

PÉČE O RIZIKOVÉHO NOVOROZENCE PROPUŠTĚNÉHO DO DOMÁCÍ PÉČE POHLEDEM KLINICKÉHO PSYCHOLOGA

Mgr. Hana Jahnová¹, PhDr. Daniela Sobotková, CSc.²

¹Fakultní nemocnice Brno, PRM, Neonatologické oddělení, Neonatologická ambulance, Brno

²Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Záměr zabezpečit kvalitní péči o zdravý vývoj nové generace se dostává do popředí nejen v ostatních vyspělých společnostech, ale rovněž v naší republice (4, 8, 15) a patří mezi priority podporované vládou ČR. Tyto priority vytyčila Světová zdravotnická organizace (SZO) pro evropský region v publikaci „Zdraví 21 – zdraví do 21. století“. SZO doporučuje zemím s nízkou kojeneckou mortalitou, mezi které spadá i ČR, zaměřit se na zvyšování kvality života od nejútlejšího věku (16).

V současné době roste celosvětově význam sledování psychomotorického vývoje dětí s rizikovými faktory vývoje, především předčasně narozených dětí s porodní hmotností nižší než 1 500 g spolu s významem využití možností rané intervence. V perinatologických centrech, ale nejen tam, by měla být psychologická péče dostupnou službou pro všechny předčasně narozené děti a jejich rodiče. Tato péče začíná být v rámci zdravotnických služeb chápána jako součást týmové spolupráce odborníků různých profesí.

Autorky tohoto příspěvku pracují jako klinické psychologičky v Perinatologických centrech v Brně a Praze. V Brně v rámci Neonatologického oddělení v tzv. neonatologické ambulanci a v Praze-Podolí v Ústavu pro péči o matku a dítě v rámci ambulance dlouhodobého sledování rizikových dětí.

V těchto zařízeních je dětem s rizikovými faktory vývoje podle dostupných možností poskytována komplexní týmová péče pediatra, dětského neurologa, klinického psychologa a rehabilitační pracovnice. Klienty jsou zejména děti narozené s velmi nízkou porodní hmotností (<1 500 g) a děti se závažnými komplikacemi v pre-, peri- a postnatálním období. Do popředí zájmu se v poslední době dostávají děti narozené po umělém oplodnění, děti z vícečetných těhotenství a děti drogově závislých matek (7).

K hlavním cílům psychologického sledování patří:

- opakovaná hodnocení psychomotorického vývoje, která slouží k zachycení vývojových odchylek a k vypracování individuálního stimulačního programu, jež by napomohl k optimálnímu rozvoji schopností a dovedností dítěte
- řešení aktuálních vývojových a výchovných problémů podle individuálních potřeb rodiny
- podpora raného vztahu matky (rodičů) a dítěte – upozornit na individuální zvláštnosti dítěte, případně vypracovat intervenční program pro zlepšení komunikace rodiče-dítě
- zajištění krizové intervence pro rodiče
- poskytování emoční podpory, případně krátkodobějšího psychoterapeutického vedení člena rodiny nebo celé rodiny
- v závažných případech napojit rodiče na další specializovaná pracoviště, jako např. na Střediska rané péče, psychoterapeutická a psychiatrická pracoviště apod.
- upozornit rodiče na význam svépomocných skupin v rámci různých občanských sdružení a rodičovských organizací.

Dětem a jejich rodičům je poskytována na našich ambulancích dlouhodobá péče buď v pravidelných časových inter-

valech, nebo podle individuálních potřeb rodičů dítěte při řešení aktuálních vývojových či výchovných problémů.

V prvním roce života probíhá sledování zpravidla v rámci jednotlivých trimenonů: ve 3., 6., 9. a 12. měsíci, ve 2. roce života v 15., 18. a 24. měsíci případně i později. Děti jsou psychologicky vyšetřovány obvykle před neurologickým vyšetřením či rehabilitací, aby nebyly zbytečně unavené, rozmrzelé, roztěkané nebo bojácné. Vývoj dítěte je vhodné hodnotit vzhledem ke korigovanému i chronologickému věku a oba výsledky porovnávat.

Poskytovanou psychologickou péčí se vzájemně prolínají tři níže uvedené oblasti:

1. vývojová diagnostika
2. výchovné poradenství
3. psychoterapeutická péče (převládá péče podpůrná, výjimečně systematická).

Vývojová diagnostika využívá základních metod klinických a testových. Mezi metody klinické se řadí pozorování spontánního chování dítěte a interakce mezi rodiči a dítětem, osobní a rodinná anamnéza dítěte a rozhovor s rodiči. Pro děti útlého věku existují různé posuzovací a vývojové škály, jak na ně upozorňuje např. kniha „Biobehavioral assessment of the infant“ (14). Jelikož náš článek se týká psychologické péče o dítě propuštěné do domácího ošetřování, nezmiňujeme zde metody hodnotící neurobehaviorální stav dítěte v novorozeneckém období, neboť rizikové děti jsou v tomto období obvykle ještě hospitalizované. Nezmiňujeme také metody určené pro diagnostiku dětí se specifickými poruchami, které je nutné užít např. u dětí s poruchami zraku a pod., jež odesíláme na specializovaná pracoviště. Zaměřily jsme se na základní informace o metodách, pomocí kterých můžeme hodnotit celkový psychomotorický vývoj dítěte raného věku, o nichž je nám známo, že jsou využívány v naší republice.

Zatím asi nejužívanější metodou u nás je test A. Gesella, který byl vyvinutý již ve 20. letech minulého století v USA, ale vlastní testový manuál vyšel až v roce 1947 (5). Dnes je test užíván hlavně v revizi Knoblochové a kol. (9). Škála je určena k vyšetřování dětí od 4 týdnů do 3 let. V prvním roce života jsou stanoveny úkoly pro každé 4 týdny věku, v druhém roce jsou odstupy tříměsíční a od 2 let jsou úkoly udávány v šestiměsíčních intervalech. Testové položky jsou rozděleny do čtyř (či pěti) oblastí:

1. motorika, která je v novější verzi členěna na hrubou a jemnou motoriku

2. adaptivní chování, které postihuje vnímání, reakce na podněty, koordinaci oko–ruka, řešení jednoduchých problémových situací, a které nejtěsněji koreluje s dalším mentálním vývojem
3. řeč
4. sociální chování.

Pro každou oblast chování se stanoví vývojový věk, tj. věk, kde dítě plní alespoň polovinu položek. Pro naši populaci nebyl test upraven, takže musíme přejímat normy americké.

Spíše ojediněle je u nás používána mnichovská vývojová škála: „Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik“, která má podobnou strukturu a věkové rozpětí jako škála Gesellova. Položky jsou rozčleněny do sedmi oblastí:

1. hrubá motorika
2. jemná motorika
3. vnímání
4. aktivní řeč
5. porozumění řeči
6. soběstačnost
7. sociální chování.

Podobně jako v Gesellově škále se určuje vývojový věk pro jednotlivé oblasti a posuzuje se profil. Výhodou této metody je větší kulturní blízkost vývojových norem.

Na našich ambulancích dlouhodobého sledování používáme pro celkové hodnocení psychomotorického vývoje dětí propuštěných domů vývojové škály americké autorky Nancy Bayleyové: „*Bayley Scales of Infant Development*“ (1, 2).

Tato metoda patří mezi nejpropracovanější a nejrozšířenější vývojové testy, které se v současné době ve světě používají pro hodnocení psychomotorického vývoje dětí raného věku. Revidovaná verze testu (BSID-II), umožňuje sledovat vývojové tendence dětí v oblasti mentální a v oblasti motorické (v jemné i hrubé motorice). Mentální vývoj je zde také možné dále členit na vývoj kognitivní, který je testován na základě nových poznatků o vývoji kognitivních funkcí v raném věku týkajících se např. zpracování informací, organizace vnímání apod., dále na vývoj řeči a sociální chování. Metodu je možné užít pro širší věkové rozpětí: od prvního měsíce do 42 měsíců věku. Jednou metodou tak můžeme sledovat vývoj dítěte po dobu tři a půl roku, což je důležité vzhledem k faktu, že odchylky ve vývoji se nemusejí objevit v nejranějším věku, ale až ve věku pozdějším na určitém stupni zralosti centrálního nervového systému (CNS) a při větší diferenciaci mentálních a motorických procesů, jakož i při větších nárocích kladených na dítě se vzrůstajícím věkem.

Uvedená metoda, stejně jako i dvě předcházející, slouží rovněž jako vhodný prostředek pro učení rodičů lépe porozumět vývoji dítěte. Umožňuje získat realističtější náhled na slabé i silné stránky vývoje dítěte, a je proto vhodná jako východzí bod k vypracování optimálního způsobu stimulace vývoje dítěte. Umožňuje sledovat vývoj v čase a hodnotit účinnost intervenčních programů. Jelikož výsledné hodnocení vývoje dítěte lze snadno kvantifikovat, jak bude popsáno dále, je oproti dvěma předcházejícím metodám také vhodná jako výzkumný nástroj pro sledování individuálních i skupinových rozdílů v mentálním a motorickém vývoji.

Domníváme se, že díky uvedeným kladům této metody, i díky tomu, že metoda bude standardizována na českou populaci dětí (zminěno dále), dojde k jejímu rozšíření na další pracoviště zabývající se problematikou psychomotorického vývoje dětí útlého věku. Z tohoto důvodu zde uvádíme pro bližší seznámení některé další její charakteristiky.

Test tvoří tři vývojové škály: **mentální, motorická a škála chování**.

Mentální škála obsahuje celkem 178 položek, **motorická škála** 111 položek. V obou škálách jsou položky řazeny vzestupně podle věku, kdy většina dětí určitého věku tyto položky plní. Součet splněných položek tvoří hrubé skóre (HS), které se převádí pomocí tabulek na tzv. vývojový index (mentální – MVI, psychomotorický – PVI). Průměrná hodnota vývojových indexů je 100 bodů, jedna standardní odchylka (SD) je ± 15 bodů.

Kategorie hodnocení pro obě výše uvedené škály jsou dle Bayleyové následující:

- urychlený, nadprůměrný výkon vývojový index: 115 a více bodů
- v mezích normy vývojový index: 114–85
- mírně opožděný vývojový index: 84–70
- vážně opožděný vývojový index: 69 bodů a nižší.

Protože pracujeme převážně s nedonošenými dětmi, u kterých se vývoj často opožďuje a u nichž je doporučeno Evropskou asociací perinatální medicíny (EAPM) při kontrolním vyšetření ve dvou letech, v rámci auditu perinatální a neonatální péče (22) hodnotit psychomotorický vývoj jako závažně opožděný, pokud je ohodnocen méně než 50 body, užíváme ještě kategorii „středně opožděný vývoj“, kdy se vývojové indexy pohybují v rozmezí 69–50 bodů. Jelikož i v zahraničních studiích se používá různá klasifikace vývojového opoždění, považujeme za nutné užívanou metodu a klasifikaci hodnocení vždy přesně popsat.

Škála chování obsahuje maximálně 28 položek podle věkové kategorie, do níž dítě při vyšetření spadá. Každá položka se hodnotí na pětibodové škále, přičemž čím je hodnocení vyšší, tím je chování zralejší, optimálnější. Chování dítěte je hodnoceno podle čtyř faktorů. Pro věk 1. až 5. měsíc se hodnotí, vedle celkového chování, dva faktory („Aktivní bdění“, „Kvalita motoriky“). Pro věk od 6. měsíce se hodnotí tři faktory („Pozornost/ zájem“, „Emocionální regulace“, „Kvalita motoriky“). Hodnoty jednotlivých položek se v rámci faktorů načítají a tvoří hrubé skóre, které se převádí na percentily. Kategorie hodnocení chování jsou, pro celkové hodnocení i pro jednotlivé faktory chování, tři: v normě (99.–26. percentil), mírně problémové (25.–11. percentil), velmi problémové (10. percentil a nižší).

V současné době nemá klinický psycholog k dispozici žádnou standardizovanou metodu, která by byla vhodná pro hodnocení psychomotorického vývoje české populace dětí raného věku. Z tohoto důvodu probíhá projekt: „*Psychometrické ověření a národní standardizace metody Bayleyové (BSID-II) pro hodnocení vývoje dětí raného věku*“. Na uvedeném projektu spolupracuje 18 psychologů z celé ČR. V 17 věkových kategoriích je vždy vyšetřeno minimálně 100 dětí. Děti byly rozděleny do 5 skupin a vyšetřeny podle předem stanoveného plánu.

Byla zvolena kombinace longitudinálního a průřezového postupu. Celkem je provedeno kolem 2000 vyšetření.

Různé odchylky ve vývoji dítěte mohou být součástí normálního vývoje (např. opožděný vývoj expresivní složky řeči, který se později zcela upraví), ale mohou být také prvním závažným projevem vývojové nebo psychické poruchy. U dětí s rizikovými faktory vývoje můžeme sledovat více odchylek od normálního vývoje (např. sledujeme rozdíly mezi vývojovými úrovněmi jednotlivých schopností, může se projevit různý stupeň retardace psychických či motorických schopností). V chování dítěte se může objevovat zprvu dráždivost, plačtivost nebo snížená reaktivita na okolí, později u batolat se mohou projevit poruchy koncentrace pozornosti spojené s psychomotorickým neklidem, afektivní dráždivostí, hyperaktivitou.

Výchovné poradenství a psychologická péče se nejvíce zaměřuje na poruchy chování, poruchy spánku, projevy hyperaktivity, poruchy koncentrace pozornosti, poruchy příjmu potravy (u dětí dlouhodobě sondovaných, dlouhodobě kojenných), neklid, dráždivost, excitabilitu, projevy dětského negativizmu, interakční poruchy v rodině. Zmíněné problémy se mohou vyskytovat v různých kombinacích, případně všechny najednou či následovat po sobě.

Rodiče často vstupují do terapeutického procesu s pocity viny, sebezpochybností a úzkostí. Osobnost rodičů a kvalita fungování rodiny hraje značnou roli v obtížích dětí raného věku. Rizikové faktory, jako jsou např. stresové události v rodině, zdravotní stav rodičů, nízký socioekonomický status rodiny apod., mohou ztížit kvalitní interakci rodiče s dítětem. Chování matky k dítěti může být také ovlivněno její vlastní zkušeností z raného vztahu s vlastními rodiči, zejména s matkou. Nepříznivé odchylky chování dítěte představují další rizikový faktor v komunikaci rodiče s dítětem, zejména narodí-li se předčasně (15) nebo s určitým postižením. Chování těchto dětí bývá dočasně nebo i trvale pozměněno, čímž dochází i k narušení synchronizace interakce mezi rodiči a dítětem (12, 16). Podpora a pomoc rodičům dětí s rizikovými faktory vývoje se stále více orientuje na podporu vzájemných vztahů rodičů a dětí, na zvýšení kompetencí rodičů a na podporu rodičovské role od samého začátku (18).

Literatura

1. Bayley N. Bayley Scales of Infant Development. New York, The psychological Corporation 1969.
2. Bayley N. Bayley Scales of Infant Development, Second Edition, New York, The Psychological Corporation 1993.
3. Bayley N. Stupnice dětského vývoje – příručka (překlad J. Koch), Bratislava, psychologické a didaktické testy, n.p., 1983.
4. Dunovský J. Politika dětského věku Rady Evropy pro příští léta a my., Čs. Pediatrie, 1993: 228–292.
5. Gesell A, Amatruda CS. Developmental diagnosis. Normal and abnormal child development. 2. vyd., New York, Harper and Row, 1947.
6. Hellbrügge T, Lajosi F, Menara D, Schamberger R, Rautenstrauch T. Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik. München, Urban und Schwarzenberg 1978.
7. Jahnová H, Kovářová L, Vacuška M. Ambulantní centrum komplexní péče o rizikové novorozence – dlouhodobé sledování psychomotorického vývoje. Sborník Psychologické dny – psychologie pro bezpečný svět. Bratislava 2001.
8. Jahnová H, Sobotková D. Základní údaje o probíhající standardizaci vývojových škál Bayleyové v České republice, Sborník „Psychologické dny 2002: Kořeny a vykořenění, Olomouc, 2002.
9. Knobloch H, Stevens F, Malone AF. Manual for developmental diagnosis. The administration and interpretation of the revised Gesell and Amatruda developmental and neurologic examination. Hagerstown, Harper and Row 1980.
10. Mc Fadyen A. Special care babies and their developing relationships, Routledge, London, 1994.

Mc Fadyenová (10) uvádí čtyři charakteristiky nejúspěšnějších terapeutických intervencí na podporu vzájemných vztahů rodičů a dětí: rodiče jsou akceptováni jako aktivní účastníci, mají příležitost k mnoha kontaktům se stále stejnými odborníky nejméně po dobu jednoho roku, intervence využívají kombinace různých terapeutických přístupů a psychologické služby jsou včleněny co nejvíce do systému běžné lékařské péče.

V některých případech může být na místě i uplatnění rodinné terapie (tj. individuální práce s rodinou), nebo využití práce skupinové (rodičovské skupiny). Velmi důležité jsou také svépomocné skupiny, kde si rodiče mohou vyměňovat zkušenosti, rozšiřovat znalosti dané problematiky, sdílet společné radosti a starosti, vzájemně si pomáhat. Svépomocné aktivity by se proto měly stát přirozenou součástí následné péče o děti s rizikovými faktory vývoje. Z tohoto důvodu vznikla v roce 2002 svépomocná skupina rodičů – občanské sdružení „Nedoklubko“ se sídlem v ÚPMD v Praze-Podolí.

Psychologická péče o děti nejranějšího věku je v naší republice téma, které se teprve pomalu dostává do popředí zájmu odborné i laické veřejnosti, zatímco ve vyspělých západních státech je jí věnována značná pozornost a je často součástí či nezbytným doplňkem lékařské péče. Doufejme, že s dalšími poznatky o neurobehaviorálním vývoji nejmenších dětí poroste o tuto problematiku zájem i u nás, a že postupně dojde jak k prohloubení vzájemné spolupráce psychologů s neonatologem, pediatry, neurologem a dalšími odborníky, tak k rozšíření sítě pracovišť, která psychologickou péči o děti raného věku a jejich rodiče mohou nabídnout.

Toto sdělení bychom rády ukončily citací, která vystihuje jednu ze základních myšlenek naší práce s dětmi a rodiči. Povzbuzovat a chválit potřebují nejen děti, ale stejnou měrou i rodiče, kteří o děti pečují: „...Nemohu ti ukázat tvoji cestu, ale jsem ochoten tě po ní doprovázet, abys mohl jít jistě. Dokud budeš u mě, chci se o tebe starat a dodávat ti sílu, abys odcházel s radostí v srdci. Když klopytneš, chci ti dodávat odvalu, aby ses nevzdával“ (13).

*Práce je finančně podporována grantem
IGA MZ ČR, reg. č. NF 6237-4.*

11. Pilařová M, Hradilková T. Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence, Sborník 1998, Praha, Futurum, 1999.
12. Pilařová M. Příspěvek k podpoře duševního zdraví dětí raného věku. In: I. Sarmány Schuller (Ed): Psychológia pre bezpečný svet, STIMUL, Bratislava, 2001: 54–57.
13. Prekopová, J. Děti jsou hosté, kteří hledají cestu, Portál, Praha, 1993.
14. Singer LT, Zeskind PS. (Eds.). Biobehavioral assessment of the infant. New York, Guilford Press 2001.
15. Sobotková D, Dittrichová J, Mandys F. Comparison of maternal perceptions of preterm and fullterm infants. Early Development and Parenting, 5, 1996: 2: 73–79.
16. Sobotková D. Pomoc rodičům po narození nedonošeného dítěte z pohledu psychologa: první informace. Neonat. Listy, 2, 1996 b): 4: 302–305.
17. Sobotková D. „Užití nového vydání vývojových škál Bayleyové pro hodnocení psychomotorického vývoje české populace dětí: pilotní studie“. Závěrečná zpráva výzkumného projektu IGA MZ ČR s reg.č. 4063–3, Praha, ÚPMD, 1999.
18. Sobotková D. Týmová spolupráce a rodičovská role v nejranější péči o předčasně narozené děti: Výhledy do budoucna (in Pilařová M, Poethé P. Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence, Sborník 2001, Praha, Futurum, 2001).
19. Šulcová E. Projekt Integrovaná raná péče, Praha, Open Society Fund, 1999.
20. WHO-Europe: better health for the 870 million people of the European Region: In European Health for All, Series No. 6 „Health for all in the 21. St. Century“. Copenhagen, regional office for Europe, 1999: 19–38.
21. Zdraví 21 – zdraví do 21. Století, MZ ČR, Praha 2001.
22. Zoban P. Morbidita dětí s porodní hmotností pod 1500 g ve dvou letech věku – reflexe perinatální péče. Čes. Gynek., 66, 2001; (Suppl. 1): 37–42.