

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Ivana Zajíčková

Stav speciálněpedagogické péče o děti s postižením v kojeneckých ústavech

Olomouc 2012

Vedoucí práce: prof. PhDr. Miloň Potměšil Ph.D.

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně za odborného vedení vedoucího práce prof. PhDr. Miloně Potměšila, Ph.D. a použila jsem pouze zdroje uvedené v příloženém seznamu.

V Novém Malíně dne 14.2. 2012

.....

Děkuji prof. PhDr. Miloni Potměšilovi, Ph.D., za odborné profesionální vedení práce a poskytnutí cenných rad a připomínek, které mi v průběhu zpracování závěrečné bakalářské práce poskytoval.

OBSAH

ÚVOD	Chyba! Záložka není definována.
1 SYSTÉM PÉČE O DĚTI DO TŘÍ LET V ČESKÉ REPUBLICCE	Chyba! Záložka není definována.
1.1 Historický vývoj péče	Chyba! Záložka není definována.
1.2 Charakteristika kojeneckých ústavů	Chyba! Záložka není definována.
1.3. Dětské centrum Pavučinka Šumperk	Chyba! Záložka není definována.
2 PŘEHLED VÝVOJE DÍTĚTE V RANÉM VĚKU	Chyba! Záložka není definována.
2.1 Prenatální období	Chyba! Záložka není definována.
2.2 Novorozenecké období	Chyba! Záložka není definována.
2.3 Kojenecké období	Chyba! Záložka není definována.
2.4 Batolecí období	Chyba! Záložka není definována.
3 PROBLEMATIKA DÍTĚTE SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V RANÉM VĚKU	Chyba! Záložka není definována.
3.1 Charakteristika postižení a jeho dělení	Chyba! Záložka není definována.
3.2 Příčiny vzniku postižení.....	Chyba! Záložka není definována.
3.3 Rodina postiženého dítěte	Chyba! Záložka není definována.
3.4 Vývoj dítěte s vrozeným postižením	Chyba! Záložka není definována.
3.5 Speciálněpedagogická diagnostika raného věku.....	Chyba! Záložka není definována.
4 PRAKTICKÁ ČÁST	Chyba! Záložka není definována.
4.1 Metody šetření	Chyba! Záložka není definována.
4.2 Realizace průzkumu.....	Chyba! Záložka není definována.
4.3 Vlastní výzkumná práce, analýza výsledků	Chyba! Záložka není definována.
ZÁVĚR	Chyba! Záložka není definována.
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	Chyba! Záložka není definována.
SEZNAM TABULEK	Chyba! Záložka není definována.
SEZNAM GRAFŮ	Chyba! Záložka není definována.
SEZNAM PŘÍLOH.....	Chyba! Záložka není definována.
ANOTACE	

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem vybrala téma „Stav speciálněpedagogické péče o děti s postižením v kojeneckých ústavech“. Při výběru tématu mi napomohla i skutečnost, že již několik let pracuji jako výchovná sestra v kojeneckém ústavu. Mojí pracovní náplní je zajištění přiměřené výchovné péče u kojenců a batolat a zároveň metodické vedení ostatních pracovníků v této oblasti. Z každodenní praxe však stále častěji vyplývá potřeba znalostí a odbornosti z oblasti speciální pedagogiky, neboť se v našem oboru s touto problematikou setkáváme stále častěji a je nezbytně nutné doplnit vzdělání tímto směrem.

Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let věku patří mezi zvláštní dětská zařízení spadající do resortu zdravotnictví. Jejich hlavním úkolem je poskytování komplexní péče a vytváření vhodných podmínek pro optimální vývoj dítěte ve všech jeho složkách. Kromě péče zdravotní je tedy poskytována i péče psychologická, sociálně právní, rehabilitační a v neposlední řadě velmi důležitá výchovně vzdělávací péče. Všechny druhy péče jsou zajišťovány pracovníky s příslušnou kvalifikací v daném oboru a jsou neustále prohlubovány novými poznatky nejen z teorie, ale i praxe z nejrůznějších vědních oborů.

Většinu lidí se pod pojmem „kojeňák“ vybaví krásné a zdravé děti, kterým jejich biologická rodina není schopna poskytnout domov, lásku a bezpečí a jsou určeny pro náhradní rodinnou péči. Bohužel přechodný domov v těchto zařízeních nenalézají jen děti, které čekají na něžnou náruč náhradních rodičů, ale i ty, které mají řadu zdravotních problémů, a jejich stav nedovoluje péči v domácím prostředí.

Člověk, který překročí práh zařízení tohoto typu, mnohdy vstupuje do světa, který před ním otvírá nové pohledy a poznatky. Na hernách a ložničkách nevidí pouze usměvavé a batolící se dítě, ale také děti, které neměly tolik štěstí a jejich příchod na svět byl zkomplikován např. vrozenou vývojovou vadou, mentálním či somatickým postižením, mnohdy i kombinací více onemocnění. V těchto případech nestačí zajištění pouze speciální zdravotní péče, kterou jsme schopni poskytnout v dostatečné míře, ale zároveň je nutný i speciálněpedagogický přístup zaměřený na jedince s respektováním jeho věku a individuálních zvláštností.

V tomto okamžiku nám již zdravotnické zaměření a znalosti nestačí, je nutné využít poznatků z oboru speciální pedagogiky. Významnou roli zde sehrává vyhledání spolupráce s odborníky - speciálními pedagogy, kteří se pro nás stávají metodickými rádci, jak s dětmi vhodným způsobem pracovat a jak se podílet na jejich rozvoji a zkvalitňování života.

V teoretické části této bakalářské práce se zabývám systémem péče v České republice o děti od narození do 3 let, pokud o dítě nemůže pečovat biologická rodina, obzvláště v případech týkajících se dětí s postižením. V druhé kapitole jsem věnovala pozornost jednotlivým obdobím fyziologického vývoje dítěte do 3 let. Třetí kapitola pojednává o problematice dítěte s postižením v raném věku.

V praktické části jsem se zaměřila na vypracování a následné vyhodnocení dotazníků rozeslaných do všech fungujících zařízení v České republice poskytujících péči dětem do tří let.

Cílem mé bakalářské práce je zhodnocení aktuálního stavu využití speciálních pedagogů a míry poskytování speciálněpedagogické péče u dětí s postižením v kojeneckých ústavech, zjištění informovanosti zdravotníků v oblasti speciální pedagogiky a možnosti navázání spolupráce mezi rezortem zdravotnictví a školství.

1 SYSTÉM PÉČE O DĚTI DO TŘÍ LET V ČESKÉ REPUBLICCE

Péče o děti bez vlastního rodinného zázemí má v české zemi dlouholetou tradici. Z počátku byly pro opuštěné děti zřizovány sirotčince, později se začala rozvíjet myšlenka náhradní péče a záhy došlo k zakládání prvních kojeneckých ústavů.

1.1 Historický vývoj péče

Péče o děti bez vlastního rodinného zázemí má v české zemi dlouholetou tradici. Kořeny současné péče sahají do druhé poloviny 19. století. V návaznosti na církev a dobročinné aktivity začala vznikat chudinská péče, která byla zajišťována domovskou obcí. Osířelým a opuštěným dětem byla v rámci chudinské péče poskytována náhrada mimo rodinu v sirotčincích, dětských domovech nebo útulcích. „*Již tehdy byla jednoznačně vyřešena otázka, které péči dát přednost, zda péči ústavní nebo rodinné, a to ve prospěch péče rodinné*“, upozorňuje Novotná, Burdová (2007, s. 10). Během pobytu v ústavu byl zhodnocen tělesný a duševní stav dítěte a po té bylo umísťováno do náhradní rodiny. Pokud stav dítěte nebyl příznivý, bylo svěřeno do odborné péče ústavní. Náhradní péče měla tehdy i svá negativa. Vzhledem k nedostatku financí ze strany obcí byli často pěstouni vybíráni nejen podle jejich kvalit, ale také dle finančního zajištění.

Koncem 19. století se prosadil zájem o změnu tohoto systému. Začaly vznikat zemské sirotčí fondy k účelům zaopatření a výchovy dětí osířelých, opuštěných a zanedbaných. Vhodným využitím financí z těchto fondů byly položeny základ k vybudování cílené péče o opuštěné, osířelé a postižené děti. Nadále z nich byly podporovány péče pěstounské, ústavní a zároveň také činnosti soukromých organizací a zařízení pro děti.

Po vzniku samostatné Československé republiky neubývalo dětí, které by potřebovaly ochranu a pomoc. Československý stát podporoval vznik a další činnost komisí péče o mládež, která se tímto problémem zabývala. Významným okamžikem bylo i vydání Zákona o zemské péči o mládež z roku 1920, který ukládal státu a obcím povinnosti právě v této oblasti.

Rozvinuly se různé formy náhradní péče a docházelo ke vzniku prvních zařízení pod názvem kojenecké ústavy. V roce 1922 vznikl kojenecký ústav v Praze-Krči, o něco později další v Ostravě. Tehdejší zaměření bylo ve větší míře orientováno především na zdravotní problematiku dětí s nízkou porodní hmotností, předčasně narozené, neprospívající, vyžadující umělou výživu, děti s vrozenými vývojovými vadami a děti nemocných matek (zejména tuberkulózou).

Počátkem 50. let 20. století byl státem podporován vznik dalších kolektivních zařízení určených pro krátkodobý či dlouhodobý pobyt dítěte. Významnou roli zde sehrál i rok 1951, kdy byla zrušena pěstounská péče a cca 6000 dětí muselo najít nový domov v kojeneckých ústavech a dětských domovech, které i nadále ve větší míře poskytovaly spíše péči zdravotní (Schneiberg, 2005).

Začátkem 60. let 20. století se pomalu začal měnit charakter důvodů pro příjem dětí. Díky vyspělé zdravotní pediatrické péči, zlepšení hygienických podmínek a zavedení povinného očkování ubylo příjmů ze zdravotního hlediska, ale začaly převažovat důvody sociální (mimomanželské děti, rodič ve výkonu trestu, nezletilé matky apod.). Další skupinou byly děti s postižením, o které se jejich rodiny nemohly nebo nechtěly postarat.

Po roce 1989 dochází ke změnám v počtu zařízení tohoto typu. Díky demografickému vývoji se snížil počet narozených dětí, které by mohly být přijímány. Zároveň docházelo ke sloučení jednotlivých kojeneckých ústavů s dětskými domovy a v neposlední řadě vznikly různé typy nestátních ambulantních zařízení pro děti s postižením. Z původních 52 zařízení se zredukoval počet na současných 34 (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011).

1.2. Charakteristika kojeneckých ústavů

Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let patří mezi zvláštní dětská zařízení, která spadají do rezortu zdravotnictví. Jejich zřizovatelem je obvykle krajský úřad nebo magistrát města v příslušné oblasti. Hlavní a základní činností je poskytování zdravotnické, zdravotně sociální nebo sociální péče dětem opuštěným, ohroženým a postiženým. § 38 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu uvádí, že „*k zařízením léčebně preventivní péče se přiřazují kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle pečující o všestranný rozvoj dětí ve věku do tří let*“.

Péče je zajišťována kvalifikovanými pracovníky lékařských a nelékařských profesí - pediatry, dětskými sestrami, rehabilitačními pracovníky, psychology, sociálními pracovníky a někdy i speciálními pedagogy. Jedná se tedy o péči interdisciplinární - zdravotní, ošetrovatelskou, výchovně vzdělávací, rehabilitační, psychologickou a sociálně právní. V popředí zájmu celého pečujícího týmu je snaha o vytváření optimálních podmínek pro zdárný vývoj dítěte ve všech jeho složkách (Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku, 2005).

Významným prvkem ve výchově je zejména individuální přístup k dítěti a respektování jeho individuálních zvláštností. Taktéž je velmi důležitá také organizace života v ústavním provozu, která především spočívá v přiblížení se rodinnému prostředí a zohledňuje potřeby a zájmy dítěte. Nejvíce je uplatňována metoda rituálů, při nichž dochází k nápodobě mateřského přístupu při opakovaných situacích (krmení, koupání, přebalování apod.). Jedná se o dostatečný prostor pro individuální kontakt s dítětem, pomalé tempo, něžné doteky a smysluplný komentář sestry. Lze vycházet z Damborské (1984, s. 62), která uvádí, že pokud jsou rituály prováděny správným způsobem, mohou zajistit dítěti dostatek prostoru pro uspokojení biologických a psychických potřeb.

Bereme-li ohled na psychické, vývojové a emoční potřeby dítěte v raném věku, je zřejmé, že institucionální péče není vhodná pro dlouhodobý pobyt dítěte v zařízení (Štěpánová, 1996). Z tohoto důvodu kojenecké ústavy usilují o zkrácení pobytu na dobu nezbytně nutnou a v souladu se zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí hledají jiná alternativní řešení péče např. adopce, pěstounská péče.

Jak již bylo zmíněno, vliv ústavní výchovy s sebou přináší i mnoho znevýhodnění. V popředí stojí nedostatek citu a lásky, vytržení z běžného života a mnohdy zpřetrhání rodinných vazeb. Na druhé straně jsou však tato zařízení jediným možným řešením situací, kdy biologická rodina nechce nebo nemůže o své dítě pečovat. Díky personálu, který je dostatečně proškolen v oblasti psychologie a pedagogiky dítěte a interdisciplinárnímu přístupu není vždy nutné, aby došlo k poškození dítěte (Langmeier, Matějček, 1963).

Bohužel někdy nastane situace, kdy se dítě nepodaří umístit do náhradní péče a jeho pobyt v ústavu se tak prodlužuje. Jedná se především o děti se zdravotním postižením (somatickým, mentálním, kombinovaným) vyžadující specializovanou zdravotní péči, kterou jim jejich biologický rodič není schopen v domácím prostředí zajistit. V tomto případě již nestačí pouze dokonalá péče zdravotníků, ale přichází potřeba přítomnosti odborníků z řad speciálních pedagogů, kteří by měli být nedílnou součástí týmu. Zdravotníci od nich získávají cenné informace týkající se speciálněpedagogické péče (dále jen Spgg péče) např. vhodná úprava prostředí, správná volba pomůcek a technik při rozvíjení potenciálu dítěte, zkvalitňování jeho života a zejména jeho integrace do běžné společnosti.

1.3. Dětské centrum Pavučinka Šumperk

Mnohé kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let během své dlouholeté působnosti změnily své názvy. Kojenecký ústav a dětský domov v Šumperku mezi ně patří

také. Jako státní kojenecký ústav Anežky Hodinové Spurné byl slavnostně otevřen v roce 1950 a sloužil k přijímání dětí se zdravotní a sociální indikací. Tehdejším zřizovatelem byl Okresní ústav národního zdraví Šumperk. Počátky poskytování péče byly náročné a pro personál obtížné z důvodu nedostatečného materiálního vybavení a malých zkušeností sloužících sester. Během času se situace postupně zlepšovala, přibývalo vybavení a sestry nabývaly zkušenosti přímo z praxe nebo z průběžného studia. V 90. letech minulého století byl zřizovatelem Okresní úřad v Šumperku a od roku 2003 se stal novým zřizovatelem Olomoucký kraj a název byl pozměněn na Dětské centrum Pavučinka Šumperk¹.

Hlavní činnost a zaměření dětského centra Pavučinka však zůstalo obdobné, jako tomu bylo i v předešlých letech. V současné době jako multifunkční centrum poskytuje péči zdravotní, sociální, psychologickou, výchovnou a rehabilitační dětem od narození do 3 let, mnohdy i do konce předškolního období. V posledních letech se počet příjmů do zařízení pohybuje v rozsahu 200 - 250 dětí ročně. Téměř 70 % z nich se následně vrací do vlastní nebo náhradní rodiny, v ojedinělých případech jsou děti předány do jiných typů ústavní péče.

Sehraný tým odborníků pečující o děti je tvořen pediatry, dětskými sestrami, výchovnými sestrami, rehabilitačními pracovníky, sociálním pracovníkem a psychologem. Stávající kapacita zařízení je 47 lůžek v kojeneckém ústavu a 25 lůžek v dětském domově. Kromě názvu byla vyměněna i velká část věcného vybavení (funkční nábytek, modernější přístroje a technika). Zároveň byl kladen větší důraz na další vzdělávání pracovníků, kteří se podílejí na péči o děti. Sestry zvýšily svou kvalifikaci v oboru dětská sestra a laktační poradkyně. Lékaři získali odbornou způsobilost v diagnostice a léčbě poruch hybnosti v dětském věku, která byla nezbytná pro otevření vývojové poradny pro rizikové děti. Rehabilitační pracovníci prohloubili své dovednosti v rehabilitaci Vojtovou metodou.

Před 4 lety byla navázána výborná spolupráce s Ústavem speciálněpedagogických studií Olomouc v oblasti Sppg péče a díky tomu začala být věnována větší pozornost dětem s postižením. Vyvstala tedy potřeba zvýšit vzdělání zdravotnických pracovníků i v oboru speciální pedagogika a dosáhnout tak cíle, aby v komplexní péči, kterou zařízení provádí, nechyběl ani speciální pedagog.

Individuální přístup k dítěti s postižením a respektování jeho specifických potřeb jsou v tomto zařízení zohledňovány, avšak podmínky související s možnostmi provozu jsou v tomto směru do jisté míry omezující. Dětské sestry, které o děti pečují, pracují ve třísměnném provozu, což dítěti nepřináší možnost každodenního kontaktu s určitou osobou.

¹ Kronika Kojeneckého ústavu Šumperk 1973 - 2004.

Na druhou stranu jsou sestry neustále informovány o aktuálních a vhodných metodách práce s dítětem a jejich pracovní náplní a povinností je jejich respektování a dodržování.

Spolupráce s odborníky v oblasti Sppg péče nebyla zpočátku jednoduchá, vyžadovala trpělivost a pochopení důležitosti hlavně ze strany zdravotníků. V současné době se dá říci, že se stala neodmyslitelnou součástí komplexní péče, kterou zařízení poskytuje.

2 PŘEHLED VÝVOJE DÍTĚTE V RANÉM VĚKU

Během vývoje života prochází člověk zákonitě změnami, které jsou charakteristické pro určité vývojové období. Je zřejmé, že každý z nás je jedinečný a vedle obecných rysů se objevují i rysy neopakovatelné. Raný věk je obdobím od narození do tří let, kdy má dítě největší možnost rozvinout se po všech stránkách. Práce s dítětem v raném věku vyžaduje dobrou znalost jednotlivých vývojových etap z důvodu správného podněcování a usměrňování rozvoje osobnosti.

2.1 Prenatální období

Období od početí do narození trávající zpravidla 40 týdnů. Během této doby je plod v těle matky připravován na činnosti, které budou nutné pro jeho přežití. Nejde jen o pasivní stav. Díky výzkumu a moderní technice bylo zjištěno:

- v 3. lunárním měsíci se u plodu objevuje sevření prstů ruky, otáčení hlavy, ústní pohyby (otvírání, zavírání úst) a střídavé pohyby na horních a dolních končetinách.
- kolem 5. měsíce těhotenství dokáže plod špulit rty, mrká víčky, rozvíjí se expirační pohyby a reakce na výrazné zvukové podněty. Vizuálně je plod schopen zachytit procházející světlo skrz břišní stěnu matky.
- mezi 20. a 24. týdnem dokáže plod vykonávat prudší pohyby končetinami, které matka již plně vnímá. Záhy jsou rozvinuta některá sensorická ústrojí, plod vnímá akustické podněty a později diferencuje lidskou řeč a jiné zvuky (Příhoda, 1977).
- koncem tohoto období rozezná hlas své matky a má vyvinut smysl chuti. Po celou dobu těhotenství je plod v plném emociálním kontaktu s matkou. Znamená to tedy, že dobrý psychický stav matky se významně odráží na psychickém stavu dítěte (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Optimální vývoj plodu a narození zdravého dítěte je ovlivněno mnoha faktory - genetická zátěž, věk a zdravotní stav matky, celková životospráva v průběhu těhotenství a vliv teratogenních látek - např. alkohol, návykové látky, tabakismus, chemické látky, radiace, vliv léků a infekčních onemocnění (Allen, Marotz, 2008).

2.2 Novorozenecké období

Je obdobím prvních šest týdnů života dítěte. Novorozenec má vyvinuty základní nepodmíněné reflexy (hledací, sací, polykací, vyměšovací, obranné, úchopové a polohové),

díky kterým se může adaptovat na nové prostředí. Hlavní činností je spánek a v bdělých chvílích se objevuje nekoordinovaná motorika těla s trhavými pohyby.

- plně vyvinuty jsou i smysly - zraková ostrost - první dny se objevují pouze bloudivé pohyby očí, nepodmíněné reflexy na světelné paprsky a obranný víčkový reflex, při kterém dítě zavírá oči. Rozezná světlo a tmu. Koncem 1. měsíce dokáže novorozenec na malý okamžik upřít zrak na blízký předmět, většinou tvář své matky.
- sluchový analyzátor - ve 2. týdnu novorozenec slyší výrazné hlasité a déletrvající zvuky, na které reaguje úlekovou reakcí. Koncem 1. měsíce nastává sluchové soustředění, při kterém omezí pohyby svého těla a naslouchá zvuku (Příhoda, 1977).
- taktilní citlivost se uplatňuje při vnímání mechanických podnětů, kdy dítě identifikuje příjemné a nepříjemné pocity např. něžný dotek ruky nebo chladnou koupel.
- čich a chuť jsou vyvinuty k rozpoznání přijímaných látek, ale v prvních dnech nejsou tolik využívané jako v dalším období zejména při výběru stravy.

Koncem období se z biologických potřeb tříbí i potřeby psychické, především dostatek smyslových podnětů a sociálního kontaktu. Dítě je zcela závislé na péči dospělých, ale není mu lhostejné, jakým způsobem je péče zajištěna. Objevuje se první úsměv při vřelém kontaktu s matkou a pláč se stává prostředkem pro vyjádření potřeb a emocí (Jobánková a kol., 1996).

2.3 Kojenecké období

Vývojové stadium od 6 týdnů do 1 roku života dítěte. Tato fáze se vyznačuje prudkým tempem tělesného i psychického vývoje. Interval mezi bděním a spánkem se prodlužuje a kojeneček má prostor nejen pro pozorování okolí, ale také k aktivním činnostem v něm. První poznávání světa kolem dítěte je uskutečněno přes smyslové vnímání.

- zrakové soustředění je zpočátku patrné jen na malý okamžik, ve 2. měsíci je dítě schopno zafixovat větší předmět v jeho zorném poli, v 3. měsíci sleduje pohyblivý předmět do 180 stupňů. V 6. měsíci se výrazně zraková ostrost zlepšuje. Kolem 9. měsíce začíná dítě vidět v třetím rozměru, nejen šířku a délku, ale také hloubku.
- sluchovou pozorností dovede kojeneček ve 2. měsíci diferencovat zvuky příjemné a nepříjemné, na které pak reaguje úsměvem nebo naopak pláčem. V 6. měsíci dokáže najít vzdálenější zdroj zvuku, otáčí za ním hlavu a v lidském hlasu rozezná laskavý a přísný tón. Koncem kojeneckého období rozlišuje zvuky a začíná první porozumění lidské řeči.

- taktilní smysly jsou rozvíjeny u kojence přes ohmatávání a poznávání předmětů ústy. Kojenec v 3. měsíci začíná sahat po zavěšené hračce, hraje si s prstíčky. V 6. měsíci si hračku v blízkosti podá a začíná ji překládat z ruky do ruky. Dlaňový úchop se koncem kojeneckého období mění na pinzetový (opozice palce a ukazováku), což umožňuje dítěti jemnější a přesnější manipulaci s drobnými předměty.
- čich a chuť jsou více uplatňovány při rozeznávání přijímané stravy, kojeneček dokáže rozlišit chuť jídla a dává často přednost sladkým pokrmům.
- v kojeneckém období dítě rychle roste a postupně získává kontrolu nad svou motorikou. Pohyb se vyvíjí kefalokaudálně tzn. od hlavičky směrem k patě (Langmeier, Krejčířová, 2006). Nejdříve kojeneček zvedá hlavu, později se převaluje z břicha na záda a zpět, dostává se do samostatného sedu a koncem období zkouší první samostatné krůčky.
- city jsou zprostředkovány zejména díky smyslovým zážitkům, pláčem dává dítě najevo své libé a nelibé pocity, rozvíjí se i počáteční řeč od broukání, žvatlání až k prvnímu smysluplnému slovu.

Předpokladem zdárného vývoje v této etapě je zajištění dostatečně stimulujícího prostředí, přiměřeného sociálního kontaktu a dostatek citové podpory.

2.4 Batolecí období

Období od 1 roku do 3 let. Rozvoj smyslového vnímání v tomto věku výrazně přispívá k celkovému rozvoji dětského poznání. Okolní prostředí v dítěti vzbuzuje touhu po poznávání právě přes smyslové zkušenosti.

- u mladšího batolete narůstají smyslové zkušenosti v souvislosti s poznáváním prostoru kolem něj (otvírání, zavírání krabic, vyhazování a vytahování předmětů apod.). Většinou předměty při manipulaci vydávají i zvukový doprovod, je tedy zapojeno více smyslových analyzátorů. Dítě dokáže vnímat tvary, velikosti, barvy, hmatové kvality a zvuky a všímá si detailů (Příhoda, 1977).
- u staršího batolete je smyslové vnímání také zapojeno do celku při poznávání světa, výrazně se rozvíjí schopnost postřehnout i nejjemnější detaily podnětů zrakových i sluchových. Zejména sluchové vnímání se odráží v řeči.
- tempo tělesného růstu se zpomaluje, v oblasti hrubé motoriky se rozvíjí chůze s postupným překonáváním překážek. Jemná motorika se uplatňuje při uchopování, pouštění a manipulování s různými předměty.

- v období mezi 15. - 18. měsícem se objevují první pokusy o bezobsažné čmárání, kolem 26. měsíce se jedná o záměrné čmárání a ve 36 měsících je batole schopno napodobit kruh dle předlohy (Langmeier, Krejčířová, 2006).
- rozvíjí se konkrétní myšlení spolu s rozvojem řeči, kde hlavně roste slovní zásoba a srozumitelnost. Dochází k aktivní spolupráci při sebeobsluze a vývoji základních hygienických návyků.
- citový vývoj batolete je charakterizován velkým množstvím citových prožitků až po sebeuvědomění si vlastního „já“.

3 PROBLEMATIKA DÍTĚTE SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V RANÉM VĚKU

V běžné populaci se kromě zdravých dětí vyskytuje i značné množství dětí s různými zdravotními postiženími, která mohou být vrozená nebo později získaná. Přítomnost postižení je pro rodiče dítěte nečekanou situací, která ovlivňuje další život celé rodiny. Vývoj dítěte s postižením probíhá v určitých fázích odlišným způsobem, proto je důležité včasné provedení speciálněpedagogické diagnostiky a následné zahájení Sppg péče, která v jisté míře snižuje důsledky postižení a zajišťuje všestranný rozvoj dítěte.

3.1 Charakteristika postižení a jeho dělení

Vada, porucha, defekt (impairment) znamená narušení psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce (WHO).

Postižení (disability) znamená omezení funkce nebo úplná ztráta části těla či orgánu, které se odráží v poškození funkcí smyslových, motorických nebo psychických (Renotierová, Ludíková, 2003).

Z našeho pohledu je postižení reflexí vady.

Vágnerová (2008, s. 161) uvádí, že: „Zdravotní postižení lze vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému. V důsledku toho dochází k narušení, omezení či úplnému chybění některé ze standardních funkcí, resp. kompetencí“.

Dělení postižení dle doby vzniku:

1. postižení vrozené - jedinec se s nemocí, poruchou již narodí (vrozená vývojová vada). Vznik je podmíněn geneticky nebo je získaný v průběhu prenatálního a perinatálního období. Postižení vrozené ve větší míře ovlivňuje vývoj dítěte z důvodů nemožnosti získat určité zkušenosti. Zároveň je pro dítě méně traumatizující.
2. postižení získané - vzniká na základě působení vnějších vlivů v postnatálním období (nemoc, úraz). Znamená pro jedince větší psychické trauma, ale zároveň je výhodou, jelikož už došlo k osvojení určitých dovedností a zkušeností, které mu v dalším životě budou prospěšné.

Dělení postižení v raném věku dle druhu:

- tělesné - příčinou je poškození podpůrného nebo pohybového aparátu
- smyslové - porucha je přítomna na orgánech zraku, sluchu
- mentální - vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí

- kombinované - kombinace výše uvedených postižení (tělesné a mentální, kombinace postižení zraku a sluchu apod.)

3.2 Příčiny vzniku postižení

Na příčinách vzniku tělesných, smyslových, mentálních nebo kombinovaných postiženích se podílí různorodé faktory. Především se uplatňuje vliv genetických dispozic a vlivy vnějšího prostředí v prenatálním, perinatálním a postnatálním období.

Z hlediska raného věku jsme největší pozornost věnovali příčinám vzniku vrozených postižení. Mezi nejčastější formy vrozených postižení patří:

1. vady podmíněné chromozomálně

Jedná se o odchylky od normy ve struktuře a počtu chromozomů vedoucí k poškození mozku. Nejčastější chromozomální aberací je Downův syndrom - chromozomální syndrom s typickým klinickým obrazem. Příčinou vzniku je přítomnost trisomie 21. páru chromozomu (nadpočetný chromozom). Ke vzniku tohoto syndromu přispívá dědičnost, vyšší věk matky, působení virů, chemických látek. Pro jedince je typický výraz tváře se šikmými očními štěrbinami, objevuje se široký kořen nosu, makroglosie, krátký krk a ploché záhlaví. Pro horní končetiny jsou typické krátké prsty a příčná rýha na dlani. Z vnitřních poruch se objevují zejména srdeční vady (Šašinka, Šagát, 1998).

2. vady podmíněné metabolicko - geneticky

Mezi nejčastější patří fenylketonurie - jedná se o vrozenou metabolickou poruchu aminokyselin. V dnešní době se u novorozenců mezi druhým a třetím dnem života provádí screeningové vyšetření k vyloučení tohoto onemocnění. Pokud by nebylo vyšetření provedeno a zahájena včasná léčba, došlo by u jedince k mentální retardaci a rozvinutí neurologických symptomů jako jsou např. křeče a spasticita.

3. vady vzniklé infekcemi a škodlivými látkami

- tabakismus - tabák se řadí mezi návykové drogy, ale jeho škodlivé účinky se neprojevují tak rychle. Tabákový kouř obsahuje velké množství škodlivin a návykovou látku nikotin. S kouřením během těhotenství souvisí různé vrozené vady, jelikož nikotin a oxid uhelnatý narušují normální vývoj plodu. Počet vrozených vad u dětí kuřaček není sice vysoký, ale novorozenci se rodí předčasně nebo v termínu s nízkou porodní hmotností.
- fetální alkoholový syndrom (dále jen FASD) - pokud matka v těhotenství užívá alkohol, může ohrozit plod a konečným výsledkem může být FASD. U matek je

zvýšena pravděpodobnost abortu, předčasného porodu nebo narození dítěte s nízkou porodní váhou. U dítěte se objevují typické deformity tváře a dutiny ústní, časté jsou vady vnitřních orgánů, omezený růst a mentální zaostalost (Pipeková, 1998).

- vliv infekčních onemocnění - většina infekcí způsobuje poškození plodu a novorozence, nebo závažný průběh může ohrozit i samotnou ženu. Rozsah postižení plodu závisí na tom, v jaké fázi těhotenství se infekce vyskytla a také na imunitě gravidní ženy. Dle toho může dojít k abortu, smrti plodu nebo k četným malformacím postihující zejména centrální nervovou soustavu (dále jen CNS), smyslové orgány, srdce a končetiny. Souhrnně se tyto infekce označují jako TORCH (toxoplazmoza, rubeola, cytomegalovirus a herpes simplex). Toxoplazmoza způsobuje abort nebo předčasný porod dítěte s těžkým postižením - mikrocefalie, porucha smyslových orgánů (hluchota, slepota). Rubeola vede v prvním trimestru těhotenství k abortu, později způsobuje srdeční vady, vrozenou kataraktu a hluchotu. Cytomegalovirus má za následky potrat nebo malformace CNS a smyslových orgánů, které zahrnují mikrocefalii, hydrocefalus a hluchotu. Herpes simplex způsobuje potrat, předčasný porod, malformace CNS a očí, mikrocefalie a kataraktu (Beneš, 2009).
- vliv chemických látek, léků a drog - mezi chemické látky, které mohou zapříčinit poškození plodu, patří rtuť, olovo a oxid uhelnatý. Z léků jsou to především sedativa, antihistaminika a hormonální léky. Všechny tyto látky mohou vést k abortu, předčasnému porodu nebo k deformitám končetin a obličeje u plodu. Závažnost a povaha postižení je dána druhem a množstvím působících látek. Drogově závislé matky jsou ohroženy abortem, předčasným porodem nebo narozením dítěte s nízkou porodní hmotností. Často se u drogově závislých matek přidružuje i infekce HIV. Objevuje se výskyt vrozených anomálií a retardací ve vývoji. Jsou přítomny abstinenční příznaky drog, jako je zvýšená dráždivost, neklid, třesy, křeče, odmítání potravy a poruchy dýchání (Šašinka, Šagát, 1998).
- vliv ionizujícího záření - nežádoucí záření během gravidity způsobuje u plodu mikrocefalie, oční vady, duševní retardaci a malý vzrůst.

4. vady vzniklé následkem porodu

Jde především o stavy vzniklé v důsledku nedostatku kyslíku nebo mechanické poškození v perinatálním a postnatálním období, které vedou k poškození centrální nervové soustavy.

- hypoxie, asfyxie - syndrom dechové tísně, který má za následek nezvratné poškození CNS. Může vzniknout i v prenatálním období (nedostatečná funkce placenty, komplikace s pupeční šňůrou apod.). Tato dechová nedostatečnost u novorozence způsobuje útlum dýchání, cyanózu, sníženou srdeční akci, ztrátu svalového tonu a malé či žádné reakce na zevní podráždění. Poškození CNS je nezvratné, dochází k mozkovým parézám, smyslovým poruchám, křečím a psychomotorické retardaci.
- nitrolební krvácení - mechanické vlivy mohou vést k nitrolebnímu krvácení zvláště u nezralých novorozenců. Mezi klinické příznaky u novorozenců patří poruchy vědomí, hypotonie, termolabilita a křeče. V důsledku krvácení dochází k poškození CNS.

3.3 Rodina postiženého dítěte

Narození dítěte je pro většinu rodičů jedinečnou událostí v jejich životě. Pocity štěstí a radosti jsou však narušeny, dojde-li k narození dítěte s postižením. Pro celou rodinu to znamená velkou zátěž a změnu životního stylu. Rodiče dítěte s postižením tuto složitou situaci často vnímají jako jejich selhání provázené pocity viny. Důležitou roli zde sehrává celý tým odborníků, který poskytuje první informace, jak danou situaci zvládat. Reakce rodičů na postižení jejich potomka popisuje Vágnerová (2008, s. 165-168).

1. fáze šoku a popření - první reakcí rodičů na sdělení skutečnosti, že jejich dítě není zcela zdravé, je šok a popření celé situace. Šok po určité době odeznívá, ale rodiče dítěte doufají, že dojde ke změně nebo ke zlepšení stavu. Velmi důležité je kdo a jakým způsobem sděluje základní informace o zdravotním stavu dítěte a o jeho další prognóze. Většinou to bývají zdravotníci, kteří by právě měli projevit co nejvíce empatie.
2. fáze bezmocnosti - rodiče prožívají pocit viny, beznaděje a bezmocnosti. Neumí si dobře představit, co stanovená diagnóza pro dítě a zároveň i pro jejich společný život znamená. Neví, jak danou situaci řešit, na koho se obrátit o pomoc. Zároveň se snaží najít viníka, který situaci způsobil. Mnohdy obviňují sami sebe nebo zdravotníky, často je však vina přikládána samotné matce.
3. fáze postupné adaptace a vyrovnání se s problémem - jedná se o postupné vyrovnání se s existencí problému a hledání jeho řešení. Pro toto období je typický zájem rodičů o více informací vztahujících se k postižení dítěte, chtějí vědět, jak o dítě správně pečovat, jak mu mohou pomoci a jaké jsou vyhlídky

na jeho budoucnost. Zajímají se o další možnou léčbu a speciálněpedagogické postupy, které by přispěly ke zlepšení stavu.

4. fáze smlouvání - je přechodným obdobím, ve kterém rodiče akceptují skutečnost, že jejich dítě má nějaké zdravotní postižení, ale zároveň stále věří a chtějí mít naději na alespoň malé zlepšení stavu.
5. fáze realistického postoje - rodiče se vyrovnali se situací, že jejich dítě je postižené a jejich plány do budoucna jsou reálnější.

Reakce rodičů na zjištění postižení u dítěte mohou být rozdílné. Závisí na době a způsobu zjištění skutečnosti. Někdy může být problém diagnostikován již v prenatálním období. Potom záleží na rozhodnutí rodičů a lékařů, zda bude těhotenství ukončeno či nikoliv. Jindy může být postižení zjištěno záhy po porodu nebo v průběhu života. Např. matky, které měly předčasný nebo komplikovaný porod, se prvotně bojí o život dítěte a vůbec si v danou chvíli neuvědomují, že by dítě mohlo být ohroženo zdravotním postižením. Jiná je situace, pokud je postižení viditelné u novorozence ihned po porodu např. Downův syndrom. Rodiče jsou informováni o problému již v porodnici, velkou zátěž pro ně představuje nejen vizáž dítěte, ale i jeho možné ohrožení řadou zdravotních komplikací. Pokud vznikne postižení v pozdějším věku, bývají reakce rodičů trochu odlišné. Rodiče neprožívají takový pocit viny, spíše to chápou jako neštěstí, které postihlo zdravého jedince (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009).

Ideálním stavem u rodičů by byla fáze vyrovnání se s realitou, přijetí dítěte jako rovnoprávného člena rodiny s ohledy na jeho specifické potřeby a zajištění optimálních podmínek včetně vhodné výchovy a vzdělávání pro jeho další rozvoj.

3.4 Vývoj dítěte s vrozeným postižením

Dítě nemůže přijímat informace z okolí běžným způsobem, tudíž nemá možnost získat všechny potřebné zkušenosti pro jeho další rozvoj. Rozvoj poznávacích procesů postižením. Dítě s vrozeným postižením se vyvíjí podobně jako zdravé dítě, ale v některých vývojových etapách dochází k jistému omezení vývoje z důvodu motorického nebo smyslového postižení probíhá odlišně, osobnost postiženého dítěte se formuje zejména podle zvoleného přístupu a výchovy rodičů a velmi důležitou roli zde sehraává i míra kontaktu s druhými lidmi (Vágnerová, 2008).

- **Kojenecký věk**

Vrozené vady ve velké míře ovlivňují vývoj dítěte. Od samého začátku probíhá vývoj za ztížených podmínek. Děti se smyslovým, mentálním nebo motorickým postižením v tomto věku mají omezený přísun podnětů, který je neodlučitelnou součástí optimálního vývoje, nebo je nedovedou dobře zpracovat. Důležitý je taktéž sociální kontakt, zejména citový vztah mezi matkou a dítětem, který může probíhat odlišně. Velká starostlivost ze strany matky může vést k nadměrné fixaci na dítě. Zcela jiná je situace, kdy matka dítě odmítá a musí být umístěno v různých institucích, nejčastěji kojeneckých ústavech.

- **Batolecí věk**

Vágnerová (2008, s. 172) uvádí, že „*Toto období je označováno jako fáze první emancipace*“. Dítě se částečně osamostatňuje, pouští se do poznávání okolního světa díky rozvoji jeho motoriky a myšlení. Pro dítě s postižením je tato část mnohem složitější nebo i nemožná. Odpoutávání v citové oblasti hraje také podstatnou roli. Přílišná závislost matky na dítěti může přispívat k tomu, že dítě je pasivní a nemůže rozvinout svůj potenciál.

Postižení v batolecím věku je více výrazné než v kojeneckém období. Sami rodiče, ale i širší okolí si uvědomují, že se dítě nevyvíjí obvyklým způsobem. Tento stav může být pro rodiče natolik stresující, že péči o dítě nezvládnou a zažádají si o institucionální péči.

Kojenecké ústavy v péči o dítě do určité míry suplují rodinu, nikdy ji však nenahradí. Děti s postižením potřebují především zajištění stimulačního prostředí a pocit jistoty a bezpečí, který jim dává možnost a chuť k poznávání světa. Velmi záleží na komplexním přístupu všech pracovníků, kteří se podílí na péči o dítě s postižením. Zdůrazňeme především přístup dětských sester, které jsou v každodenním kontaktu s dítětem nejčastěji. Je zcela zřejmé, že sestra obvykle v možnosti kontaktu upřednostní dítě zdravé a usmívající se před dítětem s postižením, které nedovede být tak aktivní. Proto je důležité, aby měl ošetřující personál dostatek informací nejen o zdravotním stavu, ale také o specifických potřebách dítěte a přistupoval k němu s porozuměním, tolerancí a snahou dítěti pomoci zvládnout tuto náročnou životní situaci.

3.5 Speciálněpedagogická diagnostika raného věku

Speciálněpedagogická diagnostika se zabývá dokonalým rozpoznáním jedince s vadou, postižením. Jejím cílem je získání informací o osobnosti jedince, o prostředí, které na něj působí a následné vyhodnocení možností pro jeho maximální rozvoj. Diagnostika by měla

probíhat komplexně za účasti zdravotnické, rehabilitační, psychologické, výchovně vzdělávací a sociální složky.

Speciálněpedagogická diagnostika v raném věku směřuje zejména k zachycení poruchy a včasné zahájení Spgg péče, která by měla minimalizovat negativní důsledky postižení. Pro toto období je nezbytné, aby speciálněpedagogická diagnostika byla prováděna nenápadně v přirozeném prostředí dítěte a byly na něj kladeny požadavky přiměřené jeho věku a individuálním zvláštnostem. Součástí diagnostiky je i prostudování anamnestických údajů (osobní, rodinná a sociální anamnéza).

V období raného věku se speciálněpedagogická diagnostika zaměřuje na oblasti:

- hrubá a jemná motorika
- rozumové schopnosti
- sebeobslužné činnosti
- verbální schopnosti
- citový a sociální vývoj

Správně provedená speciálněpedagogická diagnostika je důležitá pro stanovení základních výchovně vzdělávacích postupů směřujících k optimálnímu rozvoji dítěte s postižením.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části bakalářské práce si klademe za cíl zmapovat aktuální stav Spgg péče v kojeneckých ústavech v České republice. Úkolem šetření je zjistit, zda kojenecké ústavy využívají odborné spolupráce se speciálními pedagogy, v jaké dostatečné míře je dětem s postižením zajištěna Spgg péče, zda zařízení využívají nabízených služeb dobrovolníků a osobních asistentů a jak jsou informováni o speciálněpedagogických pracovištích.

Ke splnění cíle byly vytyčeny tyto výzkumné otázky:

Otázka 1: Kdo zajišťuje v kojeneckých ústavech dětem s postižením Spgg péči?

Otázka 2: Jak často je Spgg péče poskytována?

Otázka 3: Využívají zařízení služeb dobrovolníků a asistentů v péči o děti?

4.1 Metody šetření

K dosažení cíle závěrečné práce a ověření stanovených otázek byly vybrány tyto postupy a metody:

- stanovení cíle
- formulace otázek
- sběr dat pomocí vytvořeného dotazníku
- analýza získaných dat
- vyvození závěrů

Vzhledem k nízkému počtu oslovených respondentů byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu.

4.2 Realizace průzkumu

Průzkum byl prováděn v kojeneckých ústavech a dětských domovech v České republice pro děti do 3 let. Bylo osloveno všech 34 zařízení fungujících v červnu 2011 na území České republiky. Prováděli jsme skupinový výzkum pomocí vytvořeného dotazníku, viz příloha. Při sestavování dotazníku byl kladen důraz na srozumitelnost a logické rozčlenění otázek, dále také na časovou nenáročnost při jejich vyplňování. Většinou se jednalo o uzavřené otázky, kde byla možnost výběru „ano-ne“, nebo výběr ze škály nabízených možností. Jedna otázka byla doplněna o možnost vyjádření vlastní úvahy.

Dotazovaní respondenti byli požádáni o zakroužkování z jejich pohledu nejvíce se hodící odpovědi tak, aby bylo následně možné co nejpřesněji zmapovat danou situaci.

Dotazník byl anonymní a ve většině případů byl rozeslán elektronickou poštou.

S ohledem na jeho 100% návratnost se domníváme, že díky výborné spolupráci mezi těmito zařízeními a vzhledem k malému počtu oslovených respondentů byl dotazník vrácen v tak hojné míře.

Výsledkem zpracování získaných dat je jejich shrnutí ve formě tabulek nebo grafů a popis krátkého zjištění k jednotlivým otázkám. Interpretace získaných výsledků dotazníkového průzkumu a ověření stanovených otázek je shrnuto komplexně v závěru bakalářské práce.

4.3 Vlastní výzkumná práce, analýza výsledků

Celkový počet oslovených respondentů byl 34.

Otázka 1. Jaká je kapacita Vašeho zařízení?

Otázka 2. Kolik dětí z celkového počtu má nějaké postižení (tělesné, smyslové, kombinované)?

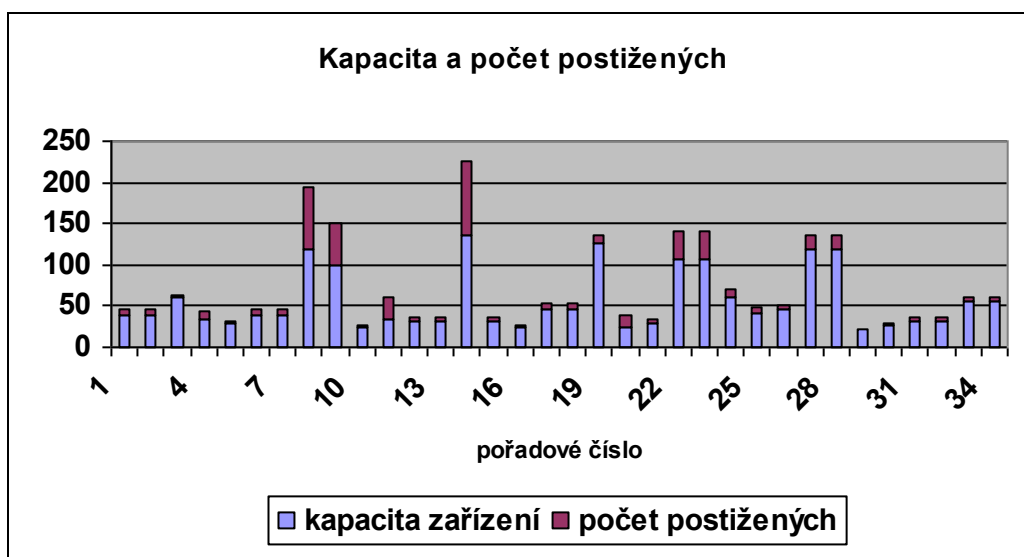
Tabulka 1a Kapacita a počet postižených

poř.č.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
kap.	38	38	60	35	30	40	40	120	100	25	35	32	32	135	31	25	72
post.	8	8	2	8	2	7	7	75	50	2	25	4	4	90	6	2	7

Tabulka 1b Kapacita a počet postižených

poř.č.	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
kap.	72	126	25	30	107	107	60	42	45	120	120	21	26	32	32	55	55
post.	7	11	15	5	34	34	10	6	5	16	16	1	3	4	4	5	5

Graf 1 Kapacita a počet postižených



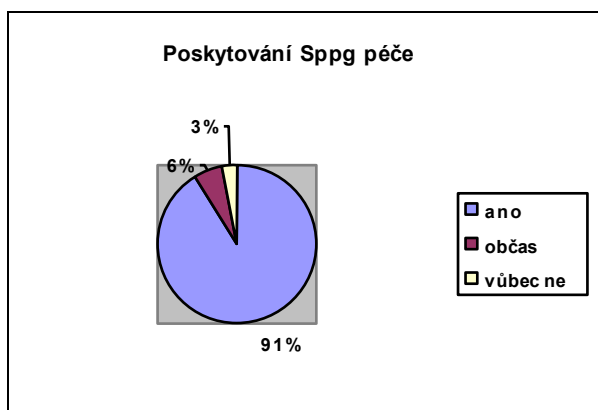
Diskuse: z tabulek a grafu vyplývá, že z celkového počtu dětí umístěných v kojeneckých ústavech a dětských domovech do 3 let tvoří přibližně 25 % děti s postižením. V některých zařízeních s vysokou kapacitou se vyskytl i výrazný počet dětí s postižením, kterým by měla být právě Sppg péče zajištěna. V těchto konkrétních případech péče zajištěna byla. Jak uvedli někteří respondenti, mezi nejčastěji frekventované diagnózy patří dětská mozková obrna, Downův syndrom a mentální retardace.

Otázka 3. Je těmto dětem poskytována speciálněpedagogická péče (somatopedická, surdopedická, tyfopedická, logopedická, jiná)?

Tabulka 2 Poskytování Sppg péče

Sppg péče	četnost	%
ano	31	91
občas	2	6
vůbec ne	1	3
celkem	34	100

Graf 2 Poskytování Sppg péče



Diskuse: z vyjádření respondentů je zřejmé, že v převážné většině Sppg péče poskytována je. Pouze v jediném případě není poskytována vůbec.

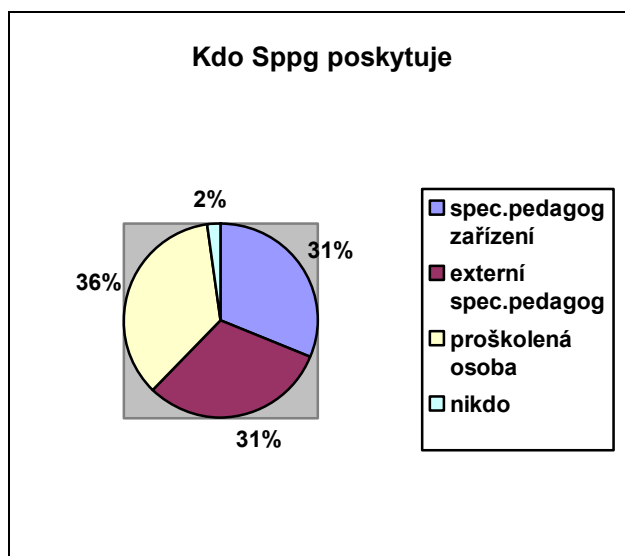
Zajímavost: v případě neposkytování Sppg péče respondent uvedl, že neshledává potřebu zajištění této péče speciálním pedagogem, neboť zdravotní sestry mají v této oblasti dostatečné vzdělání. Dle našeho zjištění však víme, že Střední zdravotnické školy v rámci ŠVP seznamují studenty s problematikou jedince s postižením jen velmi okrajově a to především v rámci výuky psychologie - vliv postižení na psychiku jedince.

Otázka 4. Kdo speciálněpedagogickou péčí poskytuje?

Tabulka 3 Kdo Sppg poskytuje

Kdo poskytuje	četnost	%
spec.pedagog	14	31
externí spec.p.	14	31
proškol.osoba	16	36
nikdo	1	2
celkem	45	100

Graf 3 Kdo Sppg poskytuje



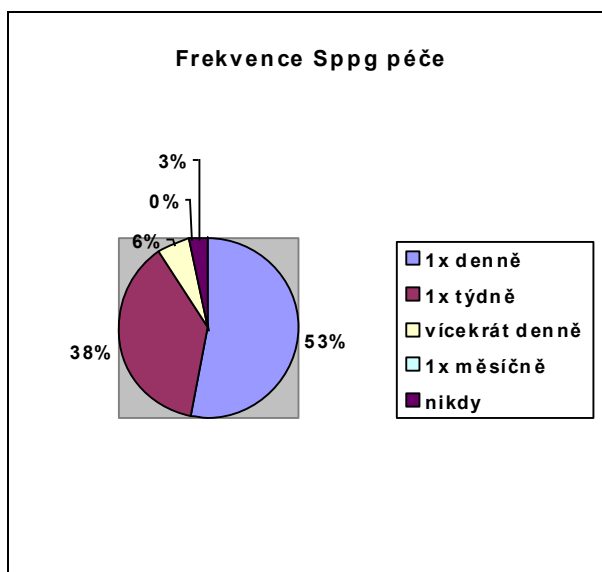
Diskuse: dle výsledků grafu je Sppg péče poskytována v 31% externím speciálním pedagogem, v 31% speciálním pedagogem zařízení a v 36% proškolenou zdravotní sestrou. Pouze v 2% není poskytována vůbec.

Otázka 5. Jak často je speciálněpedagogická péče poskytována?

Tabulka 4 Frekvence Sppg péče

Jak často	četnost	%
1x denně	18	53
vícekrát denně	2	6
1x týdně	13	38
1x měsíčně	0	0
nikdy	1	3
celkem	34	100

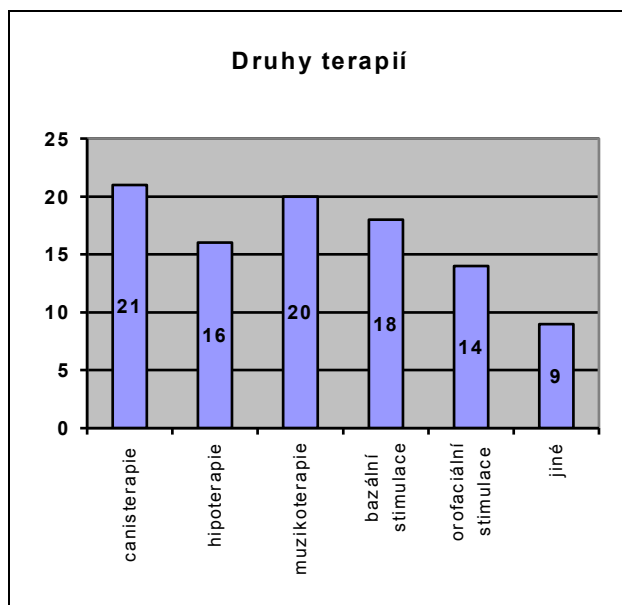
Graf 4 Frekvence Sppg péče



Diskuse: z hodnot uvedených v grafu lze konstatovat, že v 53% je Sppg péče poskytnuta 1x denně, v 38% je zajištěna 1x týdně. Ojediněle v 6% je poskytována vícekrát denně. Výjimečně v 3% není zajištěna vůbec.

Otázka 6. Jaké druhy terapií nebo technik využíváte nejčastěji?

Graf 5 Druhy terapií



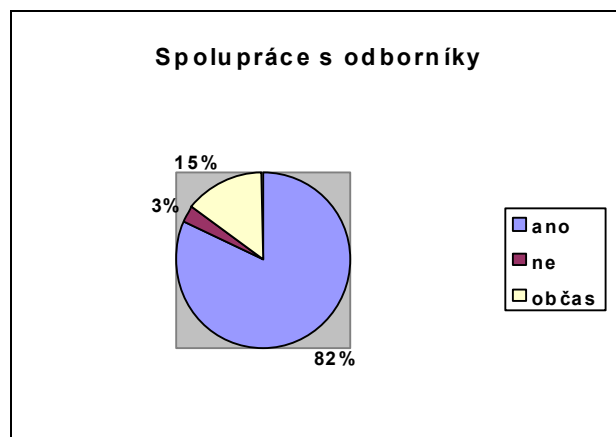
Diskuse: z uvedeného grafu vyplývá, že nejvíce je aplikována 22% canisterapie, 21% muzikoterapie, 18% bazální stimulace, 16% hipoterapie, 14% orofaciální stimulace a 9% jiný druh terapie - dle respondentů je nejčastějším druhem jiné terapie Vojtova metoda.

Otázka 7. Spolupracujete s jinými odborníky v rámci speciálněpedagogické péče, účastníte se vzdělávání v této oblasti?

Tabulka 5 Spolupráce s odborníky

Spolupráce	četnost	%
ano	28	82
ne	1	3
občas	5	15
celkem	34	100

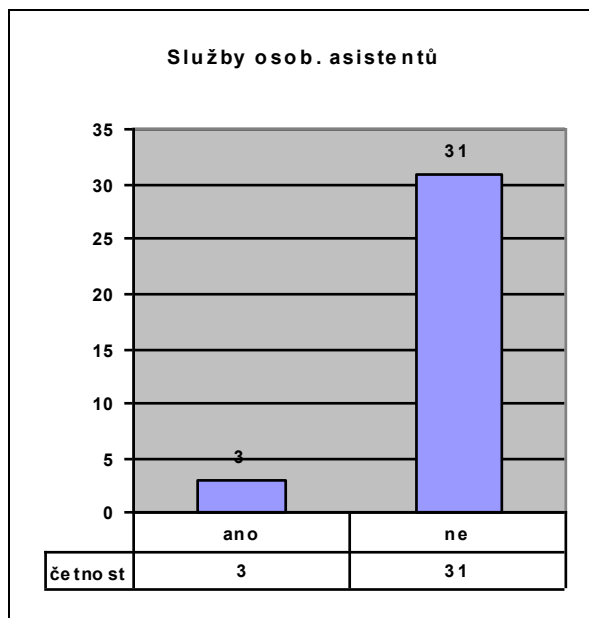
Graf 6 Spolupráce s odborníky



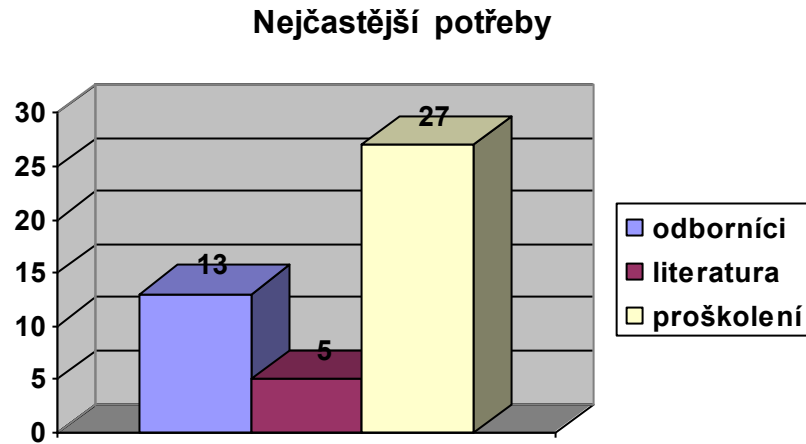
Diskuse: respondenti uvedli, že v 82% spolupracují s odborníky v rámci Sppg péče a v 15% jen občas. Pouze 3% respondentů nespolupracuje vůbec.

Otázka 8. Využíváte služby osobních asistentů u dětí s postižením?

Graf 7 Služby osobních asistentů



Diskuse: z uvedených hodnot vyplývá, že drtivá většina - 91% zařízení nevyužívá služby osobních asistentů u dětí s postižením. Otázkou zůstává, proč je tomu tak? Pouze 9% zařízení služby asistentů využívá.

Otázka 9. Můžete, prosím napsat, co potřebujete z této oblasti?*Graf 8 Nejčastější potřeby*

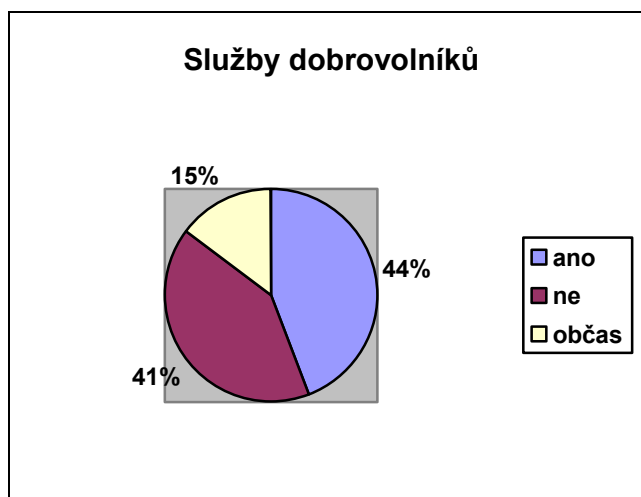
Diskuse: dle získaných údajů by respondenti nejvíce uvítali přítomnost odborníků, v druhém případě by potřebovali odborné proškolení a na posledním místě odbornou literaturu z oblasti Sppg péče.

Otázka 10. Využíváte služeb dobrovolníků u dětí s postižením (individuální stimulace, vycházky apod.)?

Tabulka 6 Služby dobrovolníků

Služby dobrovolníků	četnost	%
ano	15	44
ne	14	41
občas	5	15
celkem	34	100

Graf 9 Služby dobrovolníků



Diskuse: hodnoty grafu nám ukazují, že 44% dotazovaných zařízení služby dobrovolníků využívá, 41% nevyužívá a 15% jen občas. Otázkou zůstává, zda zařízení nechtějí tyto služby využívat a z jakých důvodů, nebo zda nemají dostatečné informace týkající se této oblasti.

Návrhy: pokud by některé ze zařízení mělo zájem o využití dobrovolnické činnosti, může se obrátit na dobrovolnická centra. V olomouckém kraji tuto činnost vykonává Občanské sdružení JIKA - Olomoucké dobrovolnické centrum. Od 1.1 2003 platí zákon č. 198/2002 Sb. o dobrovolnické službě, který upravuje podmínky pro dobrovolnictví.

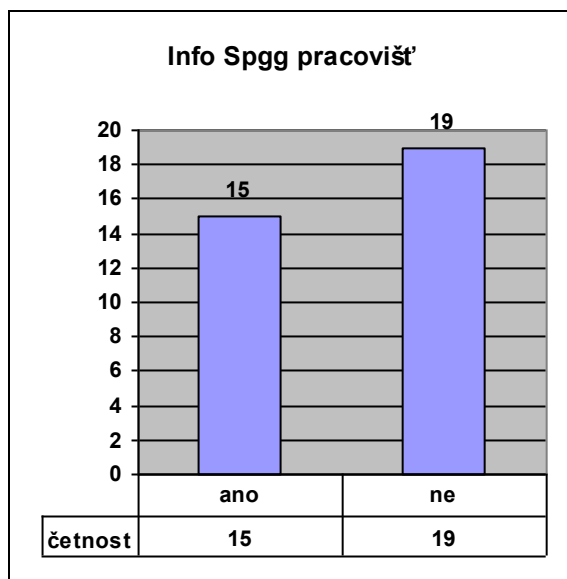
Dobrovolníkem se může stát kdokoliv starší patnácti let, pokud bude působit na území České republiky. Dobrovolnická činnost je zaměřena na pomoci druhým lidem hlavně v oblasti sociální a zdravotnické bez nároku na finanční odměnu.

Otázka 11. Pokud předáváte dítě s postižením do rodiny, jsou informována speciálněpedagogická pracoviště?

Tabulka 7 Informace Sppg pracovišť

Info Sppg pracovišť	četnost	%
ano	15	44
ne	19	56
celkem	34	100

Graf 10 Informace Sppg pracovišť



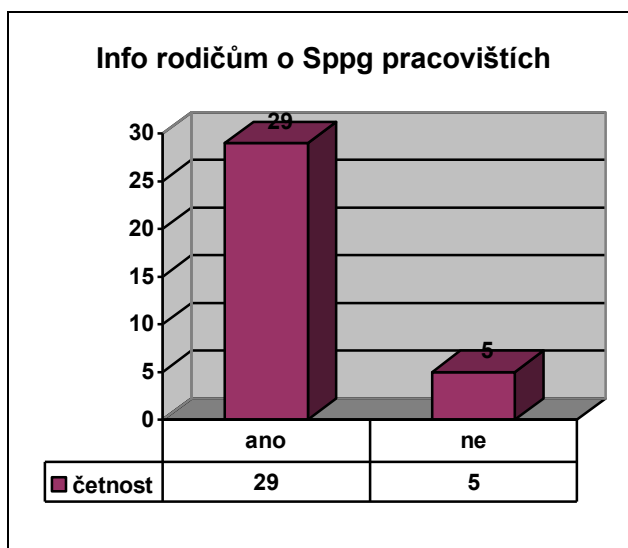
Diskuse: 44% respondentů udává, že pokud předávají dítě s postižením do rodiny, informují speciálněpedagogická pracoviště. 56% respondentů informace speciálněpedagogickým pracovištím nepředává vůbec.

Otázka 12. Pokud předáváte dítě s postižením do rodiny, informujete rodiče o speciálněpedagogických zařízeních?

Tabulka 8 Informace rodičům

Info rodičům	četnost	%
ano	29	85
ne	5	15
celkem	34	100

Graf 11 Informace rodičům



Diskuse: hodnoty grafu ukazují, že pokud je dítě s postižením předáno do rodiny, v 85% jsou rodiče informováni o speciálněpedagogických pracovištích, pouze v 15% rodiče informováni nejsou.

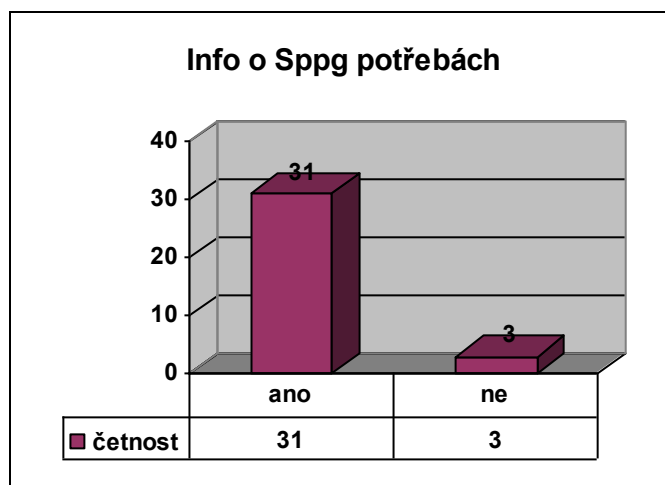
Zajímavost: v několika případech dotazovaní upozornili na skutečnost, že k předávání dítěte s postižením do rodiny dochází jen velmi ojediněle. Ve velké míře zůstávají tyto děti v ústavní péči.

Otázka 13. Pokud předáváte dítě s postižením do následné péče mimo rodinu, předáváte informace o speciálněpedagogických potřebách dítěte?

Tabulka 9 Informace o Sppg potřebách

Info o Sppg potřebách	četnost	%
ano	31	91
ne	3	9
celkem	34	100

Graf 12 Informace o Sppg potřebách



Diskuse: pokud je dítě s postižením předáno do následné péče mimo rodinu, 91% respondentů uvádí, že informují o jeho speciálněpedagogických potřebách. Pouze 9% informace neposkytuje.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce bylo zaměřeno na posouzení aktuálního stavu poskytování speciálněpedagogické péče u dětí se zdravotním postižením v kojeneckých ústavech.

V teoretické části jsme se snažili nastínit hlavní činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů (dětských center), které poskytují péči dětem do tří let věku. Jak již bylo zmíněno v úvodní části, tato zařízení nepečují výhradně jen o děti zdravé bez rodinného zázemí, ale také o děti se zdravotním postižením, kterým rodina není schopna zajistit komplexní péči. Domníváme se, že pokud má být tato péče opravdu komplexní, je zapotřebí zajistit dítěti s postižením nejen základní zdravotní péči, ale také zároveň včasnou a přiměřenou péči speciálněpedagogickou.

V praktické části jsme se snažili zjistit, jaká je skutečná situace poskytování Sppg péče u dětí se zdravotním postižením v kojeneckých ústavech. Šetření bylo prováděno pomocí vytvořených dotazníků, které jsme rozeslali do všech 34 toho času fungujících zařízení. Za zmínku stojí, že návratnost vyplněných dotazníků byla velmi úspěšná (100%) a někteří dotazovaní respondenti projevíli zájem o zpětné informace výsledků šetření.

Cílem našeho průzkumu bylo potvrzení nebo vyvrácení stanovených otázek.

Otázka č. 1: Kdo zajišťuje v kojeneckých ústavech dětem s postižením Sppg péči?

Nejdříve jsme vyhodnotili, kolik dětí z celkového počtu umístěných v kojeneckých ústavech má nějaké zdravotní postižení a zda je jim Sppg péče vůbec poskytována. Z výsledků šetření jsme zjistili, že se jedná přibližně o 25% dětí s postižením, kterým Sppg péče je zajištěna. Pouze v jednom případě nebyla. Předpokládali jsme, že Sppg péči zajišťuje především externí speciální pedagog ve spolupráci se zdravotnickým personálem (zdravotní sestrou). Výsledek šetření překvapivě poukazuje na skutečnost, že v 50% je Sppg péče prováděna externím speciálním pedagogem a v 50% speciálním pedagogem zaměstnaným přímo v zařízení.

Otázka č. 2: Jak často je Sppg péče poskytována?

Z vyhodnocených výsledků nám vyplynulo, že je Sppg péče v největší míře poskytována 1x denně a dále pak 1x týdně. Stanovená otázka nám byla potvrzena, neboť jsme takové odpovědi od respondentů očekávali. S ohledem na znalost provozu v těchto zařízeních a jeho reálných možností si klademe otázku, zda je Sppg péče poskytována 1x denně prováděna opravdu kvalitně a v takovém rozsahu, jak by měla být.

Otázka č. 3: Využívají zařízení služeb dobrovolníků a asistentů v péči o děti?

Předpokládali jsme, že většina zařízení využívá především služeb dobrovolníků a služby asistentů nevyužívá vůbec. Výsledek šetření potvrdil naši domněnku. Téměř všechna zařízení spolupracují s dobrovolníky, kteří se podílí na péči o děti se zdravotním postižením. Jedná se

většinou o studenty zdravotnických škol a registrované dobrovolníky. Služby asistentů nejsou využity vůbec. Otázkou zůstává, proč tomu tak není. Domníváme se, že většina zařízení nemá dostatečné informace z této oblasti, jak by mohly služby asistentů využít.

V této bakalářské práci jsme se snažili zhodnotit současný stav Sppg péče v kojeneckých ústavech, neboť si myslíme, že je nezbytné, aby byla odborná a dobře prováděná Sppg péče zahájena co nejdříve v raném věku, pokud má dítě zdravotní postižení.

Závěrem lze říci, že výsledky našeho průzkumu ukazují, že dětem s postižením je věnována daleko větší pozornost, než tomu bylo v době dřívější. Většina zařízení pečujících o tyto děti se snaží v rámci svých možností vytvořit vhodné podmínky pro poskytování Sppg péče kvalifikovaným personálem, aplikují různé druhy technik a terapií při péči o své malé klienty a postupně se začíná více prohlubovat vzájemná spolupráce mezi zdravotnickými a speciálněpedagogickými pracovníky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ALLEN, K., MAROTZ, L. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. 187 s. ISBN 978-80-7367-421-2.
- BASTL, P. *Výchovná problematika v dětských zařízeních*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1996. ISBN 80-7013-212-4.
- BENEŠ, J. *Infekční lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 651 s. ISBN 978-80-7262-644-1.
- BRIERLEY, J. *7 prvních let života rozhoduje*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 111 s. ISBN 80-7178-484-2.
- ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 2. uprav. vyd. Brno: IDVPZ, 1997. 174 s. ISBN 80-7013-243-4.
- DAMBORSKÁ, M. a kol. *Psychologie a základy výchovy*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1978. 286 s.
- DAMBORSKÁ, M., ŠTĚPÁNOVÁ, P. *Problematika ústavních dětí kojeneckého věku*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 1984.
- JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 3. vyd. Brno: IDVPZ, 1996. 215 s. ISBN 80-7013-209-4.
- Kronika Kojeneckého ústavu*. Šumperk: Kojenecký ústav a dětský domov Šumperk, 1973-2004. Interní materiál Dětského centra Pavučinka Šumperk.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1963. 300 s.
- MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 5. vyd. Praha: Portál, 2008. 112 s. ISBN 978-80-7367-504-2.
- NIESSEN, K. H. a kol. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Scientia medica, 1996. 608 s. ISBN 80-85526-29-8.
- NOVOTNÁ, V., BURDOVÁ, E. *Zákon o sociálně-právní ochraně dětí*. 3. aktual. a dopl. vyd. Praha: Linde, 2007. 471 s. ISBN 978-80-86131-72-6.
- PIAGET, J., INHELDEROVÁ B. *Psychologie dítěte*. 5. vyd. Praha: Portál, 2010. 144 s. ISBN 978-80-7367-798-5.
- PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*. 4. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977. 414 s.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2.

ŠAŠINKA, M., ŠAGÁT, T. *Pediatrics: I. zväzok*. 1. vyd. Košice: Satus, 1998. 620 s. ISBN 80-967963-0-5.

TŘÍSKOVÁ, H. *Vybrané otázky péče o děti ve zvláštních dětských zařízeních II. díl*. 1. vyd. Brno: IDV SZP, 1991. 204 s. ISBN 80-7013-067-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ L. *Náročné mateřství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 333 s. ISBN 978-80-246-1616-2.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

CHODOUNSKÁ, H. ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 18/2011: *Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let a dalších zařízení pro děti v roce 2010* [online]. [cit. 2012-02-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/18_11.pdf.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR *Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku*. [online]. 2005. [cit. 2012-02-05].

Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik_3557_1771_11.html.

SCHNEIBERG, F., Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let. In BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, D., PECHANOVÁ, M. *Zdravotně sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do 3 let věku* [online]. Praha: VÚPSV, 2005. [cit. 2012-02-05]. Dostupné z: http://www.praha.vupsv.cz/fulltext/vz_177.pdf.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1a	Kapacita a počet postižených.....	24
Tabulka 1b	Kapacita a počet postižených.....	24
Tabulka 2	Poskytování Sppg péče.....	26
Tabulka 3	Kdo Sppg poskytuje.....	27
Tabulka 4	Frekvence Sppg péče.....	28
Tabulka 5	Spolupráce s odborníky.....	30
Tabulka 6	Služby dobrovolníků.....	33
Tabulka 7	Informace Sppg pracovišť.....	34
Tabulka 8	Informace rodičům.....	35
Tabulka 9	Informace o Sppg potřebách.....	36

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Kapacita a počet postižených.....	25
Graf 2	Poskytování Sppg péče.....	26
Graf 3	Kdo Sppg poskytuje.....	27
Graf 4	Frekvence Sppg péče.....	28
Graf 5	Druhy Sppg péče.....	29
Graf 6	Spolupráce s odborníky.....	30
Graf 7	Služby osobních asistentů.....	31
Graf 8	Nejčastější potřeby.....	32
Graf 9	Služby dobrovolníků.....	33
Graf 10	Informace Sppg pracovišť.....	34
Graf 11	Informace rodičům.....	35
Graf 12	Informace o Sppg potřebách.....	36

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Dotazník
Příloha č. 2	Tabulka - vyhodnocení dotazníku

PŘÍLOHA Č. 1 DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Ivana Zajíčková a pracuji jako vedoucí sestry kojeneckého úseku v Dětském centru Pavučinka Šumperk. Současně studuji bakalářský obor Speciální pedagogika předškolního věku na PdF UP v Olomouci. Téma mé bakalářské práce je „**Stav speciálněpedagogické péče o děti s postižením v kojeneckých ústavech**“. Jedním z bodů praktické části je i dotazníkové šetření.

Proto si Vás dovoluji požádat o vyplnění následujících otázek:

1. Jaká je kapacita Vašeho zařízení (kolik dětí lze umístit)?

.....

2. Kolik dětí z celkového počtu má nějaké postižení (tělesné, smyslové, kombinované)?

.....

Uveďte, prosím, diagnózy (beze jmen).....

3. Je těmto dětem poskytována speciálněpedagogická péče (logopedická, tyflopédická, somatopedická, surdopedická, jiná)?

1) ano

2) občas

3) vůbec ne

4. Kdo Sppg péči poskytuje?

1) speciální pedagog vašeho zařízení

2) externí speciální pedagog

3) proškolená zdravotní sestra, jiná proškolená osoba

5. Jak často je Sppg péče poskytována?

1) 1x denně

2) vícekrát denně

3) 1x týdně

4) 1x měsíčně

6. Jaké druhy terapií nebo technik využíváte nejčastěji?

1) canisterapie

2) hipoterapie

3) muzikoterapie

4) bazální stimulace

5) orofaciální stimulace

6)/ jiné

7. Spolupracujete s jinými odborníky v rámci Sppg péče, účastníte se vzdělávání v této oblasti?

1) ano

2) ne

3) občas

8. Využíváte služby osobních asistentů u dětí s postižením?

1) ano

2) ne

9. Můžete, prosím napsat, co potřebujete z této oblasti?

1) přítomnost odborníků

2) odbornou literaturu

3) odborné proškolení

10. Využíváte služeb dobrovolníků u dětí s postižením (individuální stimulace, vycházka apod.)?

1) ano

2) ne

3) občas

11. Pokud předáváte dítě s postižením do rodiny, jsou informována speciálněpedagogická pracoviště?

1) ano

2) ne

12. Pokud předáváte dítě s postižením do rodiny, informujete rodiče o speciálněpedagogických zařízeních?

1) ano

2) ne

13. Pokud předáváte dítě s postižením do následné péče mimo rodinu, předáváte informace o speciálněpedagogických potřebách dítěte?

1) ano

2) ne

Děkuji Vám za spolupráci a čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

Všechny údaje budou použity jen pro bakalářskou práci. V případě Vašeho zájmu, můžeme jeden exemplář bakalářské práce poslat i na Vaše pracoviště. Pokud máte zájem, připojte, prosím, adresu elektronické pošty.

S pozdravem I. Zajíčková.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Ivana Zajíčková
Katedra:	Katedra speciální pedagogiky PdF UP Olomouc
Vedoucí práce:	Prof. PhDr. Miloň Potměšil Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Stav speciálněpedagogické péče o děti s postižením v kojeneckých ústavech
Název v angličtině:	Early intervention at children with impairments in nursery care
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá stavem speciálněpedagogické péče o děti s postižením v kojeneckých ústavech. Teoretická část přináší informace o systému péče a o problematice dětí s postižením v raném věku. Praktická část interpretuje výsledky získané výzkumným šetřením v kojeneckých ústavech ČR.
Klíčová slova:	Dítě, vývoj dítěte, raný věk, kojenecký ústav, rodina, postižení, speciálněpedagogická péče.
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis deals with the early intervention at children with impairments in nursery care. The theoretical part contains information about system of intervention and problems at children with impairments in the early age. The interpretation of results obtained by research in nursery care is contained in the practical part of thesis.
Klíčová slova v angličtině:	child, evolution, early age, nursery care, family, handicap/impairment, special needs pedagogy intervention
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Dotazník Příloha č. 2 Tabulka - vyhodnocení dotazníku - volně vložená
Rozsah práce:	43 s