

Postřehy psychologa z perinatologického centra

Ivana Holubcová

*Perinatologické centrum Fakultní nemocnice Plzeň
e-mail: holubcova@fnplzen.cz*

Ročně se narodí v České republice 5-6% dětí předčasně. Nedonošené děti tak tvoří jednu z nejpočetnějších rizikových skupin dětí, jejichž zdravý vývoj bývá hned od narození ohrožen. Těmto dětem a jejich rodičům je proto nutné věnovat zvýšenou péči i ze strany psychologů.

Příspěvek popisuje formy péče psychologa o rizikové novorozence na neonatologickém oddělení Fakultní nemocnice v Plzni a zmiňuje se o některých specifických vývojových problémech rizikových novorozenců, které jsou dokumentovány několika kasuistikami. Na závěr jsou uvedeny názory na zlepšení komplexní péče z oblasti psychologického poradenství o tuto skupinu dětí.

Úvodem

Od května 2005 jsem zaměstnána jako psycholog na neonatologickém oddělení perinatologického centra Fakultní Nemocnice Plzeň. Jde o pracoviště se statutem Baby Friendly Hospital, kterých se nacházelo v České republice do konce roku 2005 celkem 56. Perinatologických center, jež se zabývají vedením rizikových porodů a následnou péčí o rizikové novorozence, je v Česku do dnešní doby celkem 12. Nejenže jde o špičkově vybavené pracoviště, které je schopno pečovat o novorozence s extrémně nízkou porodní váhou a řešit problémy spojené s komplikovanými porody, důraz je zde také kladen na co nejužší kontakt rodičů s dítětem, pokud možno co nejdříve po porodu. Výrazná je též podpora a propagace kojení jako přirozené výživy, která je často zejména u dětí předčasně narozených nezbytná.

K práci tohoto oddělení patří též další péče o rizikové novorozence formou poradenství, sledování jejich dalšího psychomotorického i psychologického vývoje, stejně jako jejich časná rehabilitace. Při oddělení pracuje poradna pro rizikové novorozence, neurologická a psychologická poradna a rehabilitační pracoviště. Všechna tato pracoviště jsou dostupná klientům pravidelně, většinou ordinují vícekrát týdně.

Psycholog na tomto oddělení sleduje v psychologické poradně jak klienty, kteří se tvoří z řad novorozenců v minulosti zde hospitalizovaných pro nízkou porodní hmotnost nebo jiné prenatální, perinatální či časné postnatální problémy na jednotce intenzivní péče nebo na jednotce intenzivní resuscitační péče, tak klienty z okolí - zde jde zejména o děti s poruchami psychomotorického vývoje nebo s výchovnými problémy v časném věku. Snahou oddělení je provázet děti od narození do období, kdy jsou problémy, související s rizikovou novorozeneckou anamnézou zcela kompenzovány. V případě psychologické poradny jsou děti obvykle poprvé vyšetřeny, jakmile dosáhnou chronologického věku dvou let, a pokud možno vedeny formou kontrolních vyšetření až do zaškolení. Tento projekt fungování psychologické poradny se zaváděl postupně již před rokem 2000, během roku 2002 se podařilo zřídit a odborně obsadit psychologickou poradnu při poradenském centru oddělení.

Pro potřeby oddělení a rodičů je možno v psychologické poradně vyšetřit i děti v rámci jejich hospitalizace na neonatologickém oddělení - tedy již během jejich 1. měsíce věku, při vývojových problémech jsou děti vyšetřovány, kdykoliv je to potřeba. Pro vyšetřování dětí raného věku - tedy od 16 dnů života do věku 42 měsíců jsou děti vyšetřovány škálami Nancy Bayleyové BSID II. Později zde dětem na kontrolních vyšetřeních předkládám specifické testy speciálních schopností-zrakové percepcce (Edfedtův reverzní test, Ravenovy progresivní barevné matice, zkouška orientace v řadě a v prostoru), sluchové percepcce, jemné motoriky, laterality a grafomotoriky (Jiráskův test, test kresby lidské postavy). Ke zjištění úrovně verbálních schopností pak používám Wechslerův test pro předškolní věk (WPPSI) z roku 1966. Tyto zkoušky předkládám dětem při kontrolách opakovaně a zkoumám aktuální stav jejich dovedností zejména z hlediska jejich připravenosti na zaškolení a zařazení do dětského kolektivu; snažím se též působit na příznivý vývoj sociálních dovedností dětí a podporovat příznivé vytváření jejich sebepojetí a vztahů v rodinách těchto dětí.

Rostoucí potřeba rané dětské diagnostiky

Raná dětská diagnostika slouží především k určení vývojových odchylek u dětí s rizikovou prenatální, perinatální či ranou postnatální anamnézou. Mezi ně patří rovněž děti **s nízkou porodní hmotností (pod 2 500 g)** - viz tabulka 1, kde je zaznamenán stálý mírný růst jejich procentuálního výskytu mezi novorozenci- sledování od roku 1970 do roku 2005.

Rok narození	% z celkového počtu narozených
1970	6,1
1980	5,9
1985	5,6
1990	5,5
1995	5,5
1997	5,7
1998	6,0
1999	6,1
2000	5,9
2001	6,1
2002	6,3
2003	6,7
2004	6,9
2005	6,9

Tab. 1: Děti s porodní hmotností pod 2 500 g v České republice (v % celkového počtu narozených)

Stoupá také počet narozených a přeživších dětí s **extrémně nízkou porodní hmotností (pod 1 000 g)**,- viz tabulka 2, která porovnává stav v letech 1998-2000 a 2001-2003.

narození v letech	1998 - 2000	2001 - 2003	
propuštění - přežili	664(66%z naroz.)	762 (71% z naroz.)	
vyšetřeni	571 (86%)	673 (89%)	
pozdější komplikace			v PC Plzeň
DMO	23%	22%	4,8%
PMR	15%	17%	4,8%
poruchy zraku	10%	15%	0%
poruchy sluchu	2%	2%	0%
poruchy růstu	14%	13%	2,4%

Tab. 2: Děti s porodní hmotností pod 1 000 g v České republice (údaje přeživších v počtech dětí; přeživší děti uvedeny též v % z celkově narozených, další údaje v % přeživších dětí)

Z tabulky je patrné, že nárůst přeživších dětí mezi lety 2001-2003- tj. 5% z narozených dětí s extrémně nízkou porodní hmotností, je vyšší než nárůst výskytu pozdějších komplikací u těchto dětí (u psychomotorické retardace (PMR) vzrostly komplikace pouze u 2%, u poruch zraku o 5% přeživších dětí; v případech dětské mozkové obrny (DMO) a poruch růstu se počet výskytu snížil; výskyt poruch sluchu byl v obou obdobích stejný). Sloupec vlevo obsahuje procenta pozdějších komplikací u přeživších dětí s extrémně nízkou PH v perinatologickém centru Plzeň.

Tabulka 3 shrnuje výsledky sledování a péče o děti s nízkou porodní hmotností narozené v Perinatologickém centru FN Plzeň - tedy v krajích Plzeňském a Karlovarském v roce 2003. Udává jak **základní demografická data**, tak **výsledky vyšetření těchto dětí ve 2 letech věku** vzhledem k **těžkým postižením zdravotního stavu**. Tabulka přináší pozitivní informace, týkající se zejména malého množství vážných zdravotních a vývojových komplikací zjištěných ve 2 letech sledovaných dětí.

Základní demografická data

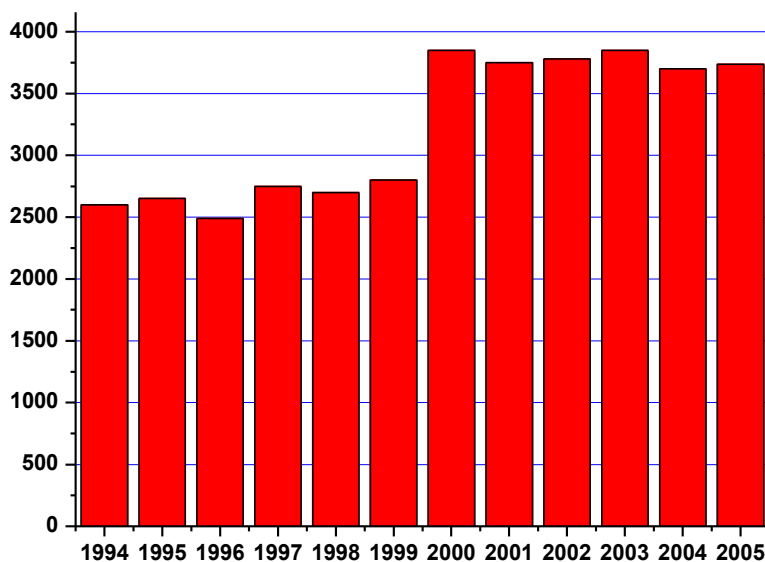
počty dětí	< 750 g	750 - 999 g	1000 - 1499 g	1500 - 2499 g
celkový počet živě narozených	15	17	34	211
zemřelé během hospitalizace	8	3	2	1
zemřelé od propuštění do 2 let	0	1	0	-
?	0	0	2	-
vyšetřené ve věku 2 let	7	13	30	-
vážně postižené ve věku 2 let	0	1	1	-

Těžká postižení zdravotního stavu ve 2 letech věku

typ postižení	< 750 g	750 - 999 g	1000 - 1499 g	1500 - 2499 g
DMO	0	0	1	-
ROP III. st. a vyšší	0	0	0	-
kortikální slepota	0	0	0	-
senzorineurální hluchota	0	0	0	-
epileptický syndrom	0	0	1	-
těžká retardace vývoje	0	0	1	-
těžká porucha růstu	0	1	0	-
vrozená těžká luxace kyčel. kl.	0	0	0	-

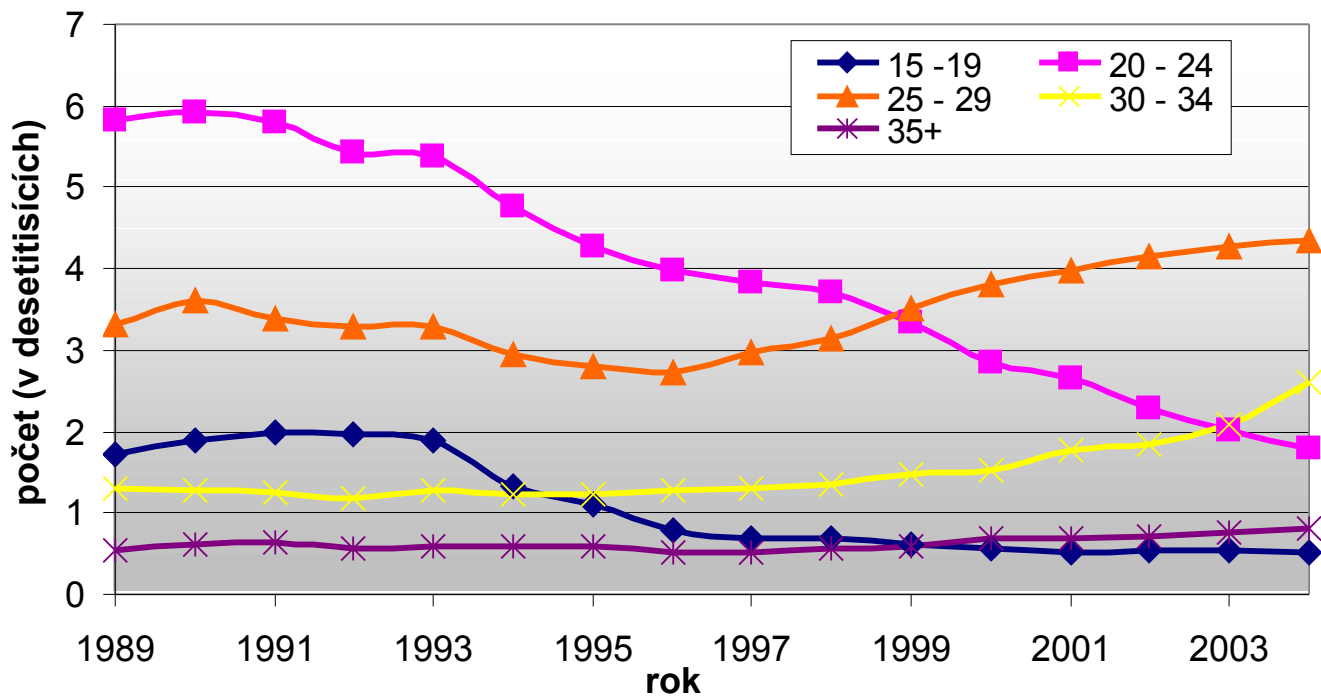
Tab. 3: Děti s nízkou porodní hmotností vyšetřené v PC FN Plzeň v roce 2003 (údaje v počtech dětí), děti jsou rozděleny na skupiny dle své porodní hmotnosti

Významně roste počet dětí **s vrozenými vadami** - tabulka 4 porovnává počty dětí narozených s vrozenou vadou v rozpětí let 1994- 2005. Prudký nárůst jejich množství od roku 2000 je dán též vyspělými diagnostickými metodami, které začaly být v Česku po roce 2000 v lékařské praxi dostupnější.



Tab. 4: Vrozené vady u dětí narozených v ČR v letech 1994- 2005 (v počtech dětí) (Hodnoty v grafu jsou pouze orientační)

Mezi rizikové faktory pro novorozence patří v současné době též **věkový posun populačních ročníků žen** - viz tabulka 5, která zobrazuje rostoucí věk rodiček od roku 1989 do roku 2004.



Tab. 5: Věkový posun populačních ročníků žen v letech 1989-2004 směrem ke starším, tedy rizikovějším skupinám (Hodnoty v grafu jsou pouze orientační)

Mezi rizikové faktory pro novorozence patří dále rostoucí počet **vícečetných těhotenství**, o jejichž množství a rizicích hovoří tabulka 6 s údaji z roku 2005

těhotenství		jednočetn é	vícečetn é
nízká porodní hmotnost < 2500g	%	4,8	55,0
porodní úmrtnost celkem	‰	3,5	12,1
z toho bez vrozených vývojových vad	‰	3,1	10,1
mrtvorozenost	‰	2,6	6,5
z toho bez vrozených vývojových vad	‰	2,5	5,7
časná novorozenecká úmrtnost	‰	1,0	5,7
z toho bez vrozených vývojových vad	‰	0,6	4,4
podíl vrozených vývojových vad	‰	0,4	2,0
narození sekci	%	16,8	72,2
novorozenci	n	98 779	3 870
porody	n	98 779	1 940

Tab. 6: Vybrané charakteristiky z roku 2005
(procenta a promile z počtu novorozenců, případně porodů)

Hlavní údaje o skupině vyšetřovaných dětí

Pro tento příspěvek jsem vybrala jsem a zpracovala data, získaná z vyšetření **předčasně narozených dětí** na výše zmíněném pracovišti v letech 2004-2006, tedy z doby provozu psychologické poradny při Perinatologickém centru FN Plzeň.

Vstupní data jsou zpracována v následujících tabulkách:

celkem vyšetřeno		130 předčasně narozených dětí
vážnější problémy	9 dětí (7%)	6 těžké MR + další vady (DMO) 3 lehké MR + další vady (DMO)
norma a méně významné problémy		121 dětí (93%)

celkový počet vyšetření dětí s méně významnými problémy	168	první vyšetření (nejčastěji ve 2 l.)	podruhé vyšetření	vícekrát vyšetření (nejčastěji v předškolním věku)
		u 82 dětí	33 dětí	6 dětí
		66 vyšetření	20 vyšetření	

Tab. 7 Celkový počet předčasně narozených vyšetřených dětí

Z celkem 130 vyšetřovaných dětí mělo 9 dětí ve 2 letech věku vážnější zdravotní problémy. Tyto děti tvoří samostatnou specifickou skupinu, proto nebyly do zkoumané skupiny zahrnuty. Zkoumaná skupina byla tedy zastoupena 121 dětmi s méně významnými problémy. Celkem bylo provedeno 168 vyšetření sledovaných dětí, z nichž 82 dětí bylo vyšetřeno zatím pouze jednou-nejčastěji ve věku 2 let. Dvakrát bylo vyšetřeno celkem 33 dětí, vícekrát pak 6 dětí.

Stáří matky v době porodu

Nejvíce sledovaných dětí se narodilo matkám ve věkové skupině 25- 30 let.

stáří matky (let)	pod 20	20-25	25-30	30-35	35-40	nad 40	?
počet vyšetřených dětí	0	18	44	22	9	1	27

Rodinné poměry- rodinné problémy nejméně u 7% vyšetřovaných dětí

rozvod, rozchod rodičů	4 případy
dítě osvojeno	2 případy
otec neuveden	3 případy

Tab. 8 Některé údaje o rodičích a rodinných poměrech vyšetřovaných dětí

13 vícečetných porodů

- úmrtí dalšího plodu před narozením – 3 případy
- ve 2 případech † sourozence (15%)
- smrt sourozence po porodu – 2 případy

vývojová zralost sourozenců

- nedonošení 30
- donošení 8
- ? 49
- sourozenci s vývojovými problémy 15 – tj. min. 17%

Tab. 9 Některé údaje o sourozencích vyšetřovaných dětí

Největší počet vyšetřovaných dětí měl v době vyšetřování 1 sourozence- někteří ze sourozenců byli mladší než posuzované dítě. Minimálně 17% sourozenců těchto dětí mělo rovněž vývojové problémy (šlo zejména o specifické vývojové poruchy školních dovedností).

těhotenství	fyziologické	rizikové	?
počet vyšetřených dětí	8	64	49

těhotenství	první	druhé	další	?
počet vyšetřených dětí	46	28	27	20

Vícečetná těhotenství – 15 ze sledovaných těhotenství (12%)

Tab. 10 Některé údaje o těhotenství

Nejvíce sledovaných dětí se narodilo z prvního, rizikového těhotenství; 12% sledovaných dětí pak z těhotenství vícečetného.

pořadí porodu	první	druhý	třetí	další	?
počet vyšetřených dětí	46	18	5	6	46

způsob porodu	spontánní	SC	indukovaný	?
počet vyšetřených dětí	22	70	2	27

poloha plodu při porodu	Záhlavím	koncem pánevním	příčná	?
počet vyšetřených dětí	44	17	1	59

Tab.11 Některé údaje o porodu

Nejvíce vyšetřovaných dětí se narodilo sekci záhlavím a z prvního porodu.

porodní hmotnost [kg]	0,40-0,49	0,49-0,79	0,80-0,99	1,00-1,29	1,29-1,49
počet vyšetřených dětí	3	7	28	24	21
porodní hmotnost [kg]	1,49-1,79	1,80-1,99	2,00-2,29	2,29-2,49	2,5-3,0
počet vyšetřených dětí	9	3	4	3	2

- neznámá hmotnost – 17 vyšetřených dětí
- extrémně nízká hmotnost- 31% dětí (méně než 1kg)

Tab.12 Porodní hmotnosti vyšetřovaných dětí

Nejvíce vyšetřovaných dětí se narodilo s porodní hmotností v intervalu 800- 999 g.

název komplikace	počet vyšetřených dětí
porodní asfyxie	58
syndrom dechové tísně novorozence	51
hyperbilirubinémie	50
anémie z nezralosti (chudokrevnost)	50
hernie (kýla)	38
infekční onemocnění	25
kardiologické problémy	17
hypotrofie	15
vývojové potíže trávicího traktu	10
osteopatie	8
hydrocefalus	6
hydrokéla (vodní kýla)	5
neurologické problémy	48
zakový defekt	4
degenerativní stigmatizace	4
následky onemocnění matky (DM, EPI)	2

Tab.13 Prenatální, perinatální a rané postnatální komplikace (časná morbidita) u vyš. dětí

název komplikace		počet vyšetřených dětí	
neurologické	DMO	6	celkem neurologické: 22
	další	16	
zakové		26	
kardiologické		10	
respirační		9	
ortopedické		7	
růstová retardace		7	
interní (nefrologie)		7	
úraz		3	
genetická zátěž		1	

Tab. 14 Pozdější komplikace (pozdní morbidita) u vyšetřovaných

Z tabulek 13 a 14 je patrná klesající morbidita s věkem dítěte.

forma péče			
rehabilitace	ano	ne	?
počet vyšetřených dětí	62	1	58
operace	během poporodní hospitalizace	do 1. roku věku	nad 1. rok věku
počet vyšetřených dětí	10	9	10

Tab.15 Klinická péče o vyšetřované děti v postnatálním věku

Z tabulky je patrné, že nečastější formou rané klinické péče o vyšetřované děti byla cílená rehabilitace.

název problému	počet vyšetřených dětí
porucha aktivity a pozornosti	42
hyperaktivita	8
porucha artikulace	24
expresivní porucha řeči	23
receptivní porucha řeči	0
porucha obou složek řeči	12
nevyhraněná laterálita	19
hrubá motorika	9
jemná motorika	3
lehká PMR	3
problémy v sociálním chování	3
bez problémů při 1. vyšetření	39
s problémy při 1. vyšetření	82 – tj. 67,8% vyšetřovaných

Tab. 16 Vývojové problémy vyšetřovaných dětí při prvním psychologickém vyšetření (nejčastěji ve 2 letech věku)

Z tabulky je patrné, že nejvíce dětí trpělo poruchami řečového rozvoje (49 % případů), dále poruchami pozornosti (41%) a poruchami motoriky (26% případů).

název problému	počet vyšetření
přetrvávající dyslálie	28
dysartrie	8
expresivní porucha řeči	8
receptivní porucha řeči	5
poruchy grafomotoriky	21
jemná motorika	8
poruchy hrubé motoriky	4
porucha aktivity a pozornosti	21
hyperaktivita	2
porucha zrakové percepce	5
nezralé početní představy	1
nepolupráce dána sociální přizpůsobivostí	2
bez problému při dalších vyšetřeních	5

Tab. 17 Vývojové problémy vyšetřovaných dětí při kontrolních psychologických vyšetřeních

Při kontrolních vyšetřeních, během nichž byly některé děti vyšetřeny opakovaně, byly nejvýznamněji zastoupeny poruchy řečového rozvoje (v 56% vyšetření, dále to byly poruchy motorické koordinace, zastoupené převážně ve formě poruch grafomotoriky (celkem 29% vyšetření), klesají poruchy pozornosti (pouze ve 27% vyšetření). Při kontrolních vyšetřeních však **klesá počet dětí bez specifických problémů** - jedná se o mírné specifické potíže, které však mohou významně ovlivnit úspěšnost dětí při zaškolení.

věková hladina výkonnosti	počet vyš.	kvalita výkonu v daném věkovém pásmu			
		nadprůměr. výkon	výkon v pásmu dobrého prům.	podprůměrný výkon	nevyrovnaný výkon
odp.korigovanému věku	99	8	59	25	7
odp. chronolog. věku	56	17	27	6	6
neodp. věku	13	pásma lehké retardace			

Tab. 18 Mentální výkony dětí během jednotlivých psychologických vyšetření

U 99 vyšetření odpovídal mentální výkon dítěte korigovanému věku (jedná se zejména o vyšetření dětí ve věku 2 let, z toho v 8 případech podalo dítě nadprůměrný výkon, v 59 případech výkon v pásmu dobrého průměru, v 25 případech výkon podprůměrný; v 7 případech byly výkony dítěte značně nevyrovnané (např. se značně lišily řečové schopnosti a adaptabilita dítěte apod.)

V 56 případech odpovídal během vyšetření výkon dítěte chronologickému věku.

U 13 vyšetření odpovídal mentální výkon dítěte pásmu lehké retardace.

druh péče	počet vyšetřených dětí
klinický logoped	43
specifický nácvik grafomotoriky	8
odklad školní docházky	8
péče SPC, RHC	5
kolektiv MŠ	4
další vyšetření (neurolog, foniatr)	3

- speciální doporučení u 58,7% vyšetřovaných dětí
- speciální péče o dítě běžela již před vyšetřeními u 11,6% vyšetřovaných dětí:

druh péče	počet vyšetř. dětí
logoped	13
specifické cvičení (stimulace zraku)	1

Tab. 19 Doporučovaná péče jako výsledek psychologického vyšetření

Významným výstupem psychologického vyšetření je doporučená péče dalšího odborníka. Nejvíce byla doporučována péče klinického logopeda (vzhledem k vážnějšímu charakteru poruch řečového rozvoje vyšetřovaných). Dále byl rodičům předveden postup při specifickém nácviku grafomotorických dovedností - před zaškolením byli rodiče odkázáni též na předškolní přípravné kurzy pro děti pořádané při některých pedagogicko psychologických poradnách. Některým rodičům byla doporučena spolupráce se speciálním pedagogickým centrem, případně další rehabilitace dítěte. Některé vyšetřované děti již byly v době kontaktu klienty klinického logopeda.

kontrola	poč. vyš dětí.	vzdělání rodičů				vzdálenost bydliště rod.		
		základ.	vyuč.	SŠ, VŠ	?	místní	vzdálení	?
přišli	39	3	16	17	3	13	22	4
nepřišli	17	1	5	4	7	5	11	1
nerealizována	65							

Tab. 20 Spolupráce rodičů během vyšetření

Ač je psychologické vyšetření pro návrh správné stimulace dítěte i z dalších výše uvedených důvodů pro rizikové děti vysoce indikované, rodiče jeho význam často bagatelizují. Někteří z nich považují svoje dítě za zdravé a „normální“ a nejsou ochotni setrvat v dalším kontaktu s klinickým psychologickým pracovištěm. Jak tabulka uvádí, 30 % z indikovaných kontrolních vyšetření dětí se neuskutečnilo pro nezájem rodičů. Položka „nerealizovaná kontrola“ v 3. řádce tabulky udává vyšetření, která se budou realizovat v budoucnu.

Další údaje v tabulce měly pomoci ke zhodnocení, zda je „nezájem“ rodičů o kontrolní vyšetření dítěte závislý na jejich vzdělání či vzdálenosti bydliště rodiny od pracoviště psychologa. Při tomto sledování nebyla zjištěna významná závislost „nezájmu“ rodičů na zde vybraných faktorech.

Shrnutí

Z uvedeného sebraného materiálu lze vyvodit, že předčasně narozené děti jsou **z lékařského hlediska** ohroženy zejména časnou morbiditou, přičemž jejich pozdní morbidita se postupně blíží normě.

Z pohledu psychologa však u mnoha z nich přetrvávají mírné specifické problémy - v raném věku (kolem 2 let) zejména projevy lehké organicity (poruchy aktivity a pozornosti) a zpomalení řečového rozvoje, v pozdějším věku (nad 3 roky) ustupují poruchy pozornosti, zvyšuje se podíl poruch řečového rozvoje a nastupují další specifické problémy, kterým je vhodné během předškolního věku věnovat pozornost. Toto stanovisko dokládají i následující **kazuistiky**:

Kazuistiky

1. kazuistika: chlapec, nar. 2002 - příklad „dobře vedeného dítěte“- rodiče spolupracují a plní doporučení psychologa

Jde o dítě z prvního, fyziologického těhotenství. Narodil se na 27. týdnů sekci, jeho porodní hmotnost činila 1 030 g. Vyrůstá v úplné rodině, bez sourozenců. Po narození trpěl syndromem dechové tísně, po dobu 6 dní mu byla poskytována umělá plicní ventilace na jednotce intenzivní a resuscitační péče, později jeho stav vyžadoval opakovaně kyslíkovou podporu. V raném věku prodělal infekci. Dále trpěl osteopatií nedonošených. Byl rehabilitován jak během pobytu v perinatologickém centru, tak i později po příchodu do rodiny.

Chlapec byl v psychologické poradně vyšetřen celkem třikrát:

- 1. první vyšetření** proběhlo ve věku 23 měsíců, korigovaný věk činil 19,5 měsíce. Během vyšetření byly pozorovány projevy poruchy aktivity a pozornosti; výkony chlapce odpovídaly korigovanému věku- mentální vývojový index MVI=95 (pásmo průměru), pohybový vývojový index PVI=94 (pásmo průměru). Rodičům bylo doporučeno kontrolní vyšetření za jeden rok. Byly s nimi probrány vhodné výchovné postupy a stimulační opatření dítěte. Další opatření nebylo navrhováno pro uspokojivé výsledky vyšetření.
- 2. druhé vyšetření** proběhlo ve věku 40 měsíců, korigovaný věk s plnou korekcí vzhledem k dalšímu handicapu dítěte (viz níže) činil 37 měsíců. Chlapec byl v tu dobu sledován na oční klinice pro tupozrakost. Ve věku 3 let nastoupil do speciální mateřské školy pro děti se zrakovým postižením. Během vyšetření bylo možno pozorovat přetrvávající projevy poruchy aktivity a pozornosti a nápadnější dyslálie, vyšetření bylo ovlivněno i výraznějšími projevy vývojového negativismu. Mentální výkon chlapce na úrovni korigovaného věku odpovídal podprůměru - MVI=69; pohybový výkon byl aktuálně snížen na úroveň 25 měsíců - PQ=66. Toto aktuální snížení výkonů dítěte bylo, dle mého názoru, značnou měrou ovlivněno percepčními problémy chlapce (zrakové vnímání). Pro závažnou poruchu výslovnosti byla rodičům doporučena konzultace u klinického logopeda. Vzhledem k aktuálnímu snížení výkonů dítěte a masivní dyslálii byl termín kontrolního vyšetření určen za jeden rok.
- 3. třetí vyšetření** se konalo ve věku 49 měsíců, vzhledem k vývojovým problémům dítěte byl použit korigovaný věk s plnou korekcí - 46 měsíců. Rodiče referovali o zlepšení úkolové

motivace chlapce, aktuálně zvažovali jeho přestup do běžné mateřské školy. Během vyšetření byl zaznamenán ústup projevů poruchy aktivity a pozornosti, přetrvávala však masivnější dyslálie, zřídka bylo u chlapce patrné zadržávání. Aktuální výkony chlapce odpovídaly korigovanému věku - mentální vývojový index MVI=90 (širší průměr), výraznou akceleraci zaznamenal pohybový rozvoj dítěte, pohybový vývojový index PVI=98 (průměr). Pozornost rodičů byla v posledním období zaměřena zejména na pohybový rozvoj synka. Logopedickou péčí zatím nevyhledali, proto jim byla zdůrazněna nezbytnost zahájení logopedické péče, dále jim byla doporučena jednoduchá cvičení grafomotoriky. Další kontrola je plánována před zápisem dítěte do školy - k posouzení jeho školní připravenosti.

1. kasuistika: dívka, nar. 2002 - příklad „horší spolupráce s rodiči“, dítě podnětově spíše deprivované

Jde o dítě z páteho, rizikového těhotenství. Jednalo se o čtvrtý porod na 26. týdně sekci, šlo o výrazně hypotrofický plod s porodní hmotností 470 g, nelze vyloučit nikotinismus matky během těhotenství. Dítě vyrůstá v úplné rodině, má polorodé bratry narozené v letech 1980 a 1983 a vlastního bratra narozeného v roce 1995. Dle tvrzení matky jsou dívčiny sourozenci zdraví - starší bratři jsou vyučeni, nejmladší dochází do základní školy. Dívka trpěla syndromem dechové tísně novorozence, proto jí byla po 6 dnech poskytována umělá plicní ventilace na jednotce intenzivní a resuscitační péče, dále vyžadoval její stav opakovanou kyslíkovou podporu. Dále trpěla retinopatií nedonošených, pro centrální poruchu svalového tonu - hypotonii bylo rehabilitováno jak během pobytu v perinatologickém centru, tak během prvního roku věku. Při docházkách do poradny pro rizikové novorozence perinatologického centra byla u ní sledována mírná degenerativní stigmatizace a psychomotorická retardace. Ve věku 1 roku byla operována pro strabismus.

Dívka byla v psychologické poradně vyšetřena celkem dvakrát:

- 1. první vyšetření** bylo provedeno ve věku 26 měsíců, korigovaný věk dítěte činil 22 měsíců. Během vyšetření byly pozorovány masivní projevy poruchy aktivity a pozornosti, výkony dítěte byly sníženy na věkovou hladinu 16 měsíců - tedy do spodního pásma lehké retardace (MQ=PQ=50). S matkou byly probrány některé techniky stimulace dítěte, další kontrola byla určena za jeden rok.
- 2. druhé vyšetření** proběhlo ve věku 41 měsíců, vzhledem k vývojovým problémům dítěte byl použit plný korigovaný věk 37 měsíců. Ve věku 3 let se dívka podrobila další operaci očí. Bylo ukončeno její sledování v kardiologické poradně, je však sledována pro chronické onemocnění močových cest v poradně nefrologické. Pro tyto potíže nebyla dítěti doporučena docházka do mateřské školy. Během sezení byly pozorovány přetrvávající masivní projevy poruchy aktivity a pozornosti, menší úkolová a emocionální zralost dítěte, masivní dyslálie a další projevy zpomaleného řečového rozvoje. Mentální výkon dítěte aktuálně odpovídal věku 22 měsíců, tedy pásmu lehké retardace (MQ=59); motorický výkon pak věku 26 měsíců, tedy hornímu pásmu lehké retardace (PQ=70). Lze usuzovat, že je dítě v rodině kulturně a sociálně deprivováno, zejména se mu nedostává vhodné stimulace. Pro tyto potíže byl matce doporučen kontakt se speciálním pedagogickým centrem, kde by pečovatelé mohli získat podněty k vhodnější stimulaci dcerky. Kontrolní vyšetření dítěte bylo naplánováno za jeden rok.

3. kazuistika: dívka, nar. 1996 - jde o sledování dítěte až do školního věku, kde se objevily příznaky specifické poruchy učení

Jde o dítě z prvního, fyziologického těhotenství, narozeného na 32. týdnů spontánně záhlavím, s porodní hmotností 1 045 g, plod byl hypotrofický. Vyrůstá v úplné rodině, v roce 2000 se dívce narodil donošený zdravý bratr. Po narození dívka vyžadovala opakovaně kyslíkovou podporu, podrobila se fototerapii, léčila se pro anémii nedonošených. Od svého pobytu v perinatologickém centru byla dlouhodobě rehabilitována, zejména pro opožděný motorický rozvoj na bázi lehké diparetické formy dětské mozkové obrny. Ve věku 2 let prodělala operaci strabismu.

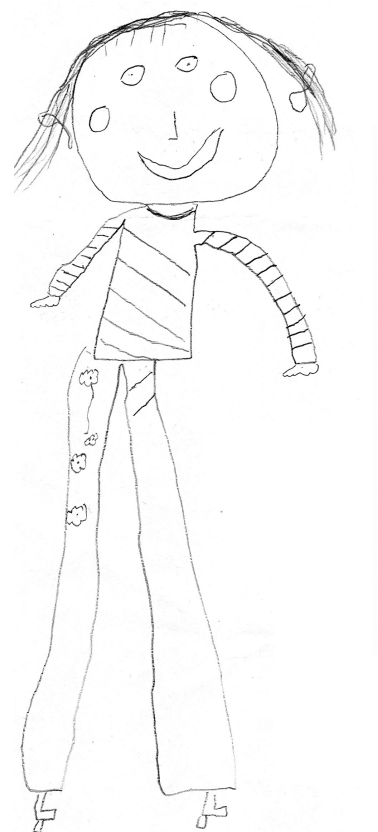
Dívka byla v psychologické poradně vyšetřena celkem čtyřikrát:

- 1. první vyšetření** proběhlo ve věku 26 měsíců, korigovaný věk dítěte činil 24 měsíců. Výkony děvčátka odpovídaly průměru pro korigovaný věk: mentální vývojový index MVI=96, pohybový vývojový index=94. Rodiče byli poučeni o další vhodné péči o dcerku.
- 2. druhé vyšetření** se konalo ve věku 33 měsíců, pro níže uvedené vývojové problémy byla použita plná věková korekce na 30 měsíců. Kristýna používá korekci zraku, stále dochází na rehabilitaci, podrobila se ortopedické operaci. Od věku 4 plánují rodiče její nástup do mateřské školy. Během vyšetření byly pozorovány projevy poruchy aktivity a pozornosti, mentální výkon dítěte pro korigovaný věk odpovídal pásmu mírného podprůměru- IQ= 89. Byla doporučeno kontrolní vyšetření za jeden rok, zejména pro zjištění školní připravenosti.
- 3. třetí vyšetření** se uskutečnilo ve věku 5 let 11 měsíců. Psychomotorické tempo dítěte během práce bylo hodnoceno jako pomalejší, kresba byla hodnocena jako dysproporční (viz příloha). Verbální intelektový výkon odpovídal průměru- IQ_v=100, názorový intelektový výkon pak lehkému podprůměru- IQ_n=85. S rodiči bylo hovořeno o možném odkladu školní docházky, který se však neuskutečnil. Dle mého názoru byl podceněn značný rozdíl mezi verbálním a názorovým intelektovým výkonem děvčátka.
- 4. čtvrté vyšetření** proběhlo ve věku 9 let 1 měsíce na žádost rodičů pro problémy dítěte ve škole. Dívka nastoupila do školy bez odkladu, nyní navštěvuje 3. ročník ZŠ, kde se začínají objevovat závažnější problémy v českém jazyce. Patrné značné rozdíly ve výkonech v jednotlivých verbálních subtestech (metoda WISC-III), které kolísají od prostého průměru (subtesty Počty, Vědomosti) přes lehký nadprůměr (Podobnosti, Slovník) k nadprůměru (Porozumění). Aktuální verbální výkon spadá do pásma velmi dobrého průměru (IQ_v=107). Celkové hodnocení kresby dítěte odpovídá 5. stenu (viz příloha). Výkon v názorovém testu (Raven – CPM) odpovídá 10. percentilu. Patrné jsou problémy ve sluchovém vnímání dítěte a jemné motorice rukou, dysgrafické prvky v písmu. Lze diagnostikovat poruchu aktivity a pozornosti a speciální vývojovou poruchu učení - dysgrafii u velmi dobře nadaného dítěte. Výstupem z vyšetření byla zpráva škole se žádostí o specifický přístup k žákyni a poučení rodičů o nápravě SPU.

(Lze konstatovat, že těmto problémům mohly alespoň částečně zamezit závěry ze 4. vyšetření, které lze hodnotit jako nedostatečné).



věk 5 let 11 měsíců



věk 9 let 1 měsíc

Příloha ke 3. kazuistice: kresby

Některé charakteristiky kresby dysgrafika se s věkem příliš nemění, např. přetrvávají značné dysproporce.

Na závěr práce bych chtěla poděkovat p. MUDr. Jiřímu Dortovi PhD., primáři Perinatologického centra Fakultní Nemocnice v Plzni za laskavou supervizi mého příspěvku a zejména za průkopnický přístup v péči o rizikové novorozence, ve kterém razí úzkou spolupráci lékařů s dalšími obory, tedy i s psychologem. Takto je možno významně přispět nejen ke zlepšení jejich fyzického zdraví, ale též k prospívání těchto dětí jak ve výkonové, tak i v sociální a emocionální sféře jejich života.