachovávají všichni, kdo pečují o dítě, vede ke správné optimalizaci psychomotorického vývoje² (Kristková, 2011).

Intervence:

Mirek již navazuje oční kontakt, sestry se snaží ho podporovat. Ve fázích bdění na něj mluví, usmívají se a zpívají mu. Občas se u něj objeví náznak úsměvu. Ruce má otevřeny, jen při rychlé manipulaci, když se lekne, je zavře v pěst. V poloze na zádech lze pozorovat

² KRISTKOVÁ, Veronika, Handling. In: *Fyziobeskyd: dětská rehabilitace a fyzioterapie* [online]. Frýdek – Místek, 31. 8. 2011 [cit. 2014-05-01]. Dostupné z <http://www.fyziobeskyd.cz/handling/>

lehké stočení směrem doleva, v poloze na bříšku se dokáže opřít o ruce, po krátké době ale přepadává na pravou stranu.

ČTVRTÝ MĚSÍC ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

Ve čtvrtém měsíci Mirek váží 5170 g. Intenzivně rehabilituje dle Vojty čtyřikrát denně. Zatím není očkovaný, dle doporučení pediatra bychom měli vyčkat až na kontrolu u neurologa, která proběhne za měsíc. Stále probíhá šetrná manipulace dle systému „handling“. Chlapec již dotyky i manipulaci přijímá lépe. Dráždivost se snižuje velmi pomalu. Dokáže se dostat stále poměrně rychle do afektu, který někdy přechází do opistotonu, ale již nepromodrává. Péče o něj se stává jednodušší v tom, že sestry již dokáží odhadnout, co se Mirkovi líbí, a v tom ho podporovat, a co v něm vyvolává nelibé pocity, tomu se vyhnout. Mirek dává přednost lidským obličejům před hračkami. Nejraději má, když na něj sestra mluví, směje se a zpívá. Vrací úsměv a brouká si. Klidný hlas a zpěv ho uklidňují a dává jim přednost před chováním v náručí. Při rehabilitaci pláče, po jejím skončení se rychle uklidní a brzy usíná.

Intervence:

V poloze na zádech se dívá na ruce, preferuje však levou ruku, proto se sestry snaží stimulovat také pravou ruku a to hlazením a vkládáním hraček do této ruky. Při rehabilitaci se zaměřují na zlepšení stabilizace pravé lopatky a tím dochází ke zlepšení funkce pravé ruky. Správnou stabilizací pravé lopatky a zlepšením funkce pravé ruky dochází také ke zkvalitnění prvního vzpřímení. Chlapec již v poloze na bříšku vydrží delší dobu.

Jako pomůcky pro správnou stimulaci dítěte používají sestry hrazdu s hračkami zavěšenou nad zorným polem dítěte. Hračky jsou zavěšeny tak, aby na ně dítě dobře vidělo a snažilo se na ně dosáhnout a uchopit je. Toto je důležité pro správné zafixování svalů horních končetin a lopatky, a také pro správný vývoj celkového vzpřimování.

Fotografie č. 1: Mirek s hračkami (vlastní zdroj)

PÁTÝ MĚSÍC ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

Mirek váží 5430 g, váhové přírůstky jsou i přes přetrvávající obtíže s krmením stabilní. Dle doporučení pediatra se začíná se zaváděním příkrmů. Napřed formou jednodruhé zeleniny. Mirek příkrmy přijímá vcelku dobře. Je krmen lžičkou v dětské lehačce, sní zatím jen malou dávku. Na jídlo se hlásí pravidelně, většinou se budí s pláčem a dožaduje se stravy. V noci se budí jen jednou, sestra mu dá mléčnou dávku, poté dítě spí až do rána. Spává v postýlce, zvládá to již bez zavinovačky, větší prostor snáší dobře. Doteky a manipulaci snáší už dobře. Má rád koupání.

Intervence:

Sestry začaly s baby masáží, a to nejprve dolních končetin, pak rukou a postupně celého těla. Masáž je nejstarší léčebnou metodou, dotek je projevem lásky a láskyplná masáž přináší dítěti potěšení a radost. Možnost dotýkat se a být dotýkán je pro dítě jednou ze základ-

ních životních potřeb a schopnost vnímat a předávat dotek se přenáší do dalších vztahů, které ho v životě čekají. Vlivem masáže se stimuluje krevní oběh, dochází k lepšímu prokrvení vnitřních orgánů a ke zlepšení peristaltiky střev. Správně provedenou masáží můžeme pozitivně ovlivnit svalové napětí a také celkové ladění dítěte od negativního a předrážděného směrem k pozitivnímu a klidnému (Hašplová, 2009, s. 15)

Mírek napřed masírování přijímá opatrně, postupně si na ně zvyká a více se uvolňuje. Zlepšuje se celkově jeho ladění, většinu dne je v dobré náladě.

V poloze na zádech se Mírek usmívá na své pečovatele, fixuje očima, sahá po hračkách, do ruky si zatím nepřendává, brouká si. Na dolní končetiny si nesažá. Snaží se otáčet ze zad na bok. Na bříšku při „pasení koníčků“ vydrží, ale stále je nestabilní.

V pěti měsících je chlapec na kontrole u neurologa. Tam je doporučena i nadále rehabilitace dle Vojty k úpravě pravostranného hemisyndromu, nekvalitního vzpřímení a oslabeného břišního svalstva. Dle neurologa se dítě může začít očkovat dle platného očkovacího kalendáře.

ŠESTÝ MĚSÍC ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

Mírek váží 5860 g, měří 60 cm, obvod hlavy je nyní 41 cm.

Celkový vývoj chlapce se stabilizuje, očkuje se dle očkovacího kalendáře. Ve stravě má již masozeleninové příkrmy, ovoce a kaše. Příkrmy přijímá dobře. Pití mléka trvá delší dobu. Spí dvakrát denně, jednou dopoledne a jednou odpoledne. V noci se budí jednou na mléko, poté spí do rána. Na spaní stále vyžaduje klidné a tiché prostředí. Sestry mu zajišťují samostatný pokoj, aby ho nerušily jiné děti. Mirkova nálada během dne je lepší, dokáže se ale během krátké chvíle dostat do afektivního záchvatu. Je potřeba rozeznávat jeho náladu a potřeby a předcházet případným afektivním záchvatům. V péči o něj je snaha, aby se střídalo co nejméně lidí. Sestry se snaží zajistit, aby znal a poznal „své“ lidi.

Intervence:

V půl roce se již Mírek dokáže otočit ze zad na obě strany a postupně až na bříško. V poloze na bříše je již stabilní, nepřepadává, opírá se o natažené ruce. Protože bylo u Mirka zjištěno oslabení břišního svalstva, přistupuje se k podpůrné metodě tejpování. Metoda

tejpování vznikla primárně pro sportovní účely. Dnes se využívá také ve fyzioterapii, pediatrii a ortopedii. V tejpování se používá oslovení nervové soustavy, kdy lze změnou poměrů na periférii docílit odpovědi CNS. K tejpování se používají elastické pásky, které jsou schopny natahovat se a smršťovat a jsou potažené lepidlem z přírodní pryskyřice. U Mirka jsme použili tejp na oslabené břišní svalstvo a tím jsme dosáhli jeho vyššího napětí a postupné úpravě stavu³ (Kinesio Tape, kineziologický tape a kinesiotaping, © 2011).

SEDMÝ MĚSÍC ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

U Mirka je již zavedený pravidelný režim při jídle, bdění, spánku a cvičení. Zavedením režimových opatření se celkově stabilizovala chlapcova nálada. Problémy s jídlem už jsou méně časté. Příkrmy na lžičce velmi vítá, jí rád a s chutí. Dávky mléka někdy odmítá. Přibírá rovnoměrně, je spíše drobné tělesné konstituce. Začínají mu růst první zuby.

Intervence:

Rehabilitace pokračuje i nadále, a to cvičením dle Vojty, tejpováním oslabeného břišního svalstva a také cvičením na velkém míči.

Jelikož já sama mám dlouholeté zkušenosti, jako instruktor plavání kojenců a batolat, začala jsem pravidelně docházet s Mirkem na kojenecké plavání. Kojenecké plavání je jednou z prvních sportovních a společenských aktivit, které mohou rodiče nebo vychovatelé s dětmi dělat. U velmi malých dětí jde hlavně o pobyt v prostředí, které připomíná pobyt v děloze. Plavání podporuje dítě hlavně po stránce psychomotorické. Pokud se dělá v souladu s jeho vývojem, zlepšuje se celkově stav dítěte, dochází ke zlepšení svalového napětí, zvýšení imunity, zlepšení střevní peristaltiky a v neposlední řadě plavání utváří vztah mezi dítětem a rodičem nebo vychovatelem.

³ Kinesio Tape, kineziologický tape a kinesiotaping. *Tejpovani.cz. Léčba akutních a chronických onemocnění pohybového aparátu* [online]. Praha: Rehasport, © 2011 [cit. 2014-05-01]. Dostupné z: <http://www.tejpovani.cz/tejpovani/341-352>

Mirkovi se při koupání doma v dětském centru ve vodě velmi líbí, nebojí se, ani když se koupe ve větším množství vody. Při příchodu do plaveckého centra je ale zpočátku plačtivý, nevrlý a ukřičený. Trvá delší dobu, než se aklimatizuje na nové prostředí. Plavecká lekce musí být vedena nenásilnou formou, s důrazem na Mirkovi specifické požadavky klidného prostředí s omezením rušivých vlivů. Plavat chodíme jednou týdně, a to po celou dobu pobytu chlapce v dětském centru. Po pomalejší aklimatizaci se Mirkovi plavání velmi líbí, ve vodě je rád. Spíše než hračky ho zajímá voda samotná, rád ji pozoruje, cáká, voda na obličej mu nevádí a naučí se i potápět. Jeho oslabené břišní svalstvo se i vlivem plavání začíná zpevňovat.

Díky tomu, že je dítě vystaveno konfrontaci s cizím prostředím, začíná být odolnější i po stránce psychické. Nové věci, lidi i situace začíná přijímat lépe.

OSMÝ MĚSÍC ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

U Mirka nastává velký rozvoj v hrubé motorice. Otáčí se ze zad na břicho v obou směrech a pivotuje na obě strany. Sahá preferenčně levou rukou, dokáže i pravou. V obličejí je stále patrná stigmatizace FAS. Má však velmi dobrý sociální kontakt, rád vyhledává společnost dospělých, usmívá se a žvatlá. Břišní svaly jsou již ve správném napětí.

Po celý den je jeho psychické ladění lepší než v předchozích měsících. Do afektů se dostává velmi zřídka, cca 1 x týdně. Má rád společnost dospělých, pokud vidí, že se sestra věnuje jinému dítěti, nelíbí se mu to a dožaduje se pozornosti.

Intervence:

Sestry cvičí s chlapcem 2 – 3 x denně a to dle Vojty a provádí cvičení na velkém míči, které se mu velmi líbí. Také se začíná s učením sociálních hříček „paci paci“, „jak jsi veliký“ atd. Mirek zatím sám nic neopakuje, ale písničky a básničky spojené s rytmizací má velmi rád. Dle doporučení psychologů, logopedů i mých vlastních zkušeností v praxi s dětmi jsou lidová říkadla a písničky tím správným nástrojem k rozvíjení řeči. Řeč se nejlépe rozvíjí při komunikaci, hře a pohybu. Básničky a říkadla tak nabízejí rytmus spojený s řečí, zpěvem a pohybem.

Fotografie č. 2: Mirek při rehabilitaci (vlastní zdroj)

DEVÁTÝ MĚSÍC ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

V devátém měsíci absolvoval Mirek kontrolní vyšetření u neurologa. Tam je konstatován FAS s mikrocefalií, rostoucí dle křivky, lehký pravostranný hemisyndrom s axiální hypotonií, suspektně rozštěp páteř C7 - Th8. Doporučeno je RTG páteře, ultrazvukové vyšetření CNS, rehabilitace 2 – 3 x denně i nadále.

V hrubé motorice se dítě i nadále rozvíjí. Dostane se již na všechny čtyři a houpe se na kolenou. Zatím nelozí, někdy se plazí s přískoky. Na dolních končetinách zatím není zkřížený vzor. Po hračkách ve vyšší poloze sahá oběma rukama. Cvičí zkřížený vzor na velkém míči.

Intervence:

V sociální komunikaci je patrný posun. Mirek reaguje na své jméno a otáčí se, když se na něj zavolá. Žvatlá „ba - ba“, „be - be“. Stále patrná je velká přichylnost k dospělým, žárlí na péči, kterou sestra věnuje jinému dítěti, vzteká se a dožaduje se pozornosti. Sestry se snaží chlapci věnovat, ale nechávají ho také chvíli o samotě s hračkami, aby se naučil hrát si sám. Mirek ale hračky moc nepoužívá, spíše si vkládá do rukou drobná chrastítka a prohlíží si je.

Fotografie č. 3: Mirek při cvičení na velkém míči (vlastní zdroj)



JEDENÁCTÝ MĚSÍC ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

Na začátku 11. měsíce Mirek lozí, ale špatným stereotypem, přitahuje obě kolena naráz, posouvá se dopředu přískoky. Sám ještě nesedí. Umí již některé sociální hříčky. Ukáže „jak je veliký“, udělá „pá pá“.

Intervence:

V této době dítě postihlo onemocnění respiračním infektem, proto se do rehabilitace zařazuje míčkování a vibrační masáž jako forma dechové rehabilitace. Psychické ladění během dne je pozitivní. To, že sestra věnuje péči i jinému dítěti, přijímá Mirek již klidněji.

Je provedeno kontrolní vyšetření u kardiologa, kde je nález hemodynamicky nevýznamný, další kontrola je tedy doporučena za 6 měsíců.

DVANÁCTÝ MĚSÍC ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

Mirek váží 7,5 kg, obvod hlavy je 44 cm.

Začíná lozit správným stereotypem, střídá nohy i ruce. Lozí po herně, zkoumá prostor. Hraje si s hračkami, bere je do rukou, prohlíží, si je a zahazuje. Nejvíce se mu líbí malé balónky. Po většinu dne je v dobré náladě, má rád společnost dospělých, děti toleruje. Po uložení na přebalovací pult začne automaticky dělat „pá pá“. Umí vrtět hlavou na „ne ne“. Žvatlá, napodobuje řeč dospělého, posílá na výzvu „pusinku“. Pokud má ozvučené hračky, začne se pohybovat na všech čtyřech v rytmu hudby. Velmi ho zajímají jakékoliv boty, pozorně si je prohlíží a manipuluje s nimi. Má rád koupání ve větším množství vody. Chodí stále do kurzu plavání.

Intervence:

Psychologem je doporučena další stimulace metodou Portage. Tato metoda se zabývá rozvíjením dětí od narození do sedmi let a snaží se systematicky podporovat psychomotorický vývoj. Vznikla v 70. letech 20. století v USA a po roce 1993 se rozšířila také do České republiky. Jde především o ucelený systém podpory vývoje dětí, hlavně těch, které jsou ohroženy psychomotorickou retardací.

Já i některé další sestry jsme touto metodou proškoleny, proto jsme ji začaly praktikovat také u Mirka, sepsaly jsme seznam dovedností a schopností, které dítě již zvládá, a udělaly si plán na jeden měsíc dopředu. Stanovily jsme si cíle, kterých chceme u Mirka dosáhnout. Toto jsme zapsaly do tzv. karty aktivity, kde je zaznamenáno:

- CO budeme s dítětem dělat,
- KDO to bude dělat,
- za jakých PODMÍNEK to bude dělat a
- jaká je míra ÚSPĚŠNOSTI.

Na první měsíc jsme naplánovaly stimulaci lezení (Projekt Portage, 2013).

Obrázek č. 2: Karta Portage

Karta č. 1		Týden: 1,2
Jméno: [REDACTED]	Příjmení: [REDACTED]	

Konzultant: [REDACTED] [REDACTED]	
Dlouhodobý cíl: ŠTRUKTURACE LEŽENÍ - HRUBÁ MOTORIKA	
Jak často cvičit: DLE MOŽNOSTI NĚKOLIKRÁT JĚHEM DNE	
Materiály: OZVUČNÉ HRAČKY	
Prezentace: DÁME HRAČKU PŘED [REDACTED] NA KOBEREC, TÍSKÁME S NI A SNAŽÍME SE, ABY SI PRO NI DOMINIK DOLEŽL	
Metoda zaznamenávání:	V = Úspěch podle stanoveného cíle ⊕ = Úspěch s pomocí VV = Úspěch přesahující cíl

1. Týden						
Pokusy:	1	2	3			
Datum:						
10.3.	⊕	⊕	V			
11.3.	⊕	⊕	V			
12.3.	⊕	⊕	V			
13.3.	⊕	⊕	V			
14.3.	⊕	⊕	V			
15.3.	⊕	⊕	V			
16.3.	⊕	⊕	V			

2. Týden						
Pokusy:						
Datum:						
17.3.	⊕	⊕	V			
18.3.	⊕	⊕	V			
19.3.	⊕	V	V			
20.3.	V	V	V			
21.3.	⊕	V	V			
22.3.	V	V	V			
23.3.	V	⊕	V			

JEDEN ROK ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

Mírek oslavuje první narozeniny. Lozí po čtyřech střídavě, správným stereotypem, někdy se ještě objeví přískoky. Na čtyřech neumí sáhnout pro hračku v horním kvadrantu. Sedí na patách, do vyššího kleku se bojí pustit. Zatím se sám aktivně neposadí. Hračky uchopuje celou dlaní, má rád zvukové hračky a chrastítka.

Spí bez přerušení celou noc a přes den dvakrát cca po hodině. Má velmi rád koupání. Začne se usmívat, když vidí, že sestra napouští vodu do vany.

Spolupracuje při sociálních hříčkách. Brouká si, žvatlá. Zatím se nejedná o smysluplná slova. Vyhledává společnost, sestry radostně vítá, nebojí se děti pohybujících se v herně. Jí kašovitou stravu, jídlo s většími kousky odmítá. Má šest zubů. Pije z kojenecké lahve, sám si ji nedrží.

ZHODNOCENÍ VÝVOJOVÉ ÚROVNĚ NA KONCI PRVNÍHO ROKU ŽIVOTA

Mirkův psychomotorický vývoj je nerovnoměrný, i když lze pozorovat výrazné zlepšení. Hrubá motorika odpovídá zhruba osmi měsícům vývojového věku, jemná motorika spíše šesti měsícům. V sociálním chování je vidět patrné zlepšení, odpovídá devíti měsícům vývojového věku. Celkově konstatujeme vývojové opoždění o cca 3 – 4 měsíce. To je vzhledem k Mirkovým startovacím podmínkám uspokojivé.

I nadále sestry ve spolupráci s fyzioterapeutem pokračují v rehabilitaci a celkové péči zaměřené na kompenzaci psychomotorického vývoje. Kromě rehabilitace Vojtovou metodou, začal chlapec rehabilitovat dle Bobathova konceptu. Rehabilitace podle konceptu Bobatha je funkčně založená a vychází z neurofyziologických poznatků o vývoji dítěte. Terapeut provádí s dítětem pohybové aktivity, které se vyskytují v běžném vývoji dítěte, a modifikuje pohybové vzorce dítěte⁴ (Kristková, 2011).

⁴ KRISTKOVÁ, Veronika, Vojtova metoda nebo Bobath koncept? In: *Fyziobeskyd: dětská rehabilitace a fyzioterapie* [online]. Frýdek – Místek, 27. 4. 2011 [cit. 2014-05-01]. Dostupné z <http://www.fyziobeskyd.cz/vojtova-metoda-nebo-bobath-koncept/>

Fotografie č. 4: Mírek už umí ložit (vlastní zdroj)



DVANÁCT AŽ ČTRNÁCT MĚSÍCŮ ŽIVOTA

Intervence:

S Mirkem se pokračuje intenzivně metodou Portage, se zaměřením na rozvoj řečového projevu. Se sestrou rehabilituje i nadále 2 – 3 x denně. Dvakrát týdně dochází fyzioterapeut. V terapii se zaměřuje na stimulaci správného stereotypu lezení, nácvik sedu na patách, úchop hraček na všech čtyřech (opora o tři body). Mírek cvičí rovnováhu na velkém míči, současně se s chlapcem posiluje také vnitřní stabilizační svalstvo, které je potřeba k udržení a správnému provedení samostatného sedu.

PATNÁCT AŽ SEDMNÁCT MĚSÍCŮ ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

Mírek zvládá lezení velmi dobře, lozí rychle a zkoumá okolí. Zajímá se o předměty nad ním, dokáže si již sáhnout rukou pro předmět ve větší výšce. Umí si přes šikmý sed sám sednout. Zvládne vysoký klek a postupně si začíná stoupat u nábytku. Zpočátku je ve vertikální opory velmi opatrný až bojácný, nechce vstávat, špatně se motivuje a je plačtivý.

Intervence:

Sestry se ho snaží motivovat oblíbenými hračkami, dávají je na sedačku nebo na nábytek, aby se za nimi zvedl. Postupně nabývá sebedůvěry a je klidnější.

V sociální komunikaci trvá větší míra dráždivosti, dokáže velmi rychle přejít od úsměvu k pláči a vzteku. Pokud je nemocný a nachlazený, jeho nálada se velmi zhorší, bývá podrážděný, do afektu se dostane dříve. Žárlí na pozornost, kterou sestra věnuje jiným dětem, hlavně mladším než je on sám. Chlapcovým afektům se sestry snaží předcházet; pokud už se do nich dostane, je nutný klidný přístup, tzn. nekřičet na něj a nechat ho, až záchvat sám ustane. Když má dobrou náladu, rád se mazlí. Je nutné u něj zachovávat co nejvíce podobný rytmus dne (má rád svůj klid), pokud se činnosti pravidelně opakují, je klidnější.

Má svůj vlastní osobitý styl hraní. Má rád malé balónky, lozí po čtyřech a balónek rukou kutálí před sebou. Zajímají ho zvukové hračky, houpe se do rytmu. Dokáže na koberci uvést autíčko do pohybu. Jiné hračky jej moc nebaví, vezme je do ruky, bedlivě zkoumá a pak většinou vrací na koberec.

V jídlu už zvládá větší kousky. Učí se vkládat jídlo do rukou a sám jíst. Zpočátku se k tomuto staví odmítavě, protože je to nová věc a ne jeho zajetý stereotyp. Vzteká se a hází jídlo po zemi. Asi po 14 dnech se situace upraví, chleba vložený do ruky se snaží dávat do pusy a kouše. Pije zatím z kojenecké lahve, kterou mu sestra přidržuje. Pít sám či z hrníčku odmítá.

V 17. měsících jde chlapec na kontrolu ke kardiologovi. Je doporučen normální režim batolete a další kontrola je naplánována za dvanáct měsíců.

Fotografie č. 5: Mirek při plavání (vlastní zdroj)

OSMNÁCT AŽ DVACET MĚSÍCŮ ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

Mirek již vstává u nábytku a nábytek obchází. Přidrží se oběma rukama. Umí si ze stoje podat spadlý předmět na podlaze. Zvládne samostatný stoj v prostoru, ale chodit se bojí. Dává přednost lezení po čtyřech, je v něm velmi obratný.

Intervence:

V rehabilitaci sestry cvičí: posilování břišního a zádového svalstva cvičením na velkém míči a při plavání, balanční cvičení, nácvik samostatného stoje, nácvik lezení po schůdkách.

Fotografie č. 6: Mirek už zvládá chůzi (vlastní zdroj)

DVACET JEDNA AŽ DVACET TŘI MĚSÍCŮ ŽIVOTA

Popis stavu dítěte:

U Mirka došlo se současnou vertikalizací ke změně herního chování. Své původní neobvyklé hry (stálé kutálení balónku) začíná nahrazovat jinými a hraje si s běžnými hračkami. Jezdí si s autíčkem, má rád kostky, aktivně zapíná zvukové hračky, hází balónem ze stoje. Rád zkoumá další nové hračky, které ještě neviděl. I jeho dráždivost se zlepšila, nové prostředí a změny zvládá lépe. Při společné hře s dětmi v herně i během pobytu na terase je chlapec schopen se mezi nimi pohybovat. Má i nadále ze všeho nejvíce rád společnost dospělých a je šťastný, když se mu sestra věnuje. Dokáže být velmi vděčný, opakuje sociální hříčky, při zpívání si brouká. Jeho slovní zásoba se rozšířila, v mluvení je aktivní. Slovní zásoba čítá cca 20 slov, snaží se slova opakovat. Ukáže části těla, vyhoví jednoduchým pokynům doprovázeným gesty. I nadále je patrná větší míra dráždivosti, hlavně při přerušení Mirkova zaběhnutého režimu.

Intervence:

V péči o něj sestry preferují klidný, ale důsledný přístup. Dítě se učí samostatnosti v jídle (držet pečivo a vkládat je do úst) i v pití (samostatně držet hrneček). Sestry rozvíjejí hrubou motoriku podporováním samostatné chůze v prostoru, zdolávání překážek, schodů a terénních nerovností. V jemné motorice sestry Mirka podporují v rozvoji pinzetového úchopu, nabízejí mu malé hračky, nechávají ho manipulovat s jídlem a vkládat si ho do úst. K rozvoji řeči a slovní zásoby je používána metoda Portage. Při rentgenovém vyšetření ve 22. měsících pro podezření na rozštěp páteře, nebylo toto potvrzeno.

Psychologem bylo doporučeno zařadit Mirka do programu náhradní rodinné péče a najít mu vhodnou pěstounskou rodinu, ve které by se mu dostalo přiměřené péče a stimulace a mohl se i nadále rozvíjet. Dominik je krátce po svých druhých narozeninách propuštěn z dětského centra do pěstounské péče, kde je i nadále.

Fotografie č. 7: Mirkovy Vánoce (vlastní zdroj)



9 ZHODNOCENÍ KAZUISTIKY A OBECNÁ DOPORUČENÍ PRO PÉČI O DÍTĚ S FAS

Podrobnou kazuistiku, ve které popisuji komplexní péči o dítě postižené FAS, jsem si vybrala, protože mě toto konkrétní dítě velmi zaujalo a ve své práci jsem s ním trávila hodně času. V dětském centru se snaží zdravotnický personál přistupovat k dětem a jejich potížím komplexně, tedy v duchu zásad holistického ošetřovatelství. Je důležité nahlížet na dítě jako na celistvou bytost se svými fyzickými, psychickými i sociálními potřebami. Dítě, zvláště na počátcích svého života, je velmi křehké a jakákoliv nerovnováha v oblasti fyzické či psychické, může mít vliv na jeho budoucí vývoj. Dítě v kojeneckém a batolecím věku potřebuje plnit základní životní potřeby jídla a spánku, ale také pocity klidu a bezpečí a toho, že je přijímané a milované. Dítě potřebuje také dostatečně podnětné prostředí, aby se mohlo dobře vyvíjet a to přiměřenou formu stimulace psychomotorického vývoje.

Dítě s FAS má startovací podmínky ztížené. Prochází řadou komplikací již od novorozeneckého věku a komplikace správného vývoje v oblasti fyzické a psychosociální lze očekávat po celou dobu jeho dětství. Ihned po přijetí Mirka do péče dětského centra se všeobecné sestry snažily o co nejlepší kompenzaci potíží. V dostupné ošetřovatelské literatuře není bohužel rozveden problém ošetřovatelských intervencí o dítě s FAS. V kazuistice jsem se snažila podrobně popsat Mirkův vývoj a jeho komplikace. Popsala jsem, jakých intervencí ze strany zdravotnického personálu bylo použito a s jakým výsledkem. Na péči o Mirka se podílely hlavní měrou všeobecné sestry, pak také fyzioterapeut. Psycholog zhodnotil v pravidelných intervalech jeho aktuální vývojovou úroveň a doporučil další postup péče. Sociální pracovník zařadil Mirka, po kompenzaci jeho stavu, do seznamu dětí vhodných pro pěstounskou péči.

Přes velké potíže už v novorozeneckém období se všeobecným sestram podařilo Mirkův zdravotní stav kompenzovat natolik, že krátce před svými druhými narozeninami začal chodit. S postupnou vertikalizací došlo také k rozvoji rozumových dovedností Mirka a k rozvoji řečového projevu. Sociální pracovník ve spolupráci se sociálním odborem našel Mirkovi vhodnou pěstounskou rodinu, kam byl ve věku dvou let umístěn a žije v ní nadále. Myslím si, že i přesto, že v ošetřovatelské literatuře chybí informace k péči o dítě s FAS, zvládly všeobecné sestry ve spolupráci s celým multidisciplinárním týmem péči o Mirka velmi dobře. Obecně lze říci, že o dítě s FAS se pečuje jako o dítě s velkou mírou dráždi-

vosti nervové soustavy. Proto po zkušenostech doporučuji zvláště v prvních dnech po porodu klidný přístup k dítěti, dát dítěti zažít pocity klidu a bezpečí, jak již v náruči pečovatele, v zavinovačce nebo v „hnízdečku“. Je třeba provádět důslednou kontrolu stavu výživy a růstu dítěte a řešit případné problémy, také všemožně podporovat psychomotorický vývoj dítěte. K tomu je potřeba, aby všeobecné sestry pečující o dítě, znaly zákonitosti správného vývoje dítěte, aby v časných stádiích vývoje dítěte dokázaly odhalit případné odchylky a přiměřeně dítě stimulovat.

ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se věnuje tématu komplexní péče o dítě s fetálním alkoholovým syndromem. V teoretické části je popsán termín fetální alkoholový syndrom, jak vzniká a čím se projevuje. Je zde probrána otázka růstu a výživy dítěte postiženého FAS. Dále je popsán psychomotorický vývoj dítěte členěný do trimenonů a je vztažen k problematice dítěte s FAS. V závěru teoretické práce je popsána komplexní péče o dítě s FAS, kterou poskytují všeobecné sestry spolu s celým multidisciplinárním týmem dětského centra.

V praktické části uvádím kazuistiku dítěte s FAS. Kazuistika je velmi podrobná, zpočátku mapuje zdravotní stav dítěte po jednotlivých týdnech, poté po měsících. V kazuistice jsou uvedeny zdravotní i psychosociální potíže, kterými dítě s FAS během pobytu v dětském centru procházelo. Jsou zde popsány intervence zdravotníků a jejich vliv na celkový psychomotorický vývoj dítěte s FAS. Myslím si, že i přesto, že v odborné zdravotnické literatuře chyběly praktické informace o tom, jaká jsou specifika péče o dítě s FAS, péči o toto konkrétní dítě jsme zvládli velmi dobře. A to i proto, že se péče nezaměřovala pouze na poskytování a uspokojování základních životních potřeb dítěte a řešení jeho zdravotních problémů, ale také jsme se zaměřili na komplexní přístup k dítěti a využili všech dostupných a moderních technik v péči o dítě s postižením. Mirkovi byla poskytnuta ucelená péče zdravotnická, psychologická a sociální.

Psychické a emocionální problémy dítěte s FAS může být někdy obtížné zvládnout. Dítě s FAS potřebuje stabilní a klidné prostředí a milující pečovatele. Postižení FAS je celoživotní. Ani v pedagogické či psychologické literatuře není moc informací o dalším vývoji dítěte s FAS v předškolním a školním věku. Z důvodu větší dráždivosti nervové soustavy můžeme u takto postiženého dítěte očekávat větší emoční labilitu a sklon k impulzivnímu jednání. Mohou se také objevit poruchy intelektu od lehkého poškození až po těžkou mentální retardaci. U dítěte s FAS lze ve školním věku očekávat potíže se soustředěním či jiné poruchy učení jako je dyslexie, dysgrafie a jiné. Výchovný přístup k dítěti s FAS by se mněl zaměřovat na navození pravidelného denního režimu, kterému dítě rozumí a přijímá ho, na vytvoření a dodržování jasných a přehledných pravidel a na celkovou podporu dalšího vývoje a předcházení komplikacím.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] GREGORA, Martin. *Výživa malých dětí*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-9022-X.
- [2] HAŠPLOVÁ, Jana. *Masáže dětí a kojenců*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-652-0).
- [3] HRODEK, Oto a Jan VAVŘINEC. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-178-5.
- [4] KOMÁREK, Vladimír a Alena ZUMROVÁ. *Dětská neurologie: Vybrané kapitoly*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-081-9
- [5] KUDLOVÁ, Eva a Anna MYDLILOVÁ. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1039-0.
- [6] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [7] LEBL, Jan, Kamil PROVAZNÍK a Ludmila HEJCMANOVÁ. *Preklinická pediatrie*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-7262-438-6.
- [8] MATĚJČEK, Zdeněk, Marie POKORNÁ a Petr KARGER. *Rodičům na nejhezčí cestu*. Praha: H + H, 2004. ISBN 80-7319-023-0.
- [9] NEŠPOR, Karel. *Alkohol, tabák a jiné návykové látky u žen a reprodukční rizika*. Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR 2010; 20(6): 32-38.
- [10] NEVORAL, Jiří. *Výživa v dětském věku*. Praha: H+H, 2003. ISBN 80-86-022-93-5.
- [11] ORTH, Heidi. *Dítě ve Vojtově terapii*. České Budějovice: KOPP, 2009. ISBN 978-80-7232-378-4.
- [12] PREKOPOVÁ, Jiřina a Christel SCHWEIZEROVÁ. *Neklidné dítě*. Praha: Portál, 1993. ISBN 80-7178-019-7.
- [13] *Projekt Portage*, Praha: Centrum Paprsek, 2013.
- [14] VOJTA, Václav. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-85424-98-3.

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- [1] Příznaky fetálního alkoholového syndromu. *alkoholik.cz* [online]. © 2014 [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi_a_alkohol/piti_alkoholu_v_tehotenstvi_a_fetalni_alkoholicky.
- [2] KRISTKOVÁ, Veronika, Handling. In: *Fyzio beskyd: dětská rehabilitace a fyzioterapie* [online]. Frýdek – Místek, 31. 8. 2011 [cit. 2014-05-01]. Dostupné z <http://www.fyziobeskyd.cz/handling/>.
- [3] Kinesio Tape, kineziologický tape a kinesiotaping. *Tejpovani.cz. Léčba akutních a chronických onemocnění pohybového aparátu* [online]. Praha: Rehasport, © 2011 [cit. 2014-05-01]. Dostupné z: <http://www.tejpovani.cz/tejpovani/341-352>.
- [4] KRISTKOVÁ, Veronika, Vojtova metoda nebo Bobath koncept? In: *Fyzio beskyd: dětská rehabilitace a fyzioterapie* [online]. Frýdek – Místek, 27. 4. 2011 [cit. 2014-05-01]. Dostupné z: <http://www.fyziobeskyd.cz/vojtova-metoda-nebo-bobath-koncept/>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARND	Alcohol – related neurodevelopment disorder
CNS	Centrální nervová soustava
CRP	C – reaktivní protein
FAS	Fetální alkoholový syndrom
GER	Gastroezofageální reflex
JIP	Jednotka intenzivní péče
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s.
např.	Například
OA	Osobní anamnéza
RA	Rodinná anamnéza
RTG	Rentgen
SONO	Ultrazvuk
TRR	Tonický – labyrintový reflex
TŠR	Tonický – šíjový reflex
tzn.	To znamená
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Dítě s FAS (Příznaky fetálního alkoholového syndromu, © 2014)	13
Obrázek č. 2: Karta Portage	47


SEZNAM FOTOGRAFIÍ

Fotografie č. 1: Mirek s hračkami (vlastní zdroj).....	40
Fotografie č. 2: Mirek při rehabilitaci (vlastní zdroj).....	44
Fotografie č. 3: Mirek při cvičení na velkém míči (vlastní zdroj).....	45
Fotografie č. 4: Mirek už umí ložit (vlastní zdroj)	49
Fotografie č. 5: Mirek při plavání (vlastní zdroj)	51
Fotografie č. 6: Mirek už zvládá chůzi (vlastní zdroj)	52
Fotografie č. 7: Mirkovy Vánoce (vlastní zdroj).....	53

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Žádost o umožnění přístupu k informacím

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Jitka Trčalová	
Téma bakalářské práce	Komplexní péče o dítě s Fetálním alkoholovým syndromem	
Skupina respondentů	Dítě s Dětského Centra Zlín Burešov	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Ve Zlíně dne 3.2.2014


Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství
DĚTSKÉ CENTRUM, ZLÍN
příspěvková organizace
Burešov 3675, 760 01 Zlín
Tel: 577 435 638, IČ: 008 39 281

Razítko a podpis zástupce zařízení