

## VÝCHODISKA PRO ZPRACOVÁNÍ „METODIKY SPOLUPRÁCE PORODNÍ ASISTENTKY A PORADCE RANÉ PÉČE V PÉČI O OHROŽENÉ DÍTĚ A JEHO RODINU“

STARTING POINTS FOR THE PROCESSING OF „METHODOLOGY OF  
COOPERATION MIDWIFE AND ADVISOR TO EARLY INTERVENTION,  
IN THE CARE OF THE ENDANGERED CHILD AND HIS FAMILY“.

**Zdenka Šándorová, Markéta Moravcová**

**Abstract:** *The authors deal with the issue of interdisciplinary cooperation in the care of the "vulnerable child" early age and his family. Justify the starting point of departure for processing „Methodology of cooperation midwife and advisor to early intervention, in the endangered child and his family.*

**Keywords:** *Endangered Child, Early Intervention, Advisor to Early Intervention, Midwife, Secondary Prevention, Eco-system Approach.*

### Úvod

Je všeobecně známé, že důležité komponenty tělesného a duševního zdraví se vyvíjejí již v raných fázích života a že zdravotní stav mladé generace a péče o ni je obrazem sociální a kulturní úrovně každé civilizované země, tedy i České republiky.

Česká republika patří dosaženou úrovní celkové perinatální péče o matku a dítě mezi země s nejlepšími výsledky na světě. Vysoká úroveň poskytované specializované porodnické a neonatologické péče v České republice zvyšuje i šance na přežití u „ohrožených dětí“ (tj. dětí předčasně narozených, s velmi nízkou porodní hmotností, s vrozenými vývojovými vadami apod.). Tato skutečnost logicky vede k nárůstu dětí vyžadujících již od narození specializovanou multidisciplinární péči. To vyvolává řadu důležitých otázek, které již nelze řešit pouze jednostrannými opatřeními ze strany zdravotnických pracovníků, ale taková opatření musí být jednoznačně mezirezortní.

Potřeba speciální péče a pomoci v období mateřství a dětství je zakotvena i v hlavních principech klíčových mezinárodních organizací - UNESCO, Spojené národy. Souhrnná zpráva Raná péče v Evropě (2005, s. 8) konkrétně uvádí:

*„V období mateřství a dětství musí být k dispozici speciální péče a pomoc“.* (U. N. 1948, Článek 25 §2).

*„Dítě musí mít právo vyrůstat a dospívat ve zdraví; z tohoto důvodu má být jemu i jeho matce v případě potřeby poskytována speciální péče a ochrana, a to včetně prenatální a postnatální péče“.* (U. N. 1959, Princip 4)

*„Stát uznává právo postiženého dítěte na speciální péči a je zodpovědný za podporu a zajištění patřičné pomoci, závislé na dostupných zdrojích, jak danému dítěti tak těm, kteří jsou zodpovědní za péči o ně a kteří o pomoc požádají, přičemž*

*pomoc musí být adekvátní stavu dítěte a okolnostem v rodině, popř. prostředí, v němž je vychováváno“.*(U. N. 1989, Článek 23 §2)

*„Státy by měly zajišťovat podmínky pro realizaci programů vedených multidisciplinárními odbornými týmy zaměřenými na včasnou diagnostiku, vyhodnocení a péči o postižené. Taková opatření mohou zabránit, redukovat či zmírnit následky postižení“.* (U. N. 1993, Pravidlo 2 §1)

Multidisciplinární spolupráce je deklarována také i v mnoha dalších významných dokumentech, např. Zdraví 21, Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014, atd.

## **1 Formulace problematiky**

Dítě ohrožené (nedonošené, předčasně narozené, s nízkou porodní hmotností, s vrozenou vývojovou vadou) – to je problém se složitou strukturou, který nepostihuje pouze matku a dítě, ale dotýká se významně rodiny, rodinného systému, příbuzných, ale i širokého okolí včetně odborné i laické veřejnosti. Při jeho řešení je nutné zohlednit různé aspekty – vedle zdravotnických také sociální, edukační, etické, psychologické, legislativní, ekonomické, ale dokonce i spirituální.

### **1.1 Konkrétní možnost řešení**

Vzniklá náročná životní situace rodiny a s ní spojené psychosociální problémy, které nečekala, se dají omezit v rámci preventivních aktivit přiměřenou zdravotnickou a psychosociální podporou, na které se mohou významně podílet v počátečních fázích života dítěte i porodní asistentky v kooperaci s pracovníky rané péče – tzv. poradci rané péče.

Autorky ze zkušeností pracovních pozic v profesi porodní asistentka a poradkyně rané péče se rozhodly zpracovat *„Metodiku spolupráce porodní asistentky a poradce rané péče v péči o ohrožené dítě raného věku a jeho rodinu“* (dále jen Metodika) pro neonatologická pracoviště zdravotnických zařízení v následující struktuře:

- Analýza současného stavu v České republice
- Ohrožené dítě
- Psychosociální situace rodiny s ohroženým dítětem
- Intervence poradce rané péče a porodní asistentky a možnosti jejich kooperace
- Primární a sekundární prevence
- Etika v přístupu porodní asistentky a poradce rané péče k rodině s ohroženým dítětem
- Sdělování nepříznivé diagnózy
- Úkoly zdravotní péče a služby raná péče

V předloženém příspěvku však není hlavním cílem prezentace konkrétní Metodiky. Hlavní pozornost je soustředěna na analýzu východisek pro její zpracování, tedy důvody, které autorky k napsání Metodiky vedly.

## 2 Metody

Príspevek je zpracován na základě analýzy dokumentů, statistických údajů a platných legislativních norem. Dále byly využity praktické zkušenosti autorek specializující se na obor porodní asistence a poradce rané péče v rámci mezirezortní spolupráce.

## 3 Rozbor problému

Důležité dokumenty publikované v posledních dvaceti až třiceti letech poukazují na vývoj myšlenek a teorií vedoucích k novému konceptu péče o ohrožené dítě, ve kterém jsou zahrnuty poznatky z medicíny, pedagogiky a společenských věd. Jedná se o posun od typu intervence, který byl zaměřen pouze na dítě, k přístupu širšímu, zahrnujícímu nejen dítě, ale také rodinu a prostředí, které dítě obklopuje.

Tento přístup zahrnující péči o dítě i jeho široké okolí ze všech úhlů pohledu je důležitým východiskem Metodiky - cílené pomoci při řešení závažné životní situace, jakou představuje konkrétně narození „ohroženého dítěte“. Z tohoto důvodu je v následujících kapitolách věnována pozornost:

- mezirezortní spolupráci;
- primární, sekundární a terciární prevenci;
- intervenci poradce rané péče a intervenci porodní asistentky v oblasti péče o ohrožené dítě a jeho rodinu.

### 3.1 Mezirezortní spolupráce

Cílenými výzkumy (např. evaluačními dotazníky) a dlouholetou praxí poradců rané péče je doloženo, že mezirezortní a interdisciplinární přístup je efektivní pro podporu, pomoc a péči, včetně poradenství cílové skupiny ohrožených dětí raného věku a jejich rodin, pokud jsou tyto intervence zahájeny bezprostředně po zjištění nepříznivého zdravotního stavu dítěte. Ideální je stav, kdy se začne s intervenčními aktivitami co nejdříve po narození dítěte. Hlavními aktéry těchto aktivit je ohrožené dítě jeho rodina a pracovníci mezirezortního interdisciplinárního týmu.

Autorky příspěvku konkretizují možnost spolupráce rodiny, porodní asistentky a pracovníka organizace poskytující službu sociální prevence ranou péči (podle zákona Ministerstva práce a sociálních věcí č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění), tzv. poradcem rané péče. Pozornost věnují také mezirezortním úkolům v rámci primární, sekundární a terciární prevence.

### 3.2 Intervence poradce rané péče a porodní asistentky v oblasti péče o ohrožené dítě a jeho rodinu

Za referenční rámec pro ranou péči lze považovat tzv. **ekologicko-systémový přístup**. Proměna hlavního cíle intervence v tomto přístupu, jak uvádí Analýza situace v Evropě, je vnímána „jako proces, který nemůže být svými vlivy omezen pouze na dítě, nýbrž musí zahrnovat i jeho bezprostřední okolí.“ (s. 15) Za bezprostřední okolí je nutné vnímat i rodinu dítěte, která má být ovlivněna adekvátními intervencemi porodní asistentky (event. neonatologické sestry) již v průběhu pobytu v porodnici.

### 3.2.1 Intervence poradce rané péče

Pro příklad ekologicko-systémového přístupu je uvedena pracovní definice z Analýzy situace v Evropě: „*Raná péče je souborem služeb a opatření pro velmi malé děti a jejich rodiny, které jsou poskytovány na jejich požádání v určitém období života dítěte a které zahrnují jakoukoliv činnost prováděnou v případě, že dítě potřebuje zvláštní podporu za účelem:*

- *zajištění a podpory osobního vývoje dítěte,*
- *posílení kompetencí samotné rodiny a*
- *podpory začlenění rodiny a dítěte do společnosti.* (s. 17)

*Tato opatření musí být prováděna v přirozeném prostředí dítěte, pokud možno na lokální úrovni, přičemž práce probíhá týmově, víceúrovňově a je zaměřena na rodinu.*“ (Early intervention in Europe, 1998, s. 16).

V České republice je aktuálně raná péče definována jako služba sociální prevence § 54 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění jako: „*terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby*“. Raná péče jak sociální služba v tomto pojetí je poskytována zdarma. Konkrétní činnosti a úkony rané péče jsou uvedeny ve Vyhlášce č. 505/2006 Sb. v platném znění.

Raná péče je zařazena dle zákona do služeb sociální prevence, má tedy souhrnně preventivní charakter. Snižuje důsledky primárního postižení a zabraňuje vzniku postižení sekundárních, vytváří podmínky pro úspěšnou sociální integraci, realizuje se zejména v přirozeném prostředí dítěte – v rodině. Je nabízena podle individuálních potřeb rodiny, posiluje rodinu a využívá jejího potenciálu tak, aby zvládla krizovou životní situaci a náročnou péči o dítě raného věku s ohroženým vývojem.

### 3.2.2 Intervence porodní asistence

Kvalitní specializovaná ošetrovatelská péče poskytovaná porodními asistentkami ženě, plodu a posléze novorozenci může výrazně přispět k tomu, aby se matka i novorozenec dokázali se závažnou životní změnou, kterou bezesporu porod a narození dítěte je, adekvátně vyrovnat. Účinná opatření v rámci ošetrovatelské péče poskytované ženě i dítěti jsou nezbytná zejména v těch případech, v nichž jde o děti ohrožené, děti z rizikových skupin a o ty, na něž se nevztahuje běžný systém sociální podpory. Adekvátní intervence porodních asistentek a dětských sester mohou výrazně pomáhat rodičům při vytváření zdravého, psychosociálně stimulujičoho a aktivního prostředí pro novorozence.

Jak vyplývá z § 5 kompetenční vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 55/2011 Sb., porodní asistentka má přesně stanoveny ty součásti své profese, které se týkají péče o matku a novorozence. Porodní asistentka tedy mimo jiné poskytuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě, ženě do šestého týdne po porodu a fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Mezi intervence týkající se konkrétně péče o již narozené dítě a jeho nejbližší sociální prostředí patří edukační činnost o péči o novorozence

včetně podpory kojení, poradenská a zprostředkovatelská činnost v oblasti sociálně-právní problematiky žen – matek, návštěvní služba v rodině těhotné ženy a ženy do šestého týdne po porodu. V neposlední řadě mezi základní kompetence porodní asistentky patří rozpoznání patologií u matky, plodu nebo novorozence, které vyžadují zásah lékaře. (Vyhláška MZ ČR 55/2011 Sb.)

Jak je z výše uvedeného patrné, porodní asistentka má jednoznačný podíl na řešení obtížné sociální situace rodin s ohroženým dítětem v průběhu a bezprostředně po porodu. Z náplně profese porodní asistentky vyplývá i nutnost její erudice v problematice sociálně-právní problematiky rodin s ohroženým dítětem. Je evidentní, že kooperace profesí porodní asistentka a poradce rané péče může jen přispět ke zdárnému řešení konkrétních tíživých sociálních situací rodin s ohroženým dítětem.

### 3.2.3 Preventivní aktivity

Spolupráce porodní asistentky a poradce rané péče představuje také významnou prevenci. Realizované preventivní aktivity můžeme rozdělit na **primární, sekundární a terciární**.

*Primární prevence* směřuje ke snížení výskytu nových úkazů či problémů v populaci, o nichž je známo, že způsobují tyto potíže. To zahrnuje například vyhledávání dětí v ohrožení. V rámci primární prevence se přijímají opatření, jež zamezují novým výskytům poruch či okolnostem, které by mohly k postižení vést. Za primární prevenci můžeme tedy považovat intervenci, která je poskytnuta ještě předtím, než postižení vznikne. Tyto kroky mohou mít charakter:

- *obecný*, jako například opatření zahrnutá do standardizovaného systému prenatální péče v České republice;
- *výběrový, zaměřené na danou část populace, např. rizikové skupiny;*
- *přesně cílené, např. na jednotlivce, u nichž hrozí konkrétní riziko.*

*Sekundární prevence* si klade za cíl snížit počet již existujících výskytů daného problému tím, že zasahuje poté, co se problém objeví, avšak předtím, než se stačí plně rozvinout. Jedná se například o specifické terapeutické techniky podpory vývoje dítěte či psychosociální podporu rodiny.

*Terciární prevence* se pokouší zmírnit komplikace spojené s existujícím problémem nebo stavem, aby se omezily následky již plně rozvinuté poruchy nebo postižení, např. ekonomická a právní podpora rodiny, využití kompenzačních a rehabilitačních pomůcek.

## 4 Statistická východiska

Odůvodnění vzniku Metodiky spolupráce porodní asistentky a poradce rané péče vychází z převzatých statistických údajů, které se týkají narození dětí předčasně narozených, s nízkou porodní hmotností a vrozenými vývojovými vadami.

Podle Zprávy o novorozenci 2010 „se v roce 2010 narodilo 7,7 % živě narozených dětí s nízkou porodní hmotností (pod 2 500 g). Polovina z těchto dětí přišla na svět v perinatologických centrech a 20 % v intermediárních centrech. Ještě v roce 2000 se s nízkou porodní hmotností narodilo méně než 6 % dětí.“ (Chodounská, 2011, s. 2)

Perinatologická centra jsou zdravotnická zařízení vybavená oddělením JIP nebo ARO, poskytující specializovanou a vysoce specializovanou péči o vysoce rizikové patologické novorozence (zpravidla ve fakultních nemocnicích nebo velkých regionálních nemocnicích). Intermediární centra jsou zdravotnická zařízení vybavená oddělením pro patologické novorozence mírně až středně nezralé.

Ve Zprávě o novorozenci z roku 2010 je dále uvedena reálná situace následné péče v České republice. „*Domů bylo propuštěno 99 % novorozenců, do kojeneckých ústavů bylo přeloženo 320 dětí a 307 dětí bylo přeloženo do jiných léčebných zařízení. Nepřetržitě hospitalizovaných déle než tři měsíce od narození bylo 240 dětí a během hospitalizace zemřelo 174 novorozenců.*“ (Chodounská, 2011, s. 2)

Analyzujeme-li situaci výskytu vrozených vývojových vad, pak je v současnosti v České republice nalézáme zhruba u 3 – 4 % narozených dětí. Až 10 % vrozených vývojových vad je u dětí způsobeno zevními podmínkami, které jsou ovlivnitelné, a jejich negativnímu vlivu lze tedy předcházet. Přibližně 30 % vrozených vývojových vad je podmíněno dědičně. Existují však různé typy dědičnosti vrozených vad a onemocnění, to však neznamená, že se vždy narodí postižené dítě. O možných rizicích je vhodné se poradit s lékařem (genetikem). U přibližně 60 % vrozených vad zůstávají stále neznámé příčiny, primární prevencí však lze i v těchto případech riziko vzniku snížit. (Šípek, 2011)

## 5 Diskuze

Shrneme-li situaci daného problému na základě formulace problematiky a rozboru problému včetně statistiky, pak lze konstatovat, že se zvyšuje podíl žen se zvýšeným rizikem předčasného porodu. Také lékařská věda, postupy a přístroje jsou na tak vysoké úrovni, že se leckdy podaří zachránit děti narozené ve 26. týdnu těhotenství nebo i dříve.

Aktuální situaci způsobují tyto faktory:

- narůst počtu dětí narozených po umělém oplodnění,
- zvýšení incidence vícečetných gravidit,
- zvyšování průměrného věku prvorodiček.

Součástí prevence vzniku vrozených vývojových vad je mimo jiné i adekvátním edukační působení porodní asistentky na těhotnou ženu a její blízké v rámci prenatální péče, ať už se jedná o negativní vlivy životního stylu rodičů, kompenzaci chronických onemocnění matky, průběh gravidity a porodu apod. Ke společnému zdravotně-sociálnímu působení porodní asistentky a poradce rané péče dochází v rámci sekundární prevence. Terciární prevence je záležitostí sociální služby raná péče, kterou má ve své kompetenci poradce rané péče.

Je evidentní, že mezirezortní kooperace profesí porodní asistentka a poradce rané péče může přispět ke zdárnému řešení náročné (krizové) životní situace každé konkrétní rodiny s ohroženým dítětem.

## Závěr

Závěrem lze shrnout, že prezentace konkrétního tématu zaměřeného na propojování a spolupráci zdravotních a sociálních služeb je aktuální nejen v rámci daného textu, ale že je vysoce aktuální i v systémově připravovaných legislativních záměrech České republiky, kde dochází k transformaci sociálních i zdravotních služeb (problematika péče o ohrožené dítě a transformace kojeneckých ústavů, věcný záměr zákona o dlouhodobé péči, o rehabilitaci apod.). Oprávněnost tohoto „svazku“ stále více potvrzuje praxe. Ta prokázala, že zdravotní služby nelze striktně vydělovat z principů, na kterých funguje poskytování služeb sociálních. Meziřezortní, interdisciplinární spolupráce zvyšuje efektivitu poskytovaných služeb a má preventivní charakter. Je efektivní i z ekonomického hlediska, protože v mnoha případech šetří vynakládání finančních prostředků ze státního rozpočtu. V neposlední řadě je nutné zmínit i význam humánní a etický, protože péče o zranitelné občany je obrazem sociální a kulturní úrovně každé civilizované země.

## Reference

Česko. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů. Česká republika*. 2006. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7336/505\\_2006\\_aktual.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7336/505_2006_aktual.pdf)

Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění. In: *Sbírka zákonů. Česká republika*. 2006, částka 37. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

*Early intervention in Europe: organisation of services and support for children and their families ; trends in 17 european countries* /. Middlefart : Modersmålet, 1998. ISBN 87-905-9104-6.

*"--Když není všechno tak, jak si přáli": informace pro týmy porodnic a perinatologických center*. 2. přeprac. vyd. Editor Terezie Hradilková, Iva Jungwirthová. Praha: Společnost pro ranou péči, 2010, 11 s. ISBN 978-802-5446-140.

Zpráva o novorozenci 2010. In: CHODOUNSKÁ, Helena. *ÚZIS Aktuální informace* č. 59 [online]. 16. 11. 2011. Praha, 2011 [cit. 2012-02-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zprava-novorozenci-2010>

*Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-7440-024-7.

*Raná péče: analýza situace v Evropě: klíčové aspekty a doporučení: souhrnná zpráva* [online]. Editor Victoria Soriano. Brusel: Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání, 2005, 53 s. [cit. 2012-02-06]. ISBN 87-915-0076-1.

Primární prevence vrozených vývojových vad MUDr. Antonín Šípek, CSc.,

[http://www.vrozene-vady.cz/prezentace/pdf/Primarni\\_prevence\\_vrozenych\\_vyvojovych\\_vad.pdf](http://www.vrozene-vady.cz/prezentace/pdf/Primarni_prevence_vrozenych_vyvojovych_vad.pdf)

**Kontaktní adresa**

**PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.**

**Mgr. Markéta Moravcová**

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Průmyslová 395, 532 10 Pardubice

E-mail: [zdenka.sandorova@upce.cz](mailto:zdenka.sandorova@upce.cz), [marketa.moravcova@upce.cz](mailto:marketa.moravcova@upce.cz)

Tel. číslo: 466 037 734