**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Ústav speciálněpedagogických studií

**Bakalářská práce**

Blanka Novotná

**Služby rané péče jako jedna z determinant rozvoje motoriky u dětí s tělesným postižením**

Olomouc 2015 Vedoucí práce: Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D

**Prohlášení**

Čestně prohlašuji, že jsem zde předloženou bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedenou literaturu s pomocí vedoucí bakalářské práce.

V Olomouci dne: ………………………….

**Poděkování**

Děkuji vedoucí práce Mgr. Evě Urbanovské, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky, které mi poskytla pro zpracování bakalářské práce. A taky děkuji PhDr. Stanislavě Kebortové a Bc. Janě Čelůstkové za vstřícné jednání a poskytnutí potřebných dat.

Obsah

[ÚVOD 5](#_Toc416893965)

[TEORETICKÁ ČÁST 6](#_Toc416893966)

[1. MOTORIKA 7](#_Toc416893967)

[1.1. Vývoj hrubé a jemné motoriky 8](#_Toc416893968)

[1.1.1. Hrubá motorika 8](#_Toc416893969)

[1.1.2. Jemná motorika 11](#_Toc416893970)

[1.2. Diagnostika hrubé a jemné motoriky 13](#_Toc416893971)

[1.3. Aktivity pro rozvoj motoriky 15](#_Toc416893972)

[1.3.1. Koncept Bazální stimulace® 15](#_Toc416893973)

[1.3.2. Program Portage 16](#_Toc416893974)

[1.3.3. Míčková terapie 17](#_Toc416893975)

[1.3.4. Baby masáže 18](#_Toc416893976)

[2. TĚLESNÉ POSTIŽENÍ 19](#_Toc416893977)

[2.1. Klasifikace tělesného postižení 19](#_Toc416893978)

[2.1.1. Vrozená tělesná postižení 20](#_Toc416893979)

[2.1.2. Získaná tělesná postižení po nemoci 22](#_Toc416893980)

[2.1.3. Tělesná postižení po úraze 22](#_Toc416893981)

[3. RANÁ PÉČE 24](#_Toc416893982)

[3.1. Vymezení rané péče 24](#_Toc416893983)

[3.2. Vznik rané péče v ČR 24](#_Toc416893984)

[3.3. Cíle a služby rané péče 25](#_Toc416893985)

[3.4. Principy rané péče 27](#_Toc416893986)

[PRAKTICKÁ ČÁST 28](#_Toc416893987)

[4. SLUŽBY RANÉ PÉČE JAKO JEDNA Z DETERMINANT ROZVOJE MOTORIKY U DĚTÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM 29](#_Toc416893988)

[4.1. Úvod do problematiky 29](#_Toc416893989)

[4.2. Výzkumné cíle 30](#_Toc416893990)

[4.3. Výzkumné otázky 30](#_Toc416893991)

[4.4. Metodologie výzkumu 30](#_Toc416893992)

[4.5. Analýza získaných dat 31](#_Toc416893993)

[4.6. Diskuze 45](#_Toc416893994)

[4.7. Doporučení pro praxi 46](#_Toc416893995)

[ZÁVĚR 47](#_Toc416893996)

[SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 48](#_Toc416893997)

[SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ 50](#_Toc416893998)

### ÚVOD

„Děti by měly dostat od svých rodičů dvě věci: kořeny a křídla. Kořeny směřující do minulosti a křídla, volnost a svobodu, mířící k zodpovědné budoucnosti.“ (J. W. Goethe)

Narození dítěte je jednou z těch krásných událostí, které může rodiče potkat. I když je tato událost krásná, tak přináší mnoho povinností a zejména zodpovědnost. A co teprve tehdy, když si dítko s sebou na svět přinese i určité postižení. Naštěstí, v dnešní době již existuje spousta odborníků, organizací či společností, které dokážou pomoci a podpořit v téhle nelehké situaci rodiče i jejich dítě. Jednou z těch rozšířenějších pomáhajících společností je Středisko rané péče. Ne vždy rodiče dokážou tenhle tíživý kámen s sebou vléci po celou dobu, co se starají o své dítě s postižením a proto je zřízena raná péče. Dát dítěti co nejvíce podnětné prostředí pro jeho rozvoj je to nejdůležitější a snad i nejjednodušší, co můžeme udělat. Nejvýznamnější je období dítěte do jeho 3 let, kdy se naučí nespočetně mnoho úkonů nezbytných pro jeho budoucí život. A z toho důvodu je možno využít služeb rané péče i hned po narození dítěte či po zjištění postižení.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. Z teoretické a praktické části.

V kapitole první se zabýváme motorickým vývojem dítěte. Jsou zde popsány zásadní vývojové mezníky dítěte v oblasti jemné a hrubé motoriky v období novorozeneckém, kojeneckém, batolecím a předškolním. Pro správný rozvoj dítěte je důležité mít povědomost o znacích, které jsou charakteristické pro danou oblast vývoje. V naší práci se jedná o hrubou a jemnou motoriku. V této kapitole jsou i popsány aktivity pro rozvoj motoriky dítěte, které se prokázaly v praxi jako nejvíce používané a účinné.

Ve druhé kapitole se věnujeme charakteristice tělesného postižení a jeho klasifikaci. V dnešní době posuzujeme tělesné postižení podle doby a příčiny jeho vzniku a obzvláště pak, jakým způsobem dané postižení ovlivňuje jedince ve společnosti.

Třetí kapitola je zaměřena na služby rané péče. Jsou zde vytyčeny jejich cíle a činnosti. Jak již stojí v názvu téhle práce, považuji služby rané péče za jednu z hlavních determinant v oblasti rozvoje motoriky u dítěte s tělesným postižením.

Kapitola čtvrtá tvoří praktickou část téhle bakalářské práce. V téhle kapitole jsme si stanovili hlavní cíle a podle nich jsme dále pokračovali. Zvolili jsme kvalitativní výzkum a jako metodu jsme si vybrali rozhovor.

### TEORETICKÁ ČÁST

### MOTORIKA

„Motorika (hybnost) – z latinského „motus“, pohyb. Je to souhrn všech pohybů lidského těla, celková pohybová schopnost organismu. Schopnost pohybů kosterního svalstva (příčně pruhovaného), která člověku umožňuje přemísťování těla v prostoru a pracovní výkon, je označována souhrnně jako mobilita. Tyto pohyby jsou řízeny především z motorických oblastí mozku. Uvedené rozlišení se však dosud přesně nedodržuje,“ vymezuje Renotiérová (2003, s. 26)

Další vymezení motoriky uvádí Průcha (2003), kdy mluví o motilitě neboli o pohybech orgánů, které jsou formovány hladkým svalstvem, a tedy není možno je ovládat vůlí. Druhým typem motoriky je mobilita, tyto pohyby jsou umožňovány kosterním svalstvem neboli příčně pruhovaným svalstvem, které tedy zprostředkovává pohyb celého těla.

Složky motoriky podle Renotiérové (2003) jsou:

* pohyby spontánní (prováděné z vlastního podnětu)
* pohyby reflexní (vázané na určitý podnět)
* pohyby záměrné (volní, podle určitého plánu, za určitým účelem)
* pohyby expresivní (projevy určitého psychického stavu)

Motorický vývoj se podle amerického vývojového psychologa Arnolda Gesella řídí třemi principy:

*- „*zákon cefalokaudální: ovládání těla postupuje od hlavy k patě, tj. dítě nejprve zvedá hlavičku, pak v sedu vyrovnává krční a později bederní část páteře, pak leze po kolenou   a nakonec se postaví na nohy.

- zákon proximodistální: posun pohybu od centra těla k periferii. Pohyby končetin začínají nekoordinovanými celkovými pohyby, postupně přecházejí k zápěstí a na prsty a chodidla.

- zákon ulnoradiální: tj. postup vývoje úchopu, jenž vychází nejprve z celé dlaně a postupuje k jemnějšímu uchopení mezi palce a ukazovák*“* (Šimíčková – Čížková, 2010, s. 58)

# Vývoj hrubé a jemné motoriky

V této části textu se podíváme na typické projevy hrubé a jemné motoriky v jednotlivých vývojových obdobích dětí, které spadají pod raný věk. Důležité je, abychom měli přehled o správném vývoji motoriky u dětí intaktních a na základě těchto poznatků dokázali odhalit vývojové odchylky u dětí s tělesným postižením, teda především oblasti motoriky, na kterou jsme se v této práci zaměřili.

## Hrubá motorika

Hrubá motorika představuje pohyby velkých svalových skupin. Je to soubor pohybů vedoucích k postupnému ovládání a držení těla, koordinaci horních a dolních končetin a také umožňuje rytmizaci pohybů. (Opatřilová, 2010) Velké svalové skupiny ovládají práci, která zajišťuje lokomoci (chůze, skákání, plavání), a také sem spadají nelokomoční pohyby, to je sezení, tahání a strkání. (Opatřilová, 2010)

Kiedroňová (2013) ve své knize píše o třech podmínkách, které ovlivňují vývoj hrubé motoriky. Zprvu se jedná o správnou a symetrickou manipulaci s dítětem. Tato manipulace by měla být mírná a vnímavá a především ve shodě s potřebami dítka. Jako další předpoklad ke správnému vývoji uvádí Kiedroňová kvalitní podmínky k odpočinku a spánku. Toto prostředí zajistíme díky správné poloze matrace v postýlce, klidu, teplu a pocitu bezpečí, které dítě získá v peřince. A jako poslední se jedná o dostatečné možnosti k aktivnímu pohybu v poloze na zádech i na bříšku. Není vhodné, aby dítě trávilo více času během dne v různých sedačkách nebo ve vacích. Tím mu zamezíme svobodu v pohybu a nedochází ke správnému vývoji. Nejvhodnější je, když dítě položíme nahé na tenkou a jemnou podložku.

**Novorozenecké období**

Zpravidla toto období vymezujeme na prvních 6 týdnů dítěte ihned po porodu. Vývoj motoriky u novorozence postupuje směrem cefalokaudálním, tzn. od hlavy ke kostrči. Prvně se rozvíjejí pohyby úst a očí, poté motorika končetin, která postupuje od ramene k lokti, dále k zápěstí a jako naposledy k jemným pohybům prstů. (Šimíčková – Čížková, 2010) V novorozeneckém období má motorika především reflexní základ. Popíšeme si pár základních nepodmíněných vrozených reflexů:

* Potravové reflexy – zajišťují dítěti se přiblížit k potravě, patří sem reflex plazivý, sací, hledací, uchopovací, polykací
* Orgánové reflexy – umožňují vylučování moči a stolice
* Moroův reflex – podtrhneme-li podložku, na které se novorozenec nachází, vyvoláme tak rozhození horních končetin, rozevře pěstičky a na dolních končetinách se zdůrazní flexe
* Tonicko – šíjový reflex – při natočení hlavičky na jednu stranu, například pravou, dochází k extenzi horní končetiny, a tím pádem na levé straně dochází k flexi horní končetiny
* Chůzový reflex – uchopením novorozence s podpěrou v podpaží a následným postavením můžeme vyvolat chůzový automatismus (Šimíčková – Čížková, 2010)

**Kojenecké období**

Tohle období se vymezuje od konce 6 týdnů života dítěte až do jednoho roku. Převážně se charakterizuje jako nejintenzivnější vývojové období za celou životní etapu jedince. (Šimíčková – Čížková, 2010) Podíváme se na to, co by dítě v kojeneckém věku mělo zvládnout. Ve většině publikací se hovoří o tzv. klíčových měsících kojence. Jedná se o 3., 6., 9., 12. měsíc. Šimíčková – Čížková (2010, str. 58) ve své knize píše, že „zde dochází k funkčním vývojovým změnám.“

Ve 3. měsíci kojenec vleže na bříšku udrží hlavičku jistě zvednutou, opírající se o předloktí. Jedná se o tzv. pasení koníčků. V 6. měsíci začíná pomáhat s přitahováním do sedu a už je vidoucí kontrola hlavičky. Pokud má oporu, tak už sedí vzpřímeně, ale bez opory dochází k žabí pozici, tzn., že se kojenec opírá o předloktí. Čile se převrací z bříška na záda. Mezi 6. a 9. měsícem se dítko připravuje na lezení. To se projevuje především tak, že se začíná v poloze na břiše opírat buď o dlaně, kolena anebo o plosky nohou. V 9. měsíci můžeme pozorovat lezení po čtyřech, sed bez pomoci a začíná se vzpřimovat do stoje, ale samozřejmě stále s oporou (např. dítě drží dospělého za ruku). Ve 12. měsíci dítě začíná samo experimentovat s pohybem. Typická je pro tento vývojový měsíc chůze za ruku či pohyb okolo nábytku. Nedá se zatím mluvit o volné chůzi. (Šimíčková – Čížková 2010; Opatřilová 2010)

Bylo by správné, kdyby dítě až do svého 3. měsíce přetrvávalo v peřince hlavně v období spánku a v době bdění ho můžeme mít rozbaleného (opět dostatek prostoru k pohybu a získávání podmětů). Při manipulaci s kojencem se musíme vyvarovat kvapným pohybům, záklonům hlavičky a přímému tlaku na páteř. Není správné, abychom dítko měli převážně v jedné poloze. Polohy se musí dostatečně střídat, aby nepřicházelo k upřednostnění jedné strany tělíčka dítěte, a tím pádem by mohlo dojít k zaostání vývoje na druhé straně těla. (Kiedroňová, 2013)

U dítěte do třetího měsíce dochází k postupnému vytrácení se reflexů, a tak dochází k vědomému vývoji v pohybu. Kojenci v souměrném rozvoji hrubé motoriky můžeme pomoci díky hrazdičce, regulérně pokládáme před něho a hračky jsou zavěšeny symetricky, aby dítě mělo stejné podmínky k dosažení předmětů. (Kiedroňová, 2013) Dále je důležité dítě motivovat v pohybu, jako je přetáčení se ze zad na bříško, lezení, posazování se až k přímé chůzi.

„Dítěti pomůže ke správnému vzpřímení pravidelný pohyb. Pro nejmenší děti již od narození je prvním možným a navíc ideálním sportem plavání. Výsledkem je velmi dobře rozvinutá rovnováha, koordinace pohybů, orientační dovednosti i síla svalů.“ popisuje Kiedroňová (2013, str. 257)

**Batolecí období**

Věk batolete je ohraničen od jednoho roku až do třetího roku. Toto období je význačné prvním osamostatněním se a rozvojem lokomoce. (Šimíčková – Čížková, 2010) Batole má přímo potřebu se osamostatnit a záleží na přístupu dospělých, do jaké míry mu to umožní a jaké podmínky mu poskytnou.

Vývoj hrubé motoriky u batolete je ihned viditelný. Dítě si osvojuje chůzi, učí se pohybovat v prostředí jemu známém i neznámém. Aktivně prozkoumává nové podněty. Batole začíná zvládat chůzi do schodů i ze schodů, vyrovnává nerovnosti terénu, které se mu nabízí při jeho samostatném pohybu. Spousta dětí, když se naučí volně chodit, tak prvních pár dní nedělají nic jiného, než, že jen chodí a stále chodí.

**Předškolní období**

Předškolní věk provází dítě od 3 let do 6 let. Nedá se mluvit o nějakém výrazném vývoji. Dá se říci, že spíše dochází ke zpomalení vývoje. Naopak doposud získané dovednosti v oblasti hrubé motoriky se stále zdokonalují. Hrubá motorika se u dítěte v předškolním věku rozvíjí přirozeným pohybem v prostoru, jako samostatná chůze, běhání, skákání po dvou nebo jedné noze, jízda na kole a koloběžce, bruslení, atd.

## Jemná motorika

Jemná motorika je na rozdíl od hrubé motoriky zajišťována aktivitou drobných svalů. Do této oblasti spadá zdokonalování jemných pohybů rukou, uchopování a manipulace drobných předmětů. Tato skupina dále zahrnuje grafomotoriku (pohybová aktivita, která je zaměřená na grafickou stránku motoriky), logomotoriku (aktivita mluvních orgánů uplatňující se při artikulované řeči), mimiku (pohyby obličeje), oromotoriku (pohyby ústní dutiny) a vizumotoriku (pohybová aktivita, která je zaměřena na zpětnou vazbu). (Opatřilová, 2010) K rozvoji jemné motoriky neodmyslitelně řadíme i osahávání obličeje a těla matky dítětem. V této oblasti bychom měli věnovat pozornost dominantní ruce v činnostech, které dítko provází. V prvních letech pouze pozorujeme, která ruka je vedoucí a až později (po 3. roce dítěte) můžeme mluvit o vyhraněné hemisféře. Rozvoj jemné motoriky je úzce spjat s kvalitou zraku a sluchu. (Kiedroňová, 2013)

**Novorozenecké období**

Jak hrubá motorika novorozence, tak i jemná motorika pracuje na základě spontánnosti a reflexe. Pohyby horních končetin jsou nekoordinované a velmi rychlé. V této souvislosti zmíníme uchopovací reflex, který přetrvává od druhého týdne života dítěte až do pátého – šestého měsíce. Uchopovací reflex se projeví tak, že když vložíme prst do dlaně dítěte, tak dojde k reflexnímu sevření v pěst. (Opatřilová, 2010) Novorozenec má své ručičky v pěst. Uvolní pěst výhradně za pocitu bezpečí a jistoty a to je tehdy, když spinká anebo se koupe. Novorozeně používá ústa jako svůj prvotní smyslový orgán – jedná se o součinnost ruka – ústa. Souhra se více projevuje ke konci tohoto období. (Kiedroňová, 2013)

**Kojenecké období**

Vývoj motoriky ruky začíná pohyby horní končetiny, které vycházejí z kloubu ramenního a poté přecházejí k zápěstí až na prsty. (Šímíčková – Čížková, 2010)

Ve 3. měsíci se vytrácí úchopový reflex a otvírají se sevřené dlaně. Kojenec fixuje předmět zrakem a snaží se ho uchopovat. Úchop je nedokonalý, ale uvědomělý. Mezi 3. a 6. měsícem dochází ke spontánním pohybům ruky. Jedna ruka uchopuje druhou ruku. Jedná se o hraní si s rukama. V 6. měsíci se objevuje úchop dlaňovitý. Některé publikace uvádějí hrabový úchop. Tzn., že dítě uchopuje předmět čtyřmi prsty kromě palce. Taky se vyvíjí cílené předávání a uchopování předmětu z ruky do ruky. Je to důležitý mezník v rozvoji manipulace s předměty. Úchop je cílený. V 9. měsíci nastupuje klešťový úchop. Projevuje se tak, že se do činnosti úchopu zapojí i palec, a tak dochází k uchopování předmětů mezi palcem a ukazovákem. Ve 12. měsíci je jemná motorika natolik rozvinutá, že kojenec své okolí ovládá za pomoci manipulace s předměty. (Šimíčková – Čížková, 2010)

Kojenci poskytujeme činnosti takové, které dávají dostatek podnětů pro péči a hru s horními končetinami. Musíme si dát pozor, abychom mu nenabízeli předměty pouze u jedné strany. To by vedlo k odsunutí jedné horní končetiny do pozadí a my potřebujeme symetrický vývoj končetin. Pro důkladnější vývoj jemné motoriky je vhodné umožnit poznávání různých materiálů, např. kousky látky sametu, manšestru, vlna, alobal, plastové, dřevěné, pěnové či gumové hračky. (Kiedroňová, 2013)

**Batolecí období**

Začíná se zdokonalovat koordinace oka a ruky. Manipulace s předměty má již nějaký účel. Uvedeme si příklad postupného zdokonalování jemné motoriky při hře s kostkami. V 15. měsících dítko postaví na sebe dvě kostky, v 18. měsících dá na sebe tři kostky, ve 2. roku dítě postaví na sebe až 6 kostech a kolem 3. roku už dokáže postavit mosty a věže z kostek. Dále batole dělá velké pokroky v oblasti sebeobsluhy. Postupně se učí manipulovat se lžící, pít z hrnečku až nakonec se nají samo. Zdokonalují se činnosti, které jsou spojené s oblékáním, svlékáním a obouváním. Zvládne i zapínání a rozepínání knoflíků. Objevují se počátky kreslení. Prozatím se jedná o nepřesné čmárání tužkou po papíře a až později můžeme mluvit o kresbě. (Opatřilová, 2010)

**Předškolní období**

Opět v tomhle období můžeme spatřit zpomalení vývoje. Vývoj jemné motoriky je souvislý a koordinovanější. Pohyby dětí v předškolním věku jsou čipernější a plynulejší. Pro zdokonalení jemné motoriky hraje velkou roli výběr manuální činnosti (může se jednat o pomoc při vaření, úklidu v domácnosti, ale i o modelování, stříhání nůžkami, stavění stavebnice, kreslení). Důležité je, abychom vybrali správné hračky pro hru a další činnosti, které dítko můžou ve vývoji posunout kupředu. Dochází ke zpřesnění senzomotorické koordinace, která se projevuje především v sebeobsluze – zavazování tkaniček, oblékání a svlékání oděvu. A naposledy zmíníme dokončení vyhranění laterality (souhra dominantního orgánu ruka – oko). Nastává okolo 4. roku dítěte. (Opatřilová, 2010) Ukončuje se obouruční práce. Převažující ruka je způsobena nadvládou jedné mozkové hemisféry nad tou druhou. Pokud se stále objevuje práce obou rukou a neprokazuje se dominance ruky, tak mluvíme o nevyhraněné lateralitě, tedy o ambidextrii. (Šimíčková-Čížková, 2010)

# Diagnostika hrubé a jemné motoriky

Diagnostikování motoriky ve speciální pedagogice zastává velmi důležité postavení vzhledem k vytyčení vývojové úrovně jedinců s postižením. Při diagnostice je podstatné si uvědomit, že motorika u dětí s postižením má určité neobvyklosti, které mají souvislost s daným typem postižení. U tělesného postižení se nejčastěji jedná o deformace, amputace centrální a periferní obrny a taky DMO. Odchylky motoriky se zpravidla projeví v koordinaci pohybů, v síle, obratnosti, rychlosti a v hybnosti končetin. Jedna z hlavních zásad pro správné diagnostikování je, abychom znali náležitý vývoj dítěte. (Pipeková, 1998; Renotiérová, 2002)

**Hrubá motorika**

Opatřilová (2010) píše ve své publikaci o tom, že v období kojence a batolete diagnostika z větší části vychází z vývojových škál. Dále uvádí, jak je důležité rozvíjet a podporovat motoriku, protože díky lepším možnostem pohybu dochází ke zlepšení psychiky. Motorický vývoj ukazuje na způsobilost dítěte se pohybovat a ovládat části svého těla. Postup motorického vývoje se odráží na základě dědičných faktorů, vyzrálosti mozku, smyslovém vnímání a na množství svalových vláken. Screeningové vyšetření posuzuje pouze aktuální stav a výkon dítěte a taky postižení nebo opoždění ve vývoji hrubé motoriky.

Diagnostika hrubé motoriky je zásadní z toho důvodu, abychom věděli, jaké opatření je důležité dodržovat při fyzickém zatěžování a polohování dítěte. Měli bychom dokázat rozpoznat, zda se u dítka jedná o pohyby účelné či mimovolní. Může se ve většině případů, díky danému typu postižení, jednat o stereotypní pohyby než o nějaké účelné pohyby. (Opatřilová in Opatřilová, Zámečníková, 2008)

Při samotném posuzování motoriky bychom si měli především všímat pěti základních znaků. Prve se jedná o pohyby dítka (účelné – neúčelné, volní – mimovolní, správné – nesprávné), znaky pohybů (přesnost a rozsah, rychlost, tempo, síla a dynamika, koordinace, schopnost či neschopnost pohyby napodobit), pohybové paměti (schopnost pohybů s básničkami nebo hudbou), přítomnost stereotypů a naposled, zda je přítomna vědomost provádění pohybů. (Opatřilová, 2010)

Také pozorujeme další vzácnosti, které by nás mohly upozornit na problém v oblasti hrubé motoriky. Jedná se o to, jakým způsobem se dítě přetáčí a otáčí, zda jsou přítomny spasmy, jak dobrá je koordinace chůze, polohy dítěte, sedu v různých polohách, a také jak je dítko unavitelné při činnostech. (Opatřilová, 2010)

**Jemná motorika**

Tak jak ve všech oblastech rozvoje u dítěte, tak i při rozvoji jemné motoriky je potřeba mít správně dítko diagnostikované, aby se co nejdříve mohlo začít s intervencí. Zásadní je, aby dítě nevědělo, že je vyšetřováno, abychom nevytvářeli atmosféru, kdy je neustále zkoumáno a posuzováno. Vždy musíme zvolit takovou aktivitu, která nenavodí diagnostické prostředí a stále se snažit pohybovat v přirozeném prostředí, ve kterém se dítě nachází. Při diagnostických činnostech musíme vycházet z vlastních vědomostí a poznatků, ale i z názorů dalších odborníků. Všímáme si čtyř základních hledisek: vývoj motoriky (opožděný, normální, patologický), opoždění vývoje motoriky (lehké, střední, těžké), koordinované pohyby (narušené, nekoordinované) a hlediska výkonu. V dnešní době se diagnostikou zabývá ergoterapeut, speciální pedagog a v některých případech rehabilitační pracovník. Pro představu zmíníme některé zkoušky na vyšetření koordinace a rychlosti pohybů horních končetin. Poppelreuterova zkouška, Dexterimetr, Šrouby, Walterova zkouška. (Opatřilová in Opatřilová, Zámečníková, 2008)

V Poppelreuterově zkoušce je nachystána deska, která je obdélníkového tvaru a je rozdělena na polovinu. Úkolem téhle zkoušky je přemístit levou i pravou horní končetinou 48 cihliček z jednoho pole do druhého pole. Při přemísťovaní cihliček se měří čas. U Dexterimetru se jedná o dvacetkrát ohnutý ocelový drát, který je uchycený na kovovém podstavci. Na něm se nachází 55 kovových kroužků, jenž se musí přesunout z jednoho konce na druhý. Z toho plyne, jaká je obratnost prstů. Šrouby mají dvě desky s 28 otvory. V nich se nachází 28 šroubů a matic a úkolem je z jedné desky šrouby odšroubovat a na desku druhou přešroubovat. A jako poslední zmíněná zkouška je Walterova, která má dvě desky se 41 kruhovými prohloubeninami. Jedna deska je vyplněna válečky. Úkolem je přemístit válečky do prohlubenin, které se nachází na druhé desce, za co nejkratší časové rozmezí. (Opatřilová, 2004)

Ve speciální pedagogice se nejvíce zaměřuje na pět primárních oblastí. Jedná se o celkovou hybnost a výkonnost ruky, zhodnocení práce ruky v ergoterapii, úchop, pohyblivost prstů a lateralitu. (Svobodová, 1997 in Opatřilová, Zámečníková, 2010)

Mezi další důležité faktory v diagnostice jemné motoriky patří posouzení způsobů a možností úchopu. Kupříkladu Pfeiffer (1993) člení úchopy na statické a dynamické a pokračuje na primární (úchop bez dopomoci), sekundární (náhradní formou), terciární (technické pomůcky). (Opatřilová in Opatřilová, Zámečníková, 2008)

# Aktivity pro rozvoj motoriky

V následující podkapitole zmíníme přehled možných aktivit, které jsou zásadní při rozvoji jemné a hrubé motoriky. Ačkoli jsme si vědomi množství aktivit v této oblasti (Orofaciální stimulace, Bobath kocenpt, Vojtova metoda a Koncept Castillo Moralese, Ergoterapie, Handling), zaměříme se na ty, které se v praxi ukazují jako nejčastěji využívány. Bude se jednat o Bazální stimulaci, Program Portage, Míčkování a Baby masáže.

## Koncept Bazální stimulace®

Bazální stimulace® je pedagogicko-psychologická činnost, která je stanovena osobám s poruchou vnímání, hybnosti nebo komunikace, kterým jejich postižení neumožňuje samostatně si zaopatřit dostatečný přísun podnětů, které jsou podmiňující pro jejich vývoj. Vychází ze základu, že každý jednotlivec má kapacitu k tomu, aby se rozvíjel, a je-li mu nabídnuta určitá řada stimulů, může z nich mít zisk. Hlavním cílem bazální stimulace je efektivně využít doposud získané schopnosti jedince k nácviku a realizaci hlavních sebeobslužných, komunikačních a společenských obratností. (Friedlová, 2005)

Friedlová (2013) podotýká, že každý člověk vnímá pomocí smyslů, které se rozvíjí již v embryonálním období a jsou od narození až do smrti nenahraditelné. Smysly nám umožňují vnímat sebe sama a naše okolí. Díky možnosti vnímat se dokážeme pohybovat a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace na sebe vzájemně působí. Vnímání zprostředkovává pohyb a naproti tomu komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. „Koncept Bazální stimulace® podporuje percepci, lokomoci a komunikaci.“ Friedlová (2013, str. 2) Mezi základní prvky se tedy řadí vnímání, pohyb a komunikace. Bazální stimulace® uznává různé vývojové stupně vnímání, ve kterých se momentálně člověk nachází. Nejvýraznější podněty k vnímání dostáváme v oblasti vibrační, somatické a vestibulární. (Friedlová, 2013)

Koncept Bazální stimulace® pracuje s pěti základními a stěžejními prvky. Jedná se o doteky, komunikaci, somatickou stimulaci, vestibulární stimulaci a vibrační stimulaci. Bazální stimulace vlastní i prvky nástavbové a těmi jsou: optická stimulace, auditativní stimulace, taktilně-haptická stimulace, olfaktorická stimulace a orální stimulace. (Friedlová, 2013)

Somatická stimulace zahrnuje celkovou tělesnou koupel, zklidňující koupel, povzbuzující koupel, neurofyziologickou koupel. Dále sem patří polohování. Máme dva typy polohování podle konceptu a to: poloha mumie a poloha hnízdo. Všechny uvedené stimulace a polohy vedou k relaxaci a uvědomění si celého těla klienta, v našem případě dítěte, a dítě by v dané poloze mělo setrvat pouze 2-3 hodiny. Taky zmíníme masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání. Pracuje s předem určenými hmaty, aby docházelo ke správnému provedení. Masáže jsou důležité pro klidné, pravidelné a hluboké dýchání. Vestibulární stimulace vede k dokonalejší funkci rovnovážného ústrojí a taky k lepší orientaci v prostoru a vnímání pohybu. A poslední je stimulace vibrační. Cílem je získat co nejvíce možných podnětů pro stimulaci receptorů, které se nacházejí na kůži. (Friedlová, 2013)

## Program Portage

Mluvíme o programu, který má v popředí hlavní myšlenku vedoucí k podpoře vývoje dítěte. Funguje na principu učení, behaviorální terapii, nácviku nových dovedností a aktivizaci oslabených schopností. Především se u dítěte podporuje jemná a hrubá motorika, psychomotorický vývoj, rozvoj řeči, sebeobsluha, vědomosti a socializace. Služba vznikala jak pilotní verze, než došlo k prozření společnosti a odborníků, že je velmi důležité, aby se poskytovala podpora a pomoc ve vývoji dítěte již od narození. Pilotní verze fungovala 6 měsíců. Po dobu šesti měsíců se prokázala efektivita, a tak postupně vznikalo sjednocení mezi rodiči a odborníky v péči o děti s postižením. (dostupné z: <http://www.portage.org.uk/services>) V České republice tento program zpravidla zajišťují Střediska rané péče. Služba probíhá v několika krocích. Prvně dochází ke komplexnímu posouzení dítěte a následnému sestavení cíle a programu. Poté již poradce navštěvuje rodinu a k posouzení stavu dochází jen na základě tabulky, kterou vyplňují rodiče. Program Portage obzvláště klade důraz na individualitu a potřeby dítěte.

## Míčková terapie

Míčková terapie je podle Jakobové (2011) masážní metoda, která zajišťuje facilitaci nádechu a inhibuje výdech. Za pomoci relaxace protahuje břišní, hrudní, krční, pánevní svaly, svaly páteře a pletence ramenního. Pozitivně působí na hladké svalstvo průdušek, uvolňuje spasmy a pomáhá při vykašlávání. Prohlubuje dýchání a snižuje jeho frekvenci. Účinek působící na svaly kosterní podporuje správné držení těla a povzbuzuje celý organismus, zdokonaluje koordinaci pohybu a také zlepšuje pohyblivost a pružnost hrudníku a páteře. Míčková terapie se používá pouze jako terapie doplňující.

Uvedená metoda, provádějící se ve většině případů pomocí dvou molitanových míčků, zejména přispívá k pocitu volného a snadného dýchání. Napomáhá práci hladkého svalstva průdušek, uvolňuje jejich napětí a taky umožňuje vykašlávání. Díky této metodě se prohloubí dýchání a sníží se dechová frekvence. (Jebavá, 2009)

Jako u všech zmíněných metod, tak i u Míčkové terapie, je důležitá pravidelnost. V praxi tahle metoda probíhá tak, že jsou cíleně vyhledána bolestivá místa a tlakem i tahem dojde k jejich uvolnění. Nejedná se o povrchovou masáž, ale o reflexní působení. (dostupné z: <http://www.masaze-perla.cz/terapie/mickova-facilitace/>)

## Baby masáže

Struktura Baby masáže spočívá ve velmi jemném a citlivém masírování dítěte. Dochází ke stimulování a zlepšení krevního systému, a tudíž se ovlivňuje činnost veškerých orgánů. Tato technika má pozitivní účinek na svalstvo, na zpevnění, uvolnění a koordinaci pohybů. Díky pravidelnosti masáží dochází ke zlepšení spánku a baby koliky. Jedná se o individuální přístup, který akceptuje potřeby a potíže dítěte a rodiče, a tedy díky tomu může terapeut zapracovat na jejich doplnění či odstranění. (dostupné z: <http://www.masaze-rehabilitace-praha.cz/kojenecka-masaz-baby>) Dítě jako první ke komunikaci se svým okolí používá hmat. Díky hmatu a dotekům dochází k vytvoření pevného pouta mezi dítětem a rodičem. V baby masážích je důležitá technika skin to skin (kůže na kůži), která zajišťuje posílení imunity a tedy zdravý vývoj dítěte. Je vhodné začít s touto masáží co nejdříve. Mezi další účinky Baby masáže patří navázaní neverbální komunikace mezi rodičem a dítkem, naučení se relaxovat a lépe se soustředit. Děti, které pravidelně dostávají masáž, lépe usínají a spí. Taky je prokázáno, že dochází k částečnému odstranění traumata z porodu, především tedy po těžkém porodu. Literatura uvádí, že s technikou lze začít již od 6. týdne života dítěte. (Dostupné z: <http://vladkahlavsova.cz/baby-masaz>)

### TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

Renotiérová (2003, s. 29) charakterizuje tělesné postižení následovně: „Za tělesné postižení jsou nejčastěji považovány přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony.“ Renotiérová(2003, s. 29) dále také uvádí: „Příčinou bývají změny na pohybovém aparátu týkající se kostí, kloubů i měkkých tkání. Vznikají na základě dědičnosti, nemocí nebo úrazem.“

Jankovský (2005) označuje tělesné postižení za velmi rozsáhlý pojem. Za tělesné postižení vyznačuje v obecné rovině takové, které se projevuje prozatímními nebo stálými problémy v motorických předpokladech člověka. Jsou to zejména poruchy nervového systému, pokud mají za následek poruchu hybnosti, může jít i o poruchy pohybového a nosného aparátu. Mezi příčiny vzniku tělesného postižení můžeme podle Renotiérové počítat dědičnost, nemoc nebo úraz. (Renotiérová in Renotiérová, Ludíková, 2004)

Poškození motorického výkonu má záporný vliv na tělesný, smyslový i rozumový vývoj dítěte. Co se týče tělesné stránky, tak dochází ke slábnutí svalů a mizení funkce svalů. Po stránce smyslové a rozumové se objevuje snížení přísunu nových poznatků, neboť dítko s poruchou hybnosti se nemůže v plném rozsahu pohybovat a poznávat okolí. Děti s tělesným postižením již od raného věku pozorují určitá omezení, které jim jejich postižení přináší. Můžou je například pozorovat v oblasti hry, sebeobsluhy. (Renotiérová, Ludíková, 2006)

# Klasifikace tělesného postižení

Kopecká (in Čadová 2012) uvádí několik různých dělení:

1. Druh postižení
2. Doba vzniku – vrozená a získaná tělesná postižení
3. Místo postižení – centrální a periferní obrny, deformace, malformace a amputace
4. Stupeň postižení

Budeme se držet klasifikace podle Renotiérové (2006), která člení tělesné postižení na vrozené a získané.

## Vrozená tělesná postižení

„Vrozené vady vznikají poruchou vývoje zárodku zpravidla během prvních týdnů těhotenství. Etiologicky se na jejich vzniku může podílet řada faktorů, působících v době prenatální, perinatální a raně postnatální.“ uvádí Renotiérová (2003, s. 30) Nejčastěji vyskytované vady jsou:

**Vrozené vady lebky a páteře**

Poruchy tvaru lebky:

* Brachycefalie (zploštělá hlava jako následek předčasného uzávěru obou koronárních švů)
* Skafocefalie (zúžený, prodloužený tvar lebky jako důsledek předčasného uzávěru šípového švu)
* Trigonocefalie (trojúhelníková deformace dělí části lebky působením předčasného uzávěru frontálního švu)
* Turicefalie (věžovitá deformace lebky při předčasném uzávěru všech švů)
* Plagiocefalie (jednostranně deformovaná lebka při předčasném jednostranném uzávěru věncového švu). (Renotiérová, 2003)

Porucha velikosti lebky:

* Makrocefalus (nadměrná velikost hlavy)
* Hydrocefalus (neúměrnost mezi produkcí a vstřebáváním mozkomíšního moku.)
* Mikrocefalus (následek různých genetických odchylek, nebo jako faktor těžkého poškození mozku po prodělání nitroděložní intoxikace nebo zánětu v souvislosti s různými systémovými, endokrinními a metabolickými nemocemi). ( Renotiérová, 2003)

**Vrozené vady končetin a růstové odchylky:**

* Amélie (kompletní nevyvinutí končetin)
* Dysmélie (tvarová vývojová odlišnost končetin)
* Fokomélie (chybějící paže a předloktí, dolní končetiny)
* Arachnodaktylie (mimořádně dlouhé a tenké prsty)
* Syndaktylie (srůsty prstů na horních či dolních končetinách)
* Polydaktylie (zmnožení prstů na horních či dolních končetinách)
* Vrozená kososvislá noha (ve většině případů jako přidružená vada při rozštěpu páteře)
* Luxace (kloubní hlavice trvale stranou jamky)
* Gigantismus (obrovský vzrůst díky zvýšené činnosti hypofýzy)
* Nanismus (trpasličí vzrůst, nedostatek růstového hormonu). (Renotiérová, 2003)

**Centrální a periferní obrny**

Jankovský (2005) klasifikuje obrnu podle lokalizace na monoparézu (postižena je pouze jedna končetina), hemiparézu (postižení pravé nebo levé poloviny těla včetně obličeje), kvadruparézu (postižení všech končetin) a diparézu (spasticita dolních končetin). Stejně jako parézy se také dělí plegie na kvadruplegii, monoplegii, hemiplegii a diplegii, ale postižené části zůstávají identické jako u paréz.

Jedná se mozkové pohybové postižení na základě senzomotorického poškození držení a pohybu, které vzniklo při zrání a vývoji mozku. Současně může být poškozeno smyslové vnímání, svalové napětí, koordinace svalů i mentální kapacita. Mezi nejčastější obrnu, která je popisována se řadí, Dětská mozková obrna neboli DMO. Vymezuje se jako porucha hybnosti a vývoje hybnosti na podkladě poškození raného mozku v prenatálním, perinatálním, postnatálním období anebo vznik do jednoho roku od narození dítěte. Děti s DMO mají nejen potíže s hybností, ale i v oblasti řeči, rozumových schopností, psychomotoriky. Objevují se i epileptické záchvaty, napětí a nepokoj. DMO členíme na formy spastické (forma diparetická, diparetická paukospastická, hemiparetická, oboustranně hemiparetická, kvadruparetická) a nespastické (forma dyskinetická a hypotonická). (Renotiérová, 2006)

Vítková (2006) popisuje doprovodné projevy DMO, jako je celková neobratnost těla, která nejvíce zasahuje do jemné motoriky. Dítě s DMO se vyvíjí nerovnoměrně, může být doprovázeno zvýšenou pohyblivostí a neklidem, dítko může být nesoustředěné. Často se projevuje malou představivostí, impulzivností a rychle se střídajícími náladami.

Vítková (in Valenta, 2014) ve své publikaci uvádí nový termín pro dětskou mozkovou obrnu (DMO), který se vymezuje v MKN-10 jako mozková obrna.

**Malformace**

Malformaci považujeme za patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji se jedná o končetiny. Pokud je chybění končetiny částečné, tak nazýváme tento stav jako amelii, dalším typem je fokomelie, tzn., že končetina navazuje přímo na trup a posledním typem malformace je mikromelie, tj. neúměrně krátké končetiny. (Kopecká in Čadová 2012)

## Získaná tělesná postižení po nemoci

**Deformace**

Renotiérová (2006) píše o deformitách vyznačujících se charakteristickým neobyčejným tvarem některé části těla kvůli nevhodnému držení těla. Jsou to vady stálé a trvalé. Příčinou může být růst, dědičnost, výživa, nerovnoměrnost ve vývoji a růstu dítka, vliv prostředí, nedostatek pohybu, obezita a předčasné posazování kojence. Mezi deformace řadíme hyperlordózu, hrudní kyfózu, ploché záda a bederní lordózu. Za vadné držení těla považujeme všechny odchylky od správného držení, které již nelze aktivním úsilím svalovou činností vyrovnat.

**Myopatie (progresivní svalová dystrofie)**

Příčinnou svalové dystrofie je poranění svalového vlákna, které postihuje jen příčně pruhované svalstvo. Může vzniknout díky genetickým dispozicím k tomuto onemocnění nebo úrazy, záněty, intoxikací, nádory. Na podkladě těchto příčin dochází k postupnému degenerování svalových vláken, ta se následně změní ve zcela disfunkční vazivovou a tukovou tkáň. (srov. Vítková, M. 2004; Opatřilová, 2006)

## Tělesná postižení po úraze

**Úrazové onemocnění mozku a míchy**

* Otřes mozku (komoce) – tupý náraz na lebku.
* Zhmoždění mozku (kontuze) – intenzivní zevní násilí
* Zlomeniny obratlů (Renotiérová, 2003)

**Úrazové poškození periferních nervů**:

* Neuropraxis – přechodná funkční blokáda
* Axonotmesis – těžší stupeň úrazového poškození, vznik  přerušení jednotnosti axonů.
* Neurormesis – nejtěžší stupeň poškození periferního nervu.
* Obrna pažní pleteně – důsledek přímého poranění nervové pleteně tlakem nebo tahem při problémově probíhajícím porodu. (Renotiérová, 2003)

**Amputace:**

Amputaci vymezujeme jako umělé oddělení části či celé končetiny od ostatního organismu. Čím dříve je dítě úrazem zasaženo, tím lépe se vyrovnává s jeho následky. Následkem amputací je anatomická i funkční ztráta, ale také především kosmetická vada. (Renotiérová, 2006)

K amputaci může docházet po cévních onemocněních, zhoubných nádorech a infekcích. (Kopecká in Čadová 2012)

* Exartikulace (amputace přímo v kloubu)
* Amputace primární (dochází při nebo těsně po úrazu)
* Amputace sekundární (dochází po určité době od úrazu či vzniku nemoci)
* Amputace terciární (po důkladné úvaze kdykoliv později). (Renotiérová, 2003)

### RANÁ PÉČE

# Vymezení rané péče

Dle § 54 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách definujeme ranou péči takto: „ Raná péče je 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.“

Služba rané péče z § 54 zákona 108/2006 Sb. zahrnuje i základní činnosti, a to: „1. výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, 2. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, 3. sociálně terapeutické činnosti a za 4. pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“

Obvykle je u nás oddělen medicínský úsek, kdy se hovoří o „včasné terapii (fyzioterapii, medikamentózní terapii, terapie zaměstnáváním)“ (Vítková, M. 2006, s. 130) a úsek pedagogický, kde se setkáváme s pojmy včasná intervence, včasná podpora či raná intervence, raná podpora a v poslední době se stabilizoval pojem raná péče (Vítková, M. 2006). Všechna výše představená označení pokrývají společné působení, kterým rozumíme stanovený systém programů a služeb poskytovaných dětem raného věku se zdravotním postižením, dětem s předpoklady rizikového vývoje a jejich rodinám. Cílem je snížit či odstranit následky postižení, předcházet vzniku postižení a opatřit rodině i dítěti veškeré zapojení do společnosti. Služby rané péče mají umožňovat rozvoj vývojové úrovně dítěte v takových oblastech, ve kterých je jejich postižení je ohrožuje, a to od rozpoznání rizika do doby, kdy dítě vstupuje do vzdělávací instituce. (Hradilková, Jabůrková, Vachulová, 1998 in Společnost pro ranou péči 2006)

# Vznik rané péče v ČR

**V České republice se vývoj rané péče tvořil jinými způsoby než v zemích západní Evropy. Rozdíly** vyplývaly zejména z lišících se společenských i politických poměrů před rokem 1989. Jak u nás, tak i v jiných zemích žila řada rodin, kterým se narodilo dítě s postižením. Bohužel dříve nikdo tuhle situace neřešil a děti s postižením zůstaly v ústavech sociální péče. Rodiče byli ve většině případů ujišťováni, že ústavní péče je pro jejich dítě nejlepší.

I když byla odbornost lidí pohybujících se okolo dětí s postižením v podstatě stejná jako v zahraničí, tak další podmínky nebyly uzpůsobeny. Libovolné aktivity orientované k prosazování legitimních jedinců u nás byly vnímány jako nevídané až podezřelé. Podněty směřující ke změnám ve sféře péče o děti s postižením přicházely především z řad odborníků – zejména od speciálních pedagogů, kteří se problematice dětí s postižením v raném věku věnovali. Poradenství a podpora pro rodiče dětí v raném věku se postupně rozmáhaly. Díky určitým zkušenostem z praxe se začala rozšiřovat komplexní služba, která plnila nejen potřeby dítěte s postižením, ale zaměřila se také na potřeby ostatních členů rodiny. Postupem času se začali ozývat rodiče, kteří chtěli svá dítka s postižením vychovávat sami a v domácím prostředí. Především v zemích západní Evropy rodiče dětí s postižením začali vytvářet skupiny, které chtěly dosáhnout změn umožňujících podporu a výchovu dětí v domácí péči bez ohledu na postižení dítěte. (dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rana-pece/vznik-a-vyvoj-rane-pece-u-nas.shtml>)

Raná péče u nás se začala postupně vyvíjet již od poloviny osmdesátých let, a to zejména pro děti se zrakovým a kombinovaným postižením. Počátky poskytování služeb rané péče nebyly u rodičů, jak se dá předpokládat, ba naopak, prvotní impulzy pochází z dobrovolnické práce profesionálů, kteří se ve své praxi setkávali s dětmi i dospělými lidmi se zrakovým postižením. Při téhle práci pochopili, co všechno bylo ve vzdělávání dětí zanedbáno, o kolik možností přišly a kde jinde by se mohly nacházet v jejich dalších životech, kdyby jim byla věnována pomoc a péče již od raného věku. Díky tomu byla položena základní báze poskytování služeb rané péče vůbec, kdy poradci vyráželi z totožného místa do svěřených rodin. Postupem času poradci začali pracovat jako tým a také služby se začaly orientovat na celou rodinu dítěte. (Hradilková in Jesenský, 2002)

# Cíle a služby rané péče

Cílem rané péče je „Předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Služby rané péče mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení do přijetí dítěte vzdělávací institucí tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou ohroženy faktory biologickými, sociálními a psychologickými.“ (Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html>)

Cílem rané péče je dle Hradilkové (in Společnost pro ranou péči 2006) také prevence postižení, odstranění nebo zmírnění jeho následků a poskytnutí rodině, dítěti i společnosti dispozice sociální integrace.

Středisko rané péče EDUCO Zlín z.s. ve svém aktuálním propagačním letáčku píše o několika svých hlavních cílech: provázení rodiny po dobu nepříznivého stavu, pomoci při vyrovnávání se s nelehkým úkolem, který přineslo postižení jejich dítěte, umožnit službu v přirozeném domácím prostředí, poskytnout pomoc v oblasti sociální, právní i školní, vést rodinu k samostatnosti nejen v dalším rozhodování, podporovat vývoj dítěte v oblastech, v nichž je postiženo či ohroženo a jako poslední cíl je stanoven v informovanosti o službě rané péče.

Mezi služby, které raná péče poskytuje, se řadí: veškerá podpora rodiny a podpora vývoje dítka v nepříhodné situaci, poskytování konzultací v rodině, předání praktických a teoretických rad v oblasti hry, komunikace a práce s dítětem, zapůjčení didaktických a stimulačních pomůcek, hraček a odborné literatury, podpora a pomoc v sociálně – právní oblasti, pomoc při jednání s úřady, obstarání kontaktů na další přední odborníky v potřebných oblastech ve vývoji dítěte, specializované přednášky a semináře jak pro rodinu tak i pro širokou veřejnost a umožnění setkávání s ostatními rodinami. (dostupné z: <http://www.ranapecezlin.cz/>)

Valenta a Müller (2003, s. 253) představují, co všechno by služby a programy rané péče měly obsahovat:

* „Včasnou diagnostiku dítěte
* Včasnou rehabilitaci a stimulaci dítěte
* Poradenství a vzdělávání pro rodiče
* Půjčování pomůcek a odborné literatury
* Terénní práci v rodině
* Zapojení rodičů do systému ucelené rehabilitace
* Respitní pomoc rodinám
* Instruktáže a zácvik dalších pracovníků pomáhajících profesí
* Tranzit dítěte do výchovně – vzdělávacího systému“.

# Principy rané péče

Aby se zachovala kvalita a efektivita poskytování služeb rané péče, tak si každé středisko vypracovalo principy vycházející ze standardů kvality sociálních služeb a z humanistických přístupů k člověku. Poradci jsou povinni dodržovat tyhle principy:

- Princip důstojnosti - Akceptování individuality dítěte – jeho sociální, kulturní i výchovné neobvyklosti. Důležité je jednání s rodinou i dítětem dle zásad partnerství.

- Princip ochrany soukromí klienta - Pracovník rané péče v domácím prostředí vstupuje pouze tam, kam je mu to rodinou povoleno, informace a dokumentace klienta jsou důvěrné a nesmí docházet bez jeho souhlasu ke zveřejnění

- Princip zplnomocnění - Poradce musí respektovat rozhodnutí rodiny a dát jim dostatek informací, aby se mohla sama rozhodnout. Podstatné je vtáhnout rodinu do týmu v péči o dítě.

- Princip nezávislosti - Je naplněn tehdy, když rodina nepříznivou situaci zvládá sama a poradce rané péče pouze doprovází a podporuje. Rodina by se neměla stát závislou na pracovníku rané péče.

- Princip týmového přístupu a komplexnosti služeb – Důležitý přístup v péči o dítě s postižením. Při spolupráci všech odborníků, které dítě potřebuje, dochází k efektivnější intervenci.

- Princip přirozenosti prostředí - V tomhle případě je pro klienta přirozené prostředí v jeho rodině, tj. doma. Dítě se tady cítí přirozeně a bezpečně.

- Princip práva volby – Záleží na klientovi, zda nabízenou službu přijme či nepřijme. Klient je spoluúčastník při procesu rozhodování.

- Princip kontinuity péče – Spočívá v informovanosti o dalších návazných službách a jejich zprostředkování po ukončení služby rané péče. (Hradilková, in Jesenský, 2002)

### PRAKTICKÁ ČÁST

### SLUŽBY RANÉ PÉČE JAKO JEDNA Z DETERMINANT ROZVOJE MOTORIKY U DĚTÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

V teoretické části jsme se věnovali hrubé i jemné motorice a jejich rozvoji. Dále jsme si popsali charakteristiku tělesného postižení a přiblížili jsme si ranou péči. Poznání těchto oblastí je důležité pro praktickou část naší práce.

# Úvod do problematiky

Již v roce 1976 se odborníci zabývali určitou částí téhle problematiky. Byl založen Portage program ve Velké Británii. Jednou z oblastí, kterou se zabývá, je i rozvoj hrubé a jemné motoriky u dětí, a to nejen s tělesným postižením. Další části výzkumu jsou oblasti podpory rozvoje komunikace, hry, učení, vztah v rodině. Klade důraz na individualitu. O tuhle problematiku se zajímali odborníc ze zdravotnictví, školství a ze sociálních služeb. Po zjištění účinnosti tohohle programu vzniklo v roce 1983 NPA – Národní Portage asociace tak, aby docházelo k rozšíření působnosti Programu Portage. (dostupné z: <http://www.portage.org.uk/>)

Jako představitelku téhle problematiky u nás bychom zmínila Evu Kiedroňovou, která se zabývá zejména správnou manipulací a stimulací dítěte s ohledem na jeho psychomotorickou vyspělost. Za nejdůležitější faktory považuje zejména rozvíjející se osobnost dítěte, která poukazuje na možnosti v oblasti pohybu a řeči. Díky pohybu a řeči jsou stimulovány další sféry, například rozvoj jemné a hrubé motoriky, ale i smyslové orgány. Ve svých publikacích uvádí správné hmaty a úchopy v manipulaci s dítětem, které prospívají dítěti a dochází ke vhodnému rozvoji motoriky. Mezi složky psychomotorického vývoje řadí: sluchové a zrakové vnímání, sociální a citový vývoj, motoriku, rozumový vývoj, vertikalizaci, řeč a podporu zad a bříška. (Kiedroňová, 2013)

# Výzkumné cíle

Stanoveny byly tyto výzkumné cíle:

1. Analyzovat služby rané péče poskytované rodinám a dětem s tělesným postižením, včetně kvality vzájemné spolupráce.
2. Analyzovat aktivity rané péče, které podporují rozvoj motoriky dítěte s tělesným postižením.
3. Porovnat činnost poradny rané péče a střediska rané péče v otázce  poskytovaných služeb a aktivit směřujících k rozvoji motoriky dítěte s tělesným postižením.

# Výzkumné otázky

Na základě výzkumných cílů byly zformulovány tyto výzkumné otázky.

1. Které aktivity jsou nejčastěji využívány v rámci metody práce s dítětem s tělesným postižením při rozvoji jemné a hrubé motoriky?
2. Liší se metody pro rozvoj motoriky podle typu tělesného postižení?
3. Jaká je efektivita u daných metod pro rozvoj jemné a hrubé motoriky?
4. Dochází ke spolupráci mezi rodinou a službou rané péče?
5. Je rozdíl mezi činností poradny rané péče a střediska rané péče?

# Metodologie výzkumu

Pro výzkum v této práci jsme zvolili kvalitativní výzkum a metodu strukturovaný rozhovor. Jedná se o přímý kontakt s respondentem a odpovídání na předem připravené otázky. Otázky u obou respondentů byly stálé a neměnné. Otázky k rozhovoru byly vytvářeny na základě dané problematiky tohoto tématu.

Švaříček (in Švaříček, Šeďová, 2014) uvádí, že rozhovor se považuje za nejčastěji využívanou metodu pro sběr dat pro kvalitativní výzkum. Pro zkoumání jsou vybíráni respondenti určitého prostředí nebo určité skupiny, kteří se vyznačují nějakými společnými znaky a výsledným cílem je vyzískat shodné pochopení daného problému, a to za pomoci otevřených otázek. Účelem otevřených otázek je, že respondenti mohou poskytnout své pochopení a vysvětlit své jednání. Rozhovor z očí do očí se považuje za nástroj k získání hlubokého pochopení subjektivního názoru určitého jedince.

Respondenti byli vybíráni záměrným způsobem. Pro výzkum jsme potřebovali získat poradce rané péče, jejichž cílovou skupinou jsou rodiny s dětmi s tělesným postižením. Tahle cílová skupina byla důležitá, abychom mohli získat potřebné informace. Oslovili jsme 3 respondenty. Reakce dvou ze tří respondentů byla vstřícná a byli ochotni spolupracovat a zodpovědět na dané otázky. Třetí respondent reagoval negativně a stavěl se k práci odmítavě. Nepovažoval tuto bakalářskou práci za důležitou.

Pro spolupráci se rozhodla Poradna rané péče Uherské Hradiště patřící pod Diakonii ČCE – středisko CESTA, kterou vede PhDr. Stanislava Kebortová, a zodpověděla na dané otázky. A další respondent, který s námi spolupracoval, bylo Středisko rané péče EDUCO Zlín a odpovídala poradkyně Bc. Jana Čelůstková.

# Analýza získaných dat

Švaříček (in Švaříček, Šeďová, 2014) se ve své publikaci zmiňuje o vhodnosti přepsání celého rozhovoru, abychom získali vizualizaci dat a dokázali vytvořit sítě vztahů, kde se například mohou jednotlivé elementy doplňovat.

Výše uvedené myšlenky jsme se drželi a z toho důvodu jsme zanechali rozhovory v původním znění.

**Středisko rané péče EDUCO Zlín z.s.**

Odpovídá poradkyně rané péče Bc. Jana Čelůstková

1. **Můžete prosím stručně přiblížit svoji činnost?**

„Jsme registrovaná sociální služba. Jsme středisko rané péče pro děti s tělesným, kombinovaným postižením, pro děti s ohroženým vývojem. Máme i ve své cílové skupině děti s PAS od narození do 7 let. Naším regionem je celý Zlínský kraj a příhraniční oblasti Olomouckého kraje. Převážná část těch služeb či konzultací se uskutečňuje v terénu, takže 90% veškerých činností probíhá v domácím prostředí klientů a kromě domácích konzultací, které se zaměřují na podporu a pomoc celé rodině nejen dítěti s postižením, také nabízíme rodinám pomoc v oblasti sociálních věcí, zaškolování dětí do předškolního či školního zařízení, nabízíme doprovod na úřady při vyřizování různých záležitostí, zprostředkováváme kontakty na různé odborníky, ať už to jsou neurologové, logopedové, fyzioterapeuti. Máme teda svého spolupracujícího fyzioterapeuta, logopeda a psychologa, kteří jsou našimi přímými pracovníky, které jsme taky schopni vozit do rodin, do toho domácího prostředí, kde rodiny nemají možnosti za námi dojet ambulantně. Co se týká ambulantní služby, tak můžou rodiče využit ambulantní služby tady ve středisku, ale je to opravdu minimum konzultací. Jinak pořádáme různé semináře pro rodiče s pracovníky SPC, úřadu práce, pořádáme pro rodiče setkání s psychologem, setkání celých rodin s canisterapií, hipoterapií, chodíme plavat do Neky klubu. Celá služba rané péče je ze zákona zdarma, takže rodiče za to nic neplatí.“

1. **Kolik dětí s tělesným postižením tvoří Vaši klientelu? Kolik rodin s dítětem s tělesným postižením se na Vás ročně obrací?**

„To vám přesně neřeknu, protože nemáme děti jen s tělesným postižením. Většinou u toho tělesného postižení je ještě nějaké další postižení. My máme pár dětí s DMO, kde jde o tělesné postižení. Vím, že v současné době máme 2 děti se spinální svalovou dystrofií. To jsou děti, které jsou ležáci, jsou na dýchacím přístroji, jsou krmeni pegem, to jsou děti opravdu s tělesným postižením, ale ten přesný počet vám neřeknu. Ve většině případů máme děti s tělesným postižením, u kterých se nachází i mentální retardace, smyslové poruchy. Přijímáme klienty celoročně, pokud je volná kapacita. Kapacita u nás je 100 rodin, momentálně máme 99 klientských rodin, takže v momentě, kdy je kapacita naplněna musí přijít na řadu pořadník a rodiny musí čekat. Takže to přesné číslo Vám nejsem schopna říci. A musím říci, že v poslední době se ozývají rodiny s co nejmladšími dětmi. Když jsme začínali před 10 lety, tak to byly děti okolo 5. roku a teď to opravdu jsou i tříměsíční miminka, kdy ty děti ještě nechodí, nelezou, nejsou sice tělesně postižené, ale máme spoustu dětí, kde dochází k epileptickým záchvatům a díky tomu, ještě ve dvou letech nechodí, ale není tam žádné tělesné postižení, děti sice rehabilitují, ale zkušeností co máme, tak ty děti začnou chodit až ve 3. roku, nebo děti s Downovým syndromem, ty taky začnou chodit okolo 3. roku, když to dobře jde. Takže opravdu u nás je spíše to kombinované postižení.“

1. **Jaký způsob, ve většině případů, využívají rodiny, které mají dítě s tělesným postižením, aby Vás oslovily? Od koho na Vás získají kontakt?**

„Rodiny si ze zákona vyhledávat nesmíme, takže děláme takovou tu obrácenou depistáž, rozvážíme letáky do odborných ambulancí, k pediatrům vždycky jednou ročně, ti dostanou naše letáky, rodiny mohou získat kontakt od dětského lékaře, neurologa, případně spolupracujeme ve Zlíně s neonatologickou ambulancí na porodnici, takže už tam dostanou na nás kontakt, tam máme úzkou spolupráci s panem primářem i s vedoucí lékařkou neonatologické poradny. Rodiče si předávají kontakty na nás i mezi sebou, případně mohou získat kontakt na obcích, kde my už třeba dojíždíme, vědí o nás, protože si každoročně žádáme nějaké finanční prostředky, takže tam mají naše letáky a starostové ve Zlínském kraji jsou ochotní naše služby nabízet rodinám. Rodiče se na nás poté zpětně obrací telefonicky nebo e-mailem, samozřejmě kontakt na nás můžou získat i na našich webových stránkách. Kontakt od pediatrů je právě minimum, to je takový začarovaný kruh, teda my už tomu říkáme běh na dlouhou trať, podařilo se nám opakovaně dostat i na setkání pediatrů, co mívají 2x ročně a sjíždějí se pediatři z celého Zlínského kraje, opakovaně tam máme prezentační vstup, takže o nás opravdu vědí, opět dostanou i naše letáky, ale když přijde nová rodina, tak se vždycky ptáme, zda viděli náš letáček v ordinaci u pediatra, odpověď je, že neviděli. Když potom vezeme pediatrům další letáky a ptáme se, zda by to mohli dát do čekárny, tak řeknou, že zapomněli a mají to v šuplíku. To je prostě rok co rok pořád dokola. Když k nám přijdou z jedné obce či oblasti 2-3 rodiny, tak se zeptáme, zdali dostali kontakt od pediatra, odpověď je, ne nedostali, já se s jednou maminkou potkala tam a tam a ta mi dala kontakt na vás. Pediatři říkají, že toho mají mnoho. Opravdu je jich minimum od pediatra. Spíše se k nám dostávájí od odborných lékařů.“

1. **Jak zahajujete spolupráci mezi Vámi a rodinou s dítětem s tělesným postižením?**

„Musí se ozvat zákonný zástupce dítěte a musí o službu požádat. Prostě rodina musí být ta, která si o službu řekne, protože my jsme služba, která nabízí pomoc a podporu rodině, ale nemůžeme rodinu k tomu donutit. To říkám z toho důvodu, protože nás na některé rodiny upozornil OSPOD , ale my službu zahájit nemůžeme, rodina musí požádat sama. Takže rodina se ozve a my s nimi dojednáme první schůzku, které říkáme jednání se zájemcem o sociální službu, kdy se přitom jednání udělá sociální šetření, aby se zjistilo, zda vůbec rodina spadá do cílové skupiny, zda je tam ta potřeba i co se týká toho dítěte, aby využívali službu rané péče. Rodiče dostanou veškeré informace o tom, co můžou od naší služby získat. My od nich získáme informace, co rodina potřebuje a po té má rodina 30 dnů na rozhodnutí, jestli s námi uzavřou smlouvu či ne, některé rodiny ten čas na rozmyšlenou vezmou a někteří se při první schůzce ihned rozhodnou, podepíší smlouvu a služba se rozjede. Smlouva se podepisuje na základě standardů kvality sociálních služeb. Není potřeba žádného formuláře k žádosti o službu, stačí telefonicky, takže veškeré kontakty, jak telefonicky, tak i mailem či osobně musí být evidovány a bere se to jako první kontakt a po té se domlouvá jednání se zájemcem o sociální službu. Smlouva je podepisována s vedoucí střediska, určí se poradce, který bude do rodiny dojíždět a domluví se na první konzultaci. Od prvního kontaktu by do 14 dní mělo proběhnout jednání se zájemcem a poté by se měla do měsíce služba rozjet. Pokud tedy není nastaven pořadník. To se nám stalo 2x za těch 10 let, ale vždy se podařilo do 2-3 měsíců oslovit klienty z pořadníku. Ten čas dětem utíká, ale bohužel nemůžeme překročit kapacitu.“

1. **Dochází ke zpětné vazbě od rodiny a její následné spolupráce s poradnou rané péče? Řídí se rodina Vašimi doporučeními?**

„Určitě ano, pokud ta rodina chce spolupracovat. Nestalo se nám, že by nebyla žádná zpětná vazba. Zpětná vazba je vždycky na každé té konzultaci, kdy se vidíme s rodinou. Je to v jejich zájmu. Bereme rodiče jako členy týmu, když podepíšou smlouvu, tak oni si řídí tu službu. My se jim snažíme nabízet aktivity, všechno co lze s dítětem dělat. Vědí, že je to pouze nabídka, záleží na nich, zda toho využijí. Pokud ty rodiny o službu zažádají, tak se nám nestalo, že by nekomunikovali a akceptují to, co my jim nabízíme. V případě, že se jim něco nezdá, tak se snažíme hledat další možnosti. Třeba co se konkrétně týká toho tělesného postižení, masáží, RHB cvičení, to ještě konzultujeme s naším fyzioterapeutem. Takže vždy tam ta zpětná vazba je.“

1. **Jak často jste v přímém kontaktu s rodinou? Probíhá podpora dítěte a rodiny spíše terénní nebo ambulantní formou?**

„Probíhá spíše terénní formou. Ten základ setkávání je nastaven na 1x za 4 týdny, ale je tam rozmezí 4-8 týdnů, abychom respektovali i režim rodiny. Dítě může být nemocné, nebo se může stát cokoliv, co neumožní setkání. Četnost konzultací je nastavena 4-8 týdnů, většinou u těch opravdu malinkých dětí dodržujeme interval jednou za 4 týdny, interval se prodlužuje v době, kdy dítě nastupuje do MŠ a rodina si přeje zůstat ve službě, na 1x za 4-12 týdnů. Vždy tam zůstávají ty 4 týdny, bohužel nejsme schopni ten interval snížit vzhledem k počtu klientů. Na jednoho poradce vychází 25 klientů, takže ono to ani nejde. Zlínský kraj je opravdu obrovský, tak je složitější, aby se to všechno pokrylo. Ve standardech máme ještě nastaveno, že pokud by se rodina do 6 měsíců neozvala, tak potom by byla služba ukončena. Ale tohle to se nám taky zatím nestalo. Ke konzultaci dochází i telefonicky či mailem, pokud rodina odjede např. do lázní.“

1. **Která oblast v rozvoji u dítěte s tělesným postižením je pro Vás dominantní?**

„Při rozvoji dítěte se snažíme samozřejmě podporovat celý vývoj nejenom se zaměřovat na motoriku, ale když je tam opravdu závažné to tělesné postižení nebo je dominantní, tak hodně nabízíme takové ty aktivity především z oblasti hrubé motoriky a snažíme se v této fázi co nejvíce do toho zapojit naši fyzioterapeutku, cvičí Vojtovu metodu i Bobath koncept, pokud tam probíhají konzultace s tou rodinou i s tím fyzioterapeutem v nějakých pravidelných intervalech, tak potom podporujeme motoriku těma opravdu běžnými aktivitami na rozvoj jemné motoriky. Snažíme se motoriky držet trošičku víc, ale samozřejmě motorika se dá podporovat i v rámci sebeobsluhy, rozvoje řeči a navíc všichni naši poradci mají absolvovaný kurz Bazální stimulace, takže ten využíváme maximálně při všech konzultacích. Při bazální stimulaci se můžete věnovat od hlavy až k patě. Prostě úplně celého člověka.“

1. **Zaměřme se, prosím, na oblast rozvoje motoriky. Které metody k rozvoji motoriky dítěte s tělesným postižením využíváte? Liší se tyto metody v závislosti na typu tělesného postižení? Jaké další faktory hrají při výběru metody roli?**

„Jako prvotní základy se snažíme nabízet Bazální stimulaci, která je snad ta nejzákladnější a nejvíce frekventovaná metoda, která se dá použít opravdu u všech typů postižení jenom na to, aby si děti uvědomily své tělíčko. Takže v rámci bazální stimulace využíváme od těch nejmenších dětí i od těch těžkých tělesných postižení, jako je třeba spinální svalová atrofie. Využíváme všechny možnosti polohování, zklidňující a stimulujících masáží, to je pro nás stěžejní. Samozřejmě se nepleteme do Vojtovy metody, my tím, že máme opravdu výborného fyzioterapeuta, tak využíváme i jeho spolupráce, že nám dá podněty, že některé dítě potřebuje více stimulovat ruce, tak i tam se dá využít basální stimulace až k rozvoji jemné motoriky, grafomotoriky. Pro středisko rané péče máme stěžejní Program Portage, s touhle metodou máme velice dobré zkušenosti, program je rozdělen do 5 oblastí, které obsahují i motoriku. Je rozkrokována na takových hodně moc různých aktivit a metod. Portage má aktivity rozpracované i pro děti s těžkým postižením, není to jen tělesné postižení, ale i pro děti se středně těžkou a hlubokou mentální retardací, takže tam všude má motoriky své místo. Opravdu je motorika základ všeho. I s logopedem pracujeme na rozvoji motoriky, ať je to rozvoj orofaciální oblasti. Takže motorika se nám prolíná úplně všude. Záleží, zda rodina přijme to, co my jim nabídneme k rozvoji motoriky u jejich dítěte, jestli oni jsou schopni s tím pracovat. Ale máme dobré zkušenosti, maminky jsou schopné základní prvky bazální stimulace pochytit, dokonce i několik maminek prošlo kurzem bazální stimulace.“

1. **Je možné posoudit míru efektivity Vámi využívaných metod rozvoje motoriky? Vedete si v tomto kontextu dokumentaci, ze které by bylo možné efektivitu vyčíst?**

„Dokumentace je vedena. Z každé konzultace je veden zápis, kde je popsáno, jednak, co se rodině nabízí, co se v rodině řeší, je tam i kolonka, která se týká dítěte, kde se zapisují jeho pokroky, takže tam si docela člověk s velkým nadšením napíše např. Anička je na všech čtyřech a začíná lézt za hračkou. Takže pokud bychom prošli tuhle dokumentaci, tak bychom to tam nejspíš našli, ale nemáme to jako takhle vyhotovené, jenom co se týká motoriky. Posuny v oblasti motoriky jdou nejvíce vidět, to je to co vám rodiče řeknou jako první, dneska zvedl ruku a udělal papa, což je pokrok v motorice. Takže komplexně k motorice ne, ale ve spisech by to zpětně dohledat šlo. Když máte dítě v péči 5-6 let a přijde se s vámi rozloučit po svých nohách, tak tady jde asi nejvíce vidět efektivita, ale na tom mají především velkou zásluhu rodiče. My se s nimi vidíme jednou za měsíc, a pokud by se rodiče 30 dní 24 hodin v kuse o dítě nestarali, tak to tak není. Oni sice tvrdí, že by to bez naší pomoci nezvládli, ale já si myslím opak. Nemáme jen děti s tělesným postižením, takže jsme ani žádnou statistiku v tomhle směru nedělali.“

1. **Jaké další faktory by mohly, podle Vašeho názoru, ovlivnit rozvoj motoriky dítěte s tělesným postižením?**

„Zapojení nejbližšího okolí toho dítěte, všech těch příbuzných. My se taky snažíme, protože služba je nastavena pro celou rodinu, nevyčleňovat babičky, tety. Rodiče se snaží vždycky na začátku všechny, když přijedeme, uklidit někde do vedlejších pokojů, ale myslím, že ta maminka nezvládne vždy všechno sama. Jsme rádi, když je u konzultace tatínek, nabízíme právě konzultace i v odpoledních hodinách, aby se mohl zapojit, nebráníme se ani, aby tam byli i sourozenci, když jsou starší, můžou tímhle hodně pomoc. Při rozvoji motoriky, co se týká kompenzačních pomůcek, se snažíme rodinám pomáhat při hledání jak získat různé rehabilitační kočáry, tříkolky, vertikalizační stojan. S tím je spjato i nalezení nadace, která tohle uhradí, to nejsou věci levné, které by jim kdokoliv ihned dal. I to okolí je důležité. Momentálně taková čerstvá novinka, kdy charita nabídla peníze z tříkrálové sbírky do rodin, které potřebují nějakou pomůcku. Jedna maminka pro svoji 3letou holčičku, která jen leží, potřebovala plavání, tak jsme to zaplatili z těchto peněz. Důležitá je i hipoterapie a plavání.“

1. **Když dítě zahájí docházku do mateřské školy, či jiného zařízení, dochází ke spolupráci mezi Vámi a daným zařízením? Pokračují podle již nastaveného plánu a zavedeného způsobu práce?**

„Služba rané péče je nastavena zákonem pro rodinu. Samozřejmě nedržíme dítě doma až do jeho 7 let, snažíme se okolo toho 4. roku dítěte rodině nabídnout a zařadit dítě do předškolního vzdělávání k vrstevníkům. Ale co se týká spolupráce s tím zařízením, my nemůžeme zasahovat do výchovně – vzdělávacích plánů daných zařízení. Na druhou stranu jsme se opakovaně setkali s tím, že z důvodu toho, že nejsme školské zařízení, tak nejsme pro ně partnery. Takže je to tak, že co nabídneme rodině, tak jim řekneme, že je to pro ně, pro jejich domácí práci. Co oni si s tou aktivitou udělají dál, to už je pouze na nich. Pokud chtějí nějakou zprávu, poskytneme jim to přes rodiče. Ze zákona nesmíme předávat informace třetí osobě. Předáme dokumenty rodině a už záleží na ní, komu poskytne tyto informace. Chtěli jsme navázat tuhle spolupráci, bohužel jsme nebyli vyslyšeni. Nebráníme se téhle spolupráci, ale nemůžeme jít přímo do toho školského zařízení.“

1. **Měla byste o tento typ spolupráce zájem? Jaké jsou, podle Vás, výhody či nevýhody této spolupráce? Měla by vliv na další rozvoj dítěte?**

„Měli bychom zájem o takovou spolupráci jako středisko, není to jen věc naše, chtělo by to oboustranný zájem. Určitě by to výhody mělo především pro rozvoj dítěte. Pokud bychom mluvili o nevýhodách, tam by to bylo o dospělých, jde o to, že jak dítě nastoupí do MŠ, tak vždy s rodinou mluvíme o tom, aby si zejména oni korigovali aktivity, které dostávájí z MŠ a aktivity od nás jsou pouze nabídkou a jsou určeny pro práci na doma a to tedy většinou na víkend, aby dítě nebylo přetíženo.“

1. **Chtěla byste k tomuto tématu něco dodat nebo doplnit?**

„Myslím, že není potřeba.“

**Poradna rané péče Uherské Hradiště – Diakonie ČCE**

Odpovídá poradkyně rané péče PhDr. Stanislava Kebortová

1. **Můžete prosím stručně přiblížit svoji činnost?**

„Činnost jako poradce rané péče je komplexní záležitost. Poradce by vlastně měl v takovém optimálním případě fungovat jako průvodce rodiny, která se ocitá v určité mezní situaci a v rámci rané péče je to v době, kdy rodina zjistí, že jejich dítě a jeho zdravotní stav neodpovídá nadějím a snům, které měli o zdravém dítěti. Žádná rodina není připravená na příchod dítěte s postižením a proto taková ta důležitost anebo takové to základní poslání poradce rané péče je komplexní spolupráce s tou rodinou, podpora rodiny. V podstatě se jedná o průvodcovství, pomáhání na cestě, kterou rodina musí projít. Vše začíná první fází, kdy rodiče musí přijmout, že jejich dítě má nějakou diagnózu, a že bude potřebovat určitou pomoc. Takový ten první úkol poradce rané péče, když pominu, klasické přijímáni klienta, vyptávání, doptávání, je oficiální záležitost, kdy se na nás ten klient obrátí, my mu nastíníme, co pro něj můžeme udělat, jakým způsobem s ním můžeme pracovat. Tím už začíná naše práce a první co je v mém případě, rodinu zklidním a nastavíme si možnosti, které máme. Důležité je jim říci, co pro ně můžeme udělat, že je můžeme zkontaktovat na odborníky, že je můžeme vyslechnout, že je můžeme zkontaktovat s dalšími rodinami s podobným postižením, také jim můžeme ukázat možnosti čerpání sociálních dávek. Například u nás je hodně žádané, abychom jim poskytli kontakty na špičkové odborníky v České republice. Důležité pro rodinu je to, že nemusí obíhat kolečko od jednoho lékaře k druhému. Díky kontaktům, které jim poskytneme, se dostanou velmi rychle do správných rukou lékařů, ať už je to odborník na autismus nebo na operace či dokonce odborník na neurologii. Potom přichází na řadu mravenčí práce, která se odvíjí na základě individuálního cíle, který si vždy na začátku spolupráce s rodinou stanovíme a snažíme se ten cíl nějakým způsobem naplňovat. K tomu nám slouží jednotlivé intervence, kdy já do rodiny dojíždím a vždy si na začátku každé intervence říkáme, co chceme splnit a následně to provádíme. Jednou to může být ukázka podpůrných programů, jindy přivezu novou pomůcku či nové informace, jaké můžou čerpat dávky, je to o tzv. objednávce rodiny. Jednou za půl roku se s rodinnou sejdeme a ten cíl si vyhodnocujeme a zjišťujeme potřebnost toho, zda se ještě ve službě setrvat nebo jak nastavíme četnosti konzultací. Takže je to taková komplexní činnost a nazvala bych to jedním slovem: průvodcovství.“

1. **Kolik dětí s tělesným postižením tvoří Vaši klientelu? Kolik rodin s dítětem s tělesným postižením se na Vás ročně obrací?**

„Takže, jak už jsem v úvodu předeslala, my jsme malá poradna s tím, že máme v současné době 13 rodin. Naší cílovou skupinou jsou děti s kombinovaným postižením a děti s nerovnoměrným vývojem. Kromě dvou dětí s autismem, které tedy mají i somatické oslabení, jde o téměř vlastně 100% dětí s tělesným postižením v naší službě. V roce 2009, když jsme poradnu otevírali, tak jsme měli 5 rodin a ročně tak 2-3 rodiny spolupráci ukončí a 2-3 rodiny spolupráci začnou. Naše kapacita je tedy 13 rodin. Zatím se nám nestalo, že by nějaká rodina byla v pořadníku. Do loňského roku jsme měli pouze 5 rodin a v loni došlo k navýšení kapacity a tu jsme akorát krásně naplnili. Ale když vidím ten trend, tak očekávám, že kapacitu překročíme a rodiny budeme muset zařadit do pořadníku. V listopadu a v prosinci přibyly další dvě rodiny a už tedy máme kapacitu plnou.“

1. **Jaký způsob, ve většině případů, využívají rodiny, které mají dítě s tělesným postižením, aby Vás oslovily? Od koho na Vás získají kontakt?**

„Když jsme se momentálně rozšířili, tak hodně si informace předávají rodiny, které už u nás jako klienti prošli službou. Hodně se snažím zaměřit na webové stránky, naše středisko má ještě jednu službu, denní stacionář, a veškeré benefiční věci se dělají ve spojení s denním stacionářem. Teď jsme měli kloboukový ples, děláme aukční věci, kde se prodávají umělecká díla, měli jsme i nějaké golfové turnaje apod. Velkou podporu máme i v regionálním tisku, takže se o nás ví i tímto způsobem. Máme nové letáčky. A co tedy já považuji za důležité a co dělám v rámci jako poradce rané péče, tak si jednou za rok objíždím dětské lékaře a díky tomu, že jim vezu letáčky, hovoříme o naší službě. Snažím se dětským lékařům zprostředkovávat naši službu, protože si myslím, že ta cesta od dětského lékaře je k nám nejbližší. A pro mě je hodně důležité, aby se dítě s postižením či nějakým omezením k nám dostalo co nejdříve. A myslím, že i pro ty rodiny je důležité, aby se k těm informacím dostali co nejdříve. Kontaktují nás hodně e - mailem a telefonicky. To jsou nejčastější způsoby kontaktu, osobní kontakt je většinou až po telefonickém kontaktu.“

1. **Jak zahajujete spolupráci mezi Vámi a rodinou s dítětem s tělesným postižením?**

„Domluvíme si první schůzku. Podle zákona je přesně dáno, jak má probíhat jednání s klientem, kdy nás rodič nějakým způsobem osloví, zmiňovala jsem v předchozí otázce. Domluvíme si termín, a buď rodič přijede k nám do poradny, nebo já přijedu do rodiny. A nastavujeme si možnosti. Jde o to, že já rodině o naší službě řeknu několik zásadních informací, dostanou balíček s informacemi, dozví se, co naše služba nabízí, a především zjistíme, zda jsou naše cílová skupina. To je to hlavní, co prodiskutujeme v první schůzce a po té následuje druhá, kde rodiče dostanou možnost k prostudování smlouvu, která obsahuje veškeré náležitosti. Rodina si podá žádost o službu, pokud se pro ni rozhodnou. Pak začínáme pracovat na individuálním cíli. Ten cíl je hotový k podepsání smlouvy a po podepsání smlouvy se zájemce stává naším klientem. Ještě se nám to nestalo, ale máme to ve standardech a z drtivé většiny to ukončení je, když je cíl naplněný nebo z hlediska věku dítěte, kdy už nemůže být naším klientem. Z naší strany ještě spolupráce nikdy nebyla ukončena. Všichni naši klienti spolupracují velmi hezky.“

1. **Dochází ke zpětné vazbě od rodiny a její následné spolupráce s poradnou rané péče? Řídí se rodina Vašimi doporučeními?**

„Ano, dochází a řídí se našimi doporučeními. V rámci kroniky, co tady máme, máme zde e - maily a zpětné vazby na pobyty, které jsme pro rodiny pořádali. Někteří rodiče nám píší i básničky, máme tu různé dopisy. Jednou za rok rozdáváme dotazník spokojenosti, který rodiče vyplní a můžou napsat své připomínky, co se jim nelíbilo a naopak. Hodně mi pomáhá, když mi tam napíšou, co očekávají a co by jim pomohlo z hlediska těch besed. Děláme víkendové pobyty a děláme také besedy a semináře, takže jsem ráda za zpětnou vazbu od klientů. Máme tady výbornou muzikoterapeutku, takže pořádáme aktivní muzikoterapeutické setkání s rodiči a dětmi. Dále s pediatričkou a i logopedkou. Máme hodně dětí, které mají poruchy řečí nebo vůbec nemluví, takže spolupracuje s paní Adélkou Kohalovou, ta nám dělá přímo cílené semináře pro rodiče. Já jim dávám doporučení a možnosti, které mohou využít, ale poradce by neměl vystupovat jako expert, který ví, co ta daná rodina potřebuje. Ale měl by dávat možnosti, aby zplnomocnil ty rodiče, aby oni měli tu zodpovědnost za to dítě. My jsme tady v tu těžkou chvíli s nimi. Například nabízíme pomoc, když dítě má 3 roky a potřebují ho zařadit do kolektivního zařízení. Řekneme ano, dítě muže jít do běžné školky, integrovat s asistentem nebo tu máme možnost speciální školky. Většinou to děláme tak, že se tam jdeme podívat do obou zařízení a pak už je to na tom rodiči, který si vybere to řešení.“

1. **Jak často jste v přímém kontaktu s rodinou? Probíhá podpora dítěte a rodiny spíše terénní nebo ambulantní formou?**

„Musíme být terénní služba, ze zákona je to dané. Ale když rodič požádá a potřebuje, jsme tu i v rámci ambulantní služby. Někdy ty sociální podmínky nejsou. Mám tu i jednu rodinu, která je sociálně velmi slabá, kdy sama maminka si přála vyloženě tu terénní službu. Převážně tedy zajišťujeme terénní službu, aby se tak nestigmatizovala rodina, že zase musí někam dojíždět, ale probíhá to v jejich přirozeném prostředí. Máme frekvenci nastavenou jednou za 14 dní až 6 týdnů. S každou rodinou je to jinak. Když začínáme a je potřeba častější ten kontakt, tak to nastavíme jednou 14dní a když se rodinná situace stabilizuje, tak dojíždíme jednou za měsíc. Dojde-li ke zhoršení zdravotního stavu nebo je jiný problém v rodině, klidně můžeme časové rozmezí zase vrátit na 14 dní. Ale tedy ve standardech máme 2 až 6 týdnů.“

1. **Která oblast v rozvoji u dítěte s tělesným postižením je pro Vás dominantní?**

„Tak to je jasné. Záleží, kdy se to dítě ke mně dostane. Jeli to v optimální formě, kdy teda to dítě sem přichází maličké, je to do toho jednoho roku, je to druhý, třetí trimenom. Jedná se o oblast hrubé motoriky a podporu rodičů. Dále učíme maminky možnostem různých somatických stimulací, které pomohou nastartovat právě tu hrubou motoriku, protože od té se dále odvíjí i ty další oblasti jemné motoriky a podobně dál se zaměřujeme na socializaci a všechen edukativní a rozumový rozvoj se odráží od toho, jak to dítě je schopné si samo udělat a učinit. Takže když se k nám dítě dostane do jednoho, tak se zaměřujeme na hrubou motoriku.“

1. **Zaměřme se, prosím, na oblast rozvoje motoriky. Které metody k rozvoji motoriky dítěte s tělesným postižením využíváte? Liší se tyto metody v závislosti na typu tělesného postižení? Jaké další faktory hrají při výběru metody roli?**

„Bazální stimulace, je to jednoduchý neinvazivní způsob, který se naučí velmi rychle každá maminka a i tatínek. Patří sem především uklidňující masáže, masáže na podporu dýchání, polohování do mumie a hnízda, to jsou velmi jednoduché činnosti, které si rodiče rychle osvojí. Je to příjemné jak pro rodiče, tak hlavně pro to dítě. Dítě se zklidní, především dráždivé novorozenci a batolata. Poté se zaměřujeme na děti podle jejich diagnózy. Mezi další metodu řadíme kojeneckou masáž neboli baby masáž. Což je další záležitost příjemná pro rodiče, je to jednoduchá záležitost a naučí se je i maminky bez zdravotnického vzdělání. Pak tu máme Míčkování od paní Jebavé. Co je ale důležité říci, že pracujeme s prvky těchto metod, neprovádíme žádnou instruktáže, ale vybíráme prvky z těchto různých metod, které mohou ty maminky bezpečně využít. Pro svoji poradnu mám zpracovanou metodiku na podporu jemné a hrubé motoriky. Hodně využíváme literaturu Našemu sluníčku od paní doktorky Zdeňky Kleplové. Dále Něžná náruč rodičů od paní doktorky Kiedroňové, kde mají krásnou instruktáž ke každé fázi, co můžou bezpečně cvičit. V rámci víkendových pobytů dělám semináře např. o psychomotorickém vývoji, aktivizaci dětí od narození do jednoho roku, základ podpůrných aktivizačních cvičení, relaxaci pro rodiče. Díky tomu, že já jsem profesí speciální pedagog, tak se mi to krásně prolíná. Hodně pracujeme s hmotou teraflex na kterou máme metodiku od paní Kladrubské, slouží na podporu posilování svalstva dlaně ruky. Hodně cvičíme na velkých míčích, na trampolíně. Opravdu je to hodně individuální a je potřeba se ke každému dítěti stavět individuálně. Zažila jsem i případy dětí, které neměly rády bazální stimulaci, neměly rády dotek. Bylo pro ně lepší, když jsem rodiče učila působit pomocí různých předmětů, třeba přes to výše zmíněné míčkování. Metody volíme podle osobnosti dítěte, požadavků, potřeb a zejména podle jejich diagnózy.“

1. **Je možné posoudit míru efektivity Vámi využívaných metod rozvoje motoriky? Vedete si v tomto kontextu dokumentaci, ze které by bylo možné efektivitu vyčíst?**

„Mám vytvořené tabulky na bazální stimulaci, ale nevedu si to já, ale rodiče. Data jsou rozepsané na celý měsíc a rodiče zaznamenávají, kdy a jakou stimulaci dělali. Poradím rodičům, že je dobré, aby dělal uklidňující masáž dvakrát týdně a zaznačili si to. Přijde mi skvělé, že si rodiče fotí děti. Ale i já si vedu poměrně podrobnou kroniku. Mám záznam dítěte, jak postupovalo v rámci hrubé motoriky, mám pokroky rozdělené a nafocené. Pro příklad máme dítě, které se v konečné fázi na nohy postavilo ve třech letech, je to zaznamenané a je to hlavně velká vzpruha pro rodiče. Rodiny to dávají k dispozici dalším rodinám. Nikde to neprezentujeme, je to pouze pro potřeby ostatních rodin. Nová rodina se naprosto zklidní tím, když vidí, že přišlo dítě s podobnou diagnózou, a že se ve třech letech na ty nožky postavilo. Je to forma příkladu, že je tohle vše možné. Rodičům říkám, aby vyhodili vývojové škály a soustředili se pouze na vývoj svého dítěte. Každé dítě je individuální. Samozřejmě musíme rodině poskytnout reálné cíle. Maminky dostávají od našeho sponzora diář a snaží se zapisovat každý den nějaký úspěch dítka. Běžně se na to zapomíná, ale pokud se něco zapíše a zpětně to vidí rodiče napsané, tak i malé krůčky rodiče posunou kupředu. I ty malé pokroky jsou pro rodiče velkým stimulem.“

1. **Jaké další faktory by mohly, podle Vašeho názoru, ovlivnit rozvoj motoriky dítěte s tělesným postižením?**

„Mezi další faktory ovlivňující vývoj dítěte bych zařadila četnější rehabilitaci. Vím, že rehabilitační oddělení dělá, co může, ale tím jak je zavaleno, tak je čekací doba na můj vkus moc dlouhá. A tím pádem je i mezeno v počtu rehabilitačních setkání. Bylo by dobré, kdyby kapacitní síť byla vyšší. Týká se to i lázní, i když v poslední době se to zlepšilo. Maminky s dětmi mají teď větší možnosti se dostat do lázní, bohužel někdy je to pohodlnost rodičů žádat o lázně a pak se nikam nejede. A tady nastupuje úkon poradce rané péče, aby rodičům sdělil, co proto má udělat. Mám i rodiny, které se dostanou 2x ročně do lázní a to je potom velký skok dopředu. Co se týče naší poradny, máme takovou jednu specialitku, dělám každý rok v létě somatické kurzy, spočívá to v tom, že první týden o prázdninách máme celotýdenní kemp a děti dochází na cvičení i s rodiči. Pracuji se synergickou reflexní terapií, je to kumulativní metoda a potřebujeme, aby se to opakovalo, což v běžném provozu není možné. Rodiče se nahlásí a dochází s dítětem celý týden a spolu cvičíme a učíme se, je to taková společné intervence.“

1. **Když dítě zahájí docházku do mateřské školy, či jiného zařízení, dochází ke spolupráci mezi Vámi a daným zařízením? Pokračují podle již nastaveného plánu a zavedeného způsobu práce?**

„My to tady máme takový „vesnický model“, protože jsme opravdu propojení. Úzce spolupracuji se speciální školkou i se SPC. I když je raná péče sociální služba a SPC školské zařízení, tak si nějak nekonkurujeme, ale spolupracujeme. SPC se mě ptá na názory, jak třeba ta rodina fungujeme, nebo jsem i přizvána na první šetření SPC a může to probíhat u nás v poradně, v rodině, ve školce. Takže musím říct, že tohle funguje velice dobře. Je to o tom, že víc lidí více ví a tak si můžeme toho daleko více předat. Díky úzké spolupráci mezi námi a SPC je po té jednodušší zařazení dítěte do školského zařízení. Všechno je o komunikaci s vedoucími daných zařízení.“

1. **Měla byste o tento typ spolupráce zájem? Jaké jsou, podle Vás, výhody či nevýhody této spolupráce? Měla by vliv na další rozvoj dítěte?**

„Mám zájem o tuto spolupráci a aktivně ji pěstuji. Byla bych nerada, kdyby nám upadla spolupráce s paní doktorkou neonatologie, tak jednou za čas chodím přímo do její ambulance a konzultujeme spolu, co je potřeba. Myslím, že nám tady dobře fungují i resorty zdravotnictví, školství a sociálních věcí. A především jde o to, abychom ty síly spojili. Když se to dítě dostane brzo od neonatologů k nám, tak má spoustu času ušetřeno. Pevně věřím, že to má vliv na další vývoj dítěte.“

1. **Chtěla byste k tomuto tématu něco dodat nebo doplnit?**

„Doplnila bych pouze to, že jsem ráda, že přijde student s takovým tématem, které je velmi často opomíjené a přitom důležité. A pokud budeme mít dostatek odborníků, kteří se budou vzdělávat, tak jde v podstatě o předpoklad, že se dětem a jejich postižení budeme nadále věnovat.“

# Diskuze

1. **Které aktivity jsou nejčastěji využívány v rámci metody práce s dítětem s tělesným postižením při rozvoji jemné a hrubé motoriky?**

Z výsledků obou rozhovorů vyplývá, že mezi nejčastěji využívané metody pro práci s dítětem s tělesným postižením při rozvoji motoriky, které využívají služby rané péče, patří Koncept Bazální stimulace, Míčkování, Program Portage a Baby masáže. Všichni poradci mají splněné kurzy zmíněných metod a využívají je v praxi. Někteří rodiče si kurzy prošli anebo poradci poskytli informace o dané metodě, která byla pro dítě potřebná, a naučili se pracovat s prvky těchto metod. Středisko rané péče i poradna rané péče se v podstatě shodovali v nejčastěji využívaných metodách, ale středisko rané péče navíc pracuje s Programem Portage. Dle mého názoru dochází k nejčastějšímu využití výše zmíněných metod, protože jsou nejvíce dostupné z oblasti finanční, náročnosti i efektivity. Rodiče, ale i příbuzní se lehce můžou naučit pracovat s prvky těchto aktivit. Sama jsem absolvovala základní kurz Bazální stimulace a musím říci, že ho využívám i u jedinců intaktních. Má velmi širokou působnost. Baby masáže používají rodiče bez toho, že by věděli, že taková možnost existuje. Již při koupaní a následném ošetření dítěte tuhle metodu nevědomky využívají.

1. **Liší se metody pro rozvoj motoriky podle typu tělesného postižení?**

Metody pro rozvoj motoriky se výrazně neliší podle typu postižení, převážně pro všechny typy postižení platí, že veškeré oblasti v rozvoji dítka staví základ na výše zmíněných aktivitách. Důležité je připomenout, že každé dítě je individuální a každé má samozřejmě jiné potřeby a vyhovují mu jiné metody a proto nelze plně říci, že jsou metody pro rozvoj motoriky přímo určené pro určitý typ postižení, ale jedná se pouze o doporučení.

1. **Jaká je efektivita u daných metod pro rozvoj jemné a hrubé motoriky?**

Odpovědi z rozhovoru poukazují, že poradna rané péče v Uherském Hradišti si vede tabulky, ze kterých lze vyčíst efektivita metod pro rozvoj motoriky u dítěte s tělesným postižením. Naopak u střediska rané péče ve Zlíně nenalezneme přímo určené tabulky pro rozvoj motoriky, ale efektivitu můžeme vyčíst ze záznamů, které se píší po každé konzultaci s rodinou. Mimo jiné informace zapisují i pokroky, které se týkají oblasti rozvoje motoriky.

1. **Dochází ke spolupráci mezi rodinou a službou rané péče?**

Podle odpovědí z výzkumu můžeme říci, že spolupráce je na vynikající úrovni. Plyne to z toho, že rodiče sami o službu žádají a sami si říkají o podporu a pomoc při jejich složitější situaci. Zpětná vazba je též velmi viditelná. Rodiny ve většině případů zůstávají s ranou péčí v kontaktu. Například jsou jako motivace a příklad pro další rodiny, kterým se narodilo dítě s tělesným postižením. I nadále dojíždí na setkání s dalšími rodinami.

# Doporučení pro praxi

Z výsledků obou rozhovorů vyplývá, že je důležité začít pracovat s dítětem, co nejdříve je to možné. Ne vždy lze dítě v brzkém čase diagnostikovat, ale i při prvotních příznacích bych jednala tak, že bych zkontaktovala někoho z odborníků. Vím, že je velmi těžké si připustit, že něco není v pořádku. Ale podle mého názoru je lepší jednat dříve a třeba i zbytečně, než to nechat zaběhnout do horšího stavu či do doby, kdy už s případnou situací nelze nic dělat.

Byla bych ráda, kdyby široká veřejnost věděla o možnosti využití služeb rané péče a o jejich velmi prospěšných činnostech a taky, aby zejména fungovala spolupráce mezi odborníky, kteří můžou velmi přispět k rozvoji dítěte a to nejen v oblasti motoriky, kterou se zabýváme v naší práci.

Myslím si, že by bylo na místě, kdyby došlo k rozšíření služeb rané péče. Službu rané péče považuji za velmi důležitou determinantu v rozvoji a v podpoře rozvoje dítěte a v jeho výchově či vzdělávání. Je obtížné tuhle službu rozšiřovat, protože se jedná o neziskovou organizaci. Jelikož se jedná o registrovanou službu, je zde určitá finanční podpora, ale není vždy jistá. Do budoucna by se mi líbilo, kdyby se rozšířil počet poradců, protože díky vyššímu možnému počtu by se mohla navýšit kapacita klientů téhle sociální služby, tj. rodin s dítětem s tělesným postižením. Tato služba by tak byla dostupnější nejen pro děti s tělesným postižením, ale i pro další typy postižení či znevýhodnění.

Za velkou výhodu považuji to, že služba rané péče je bezplatná, a to z toho důvodu, že rodina s dítětem s daným postižením je už i tak velmi zatížená a alespoň v oblasti finanční má tak rodina ulehčeno.

### ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývali tématem služby rané péče pro rozvoj motoriky u dětí s tělesným postižením. Teoretická část nám nastínila vývojové mezníky v oblasti motoriky dítěte a možné aktivity pro jejich rozvoj, charakteristiku a klasifikaci tělesného postižení a v poslední řadě jsme představili činnost rané péče.

Vědomosti z výše uvedených sfér jsme přenesli do praxe. Pomocí rozhovorů jsme získali potřebné informace o dané problematice. Kladli jsme si otázky o činnostech služby rané péče, o možných aktivitách pro rozvoj motoriky a o efektivitě jejich spolupráce. Výzkum podpořil důležitost rané péče v oblasti rozvoje motoriky u dětí s tělesným postižením. Poukázal na nejvyužívanější metody pro rozvoj motoriky a těmi jsou: Bazální stimulace, Program Portage, Míčková terapie a Baby masáže.

### SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČADOVÁ, Eva. Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s tělesným postižením. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 88 s. ISBN 978-80-244-3378-3.
2. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství I a II. Vyd.1. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2005. 50 s. ISBN 80-239-6132-2.
3. FRIEDLOVÁ, K. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz Bazální stimulace® Základní modul I. 14. vyd. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2013
4. JAKOBOVÁ, A. Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením. Ostrava:2011
5. JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7
6. JESENSKÝ, J. Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia : sborník příspěvků z vědecké konference s mezinárodní účastí. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2002. 309 s. ISBN 80-7041-041-8.
7. KIEDROŇOVÁ, Eva. Rozvíjej se, děťátko--: moderní poznatky o významu správné stimulace kojence v souladu s jeho psychomotorickou vyspělostí. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 379 s. Šťastné dítě (Grada), 2. ISBN 978-802-4737-447.
8. OPATŘILOVÁ, D. Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou. Brno: Masarykova Univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5266-6
9. OPATŘILOVÁ, D. Pedagogicko psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Brno: Masarykova Univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9¨
10. OPATŘILOVÁ, Dagmar. Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 180 s. ISBN 978-80-210-4575-0.
11. OPATŘILOVÁ, Dagmar. Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 150 s. ISBN 978-802-1052-666.
12. PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 1998, 234 s. ISBN 80-859-3165-6.
13. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. Speciální pedagogika. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0873-2
14. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. Speciální pedagogika. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. Učebnice (UP Olomouc). ISBN 80-244-1475-9.
15. RENOTIÉROVÁ, Marie. Somatopedické minimum. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, 87 s. ISBN 80-244-0532-6.
16. SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI. Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením : sborník vybraných příspěvků z kurzu „Poradce rané péče“. 2. vyd. Praha : Středisko rané péče Praha, 2006. 113 s. ISBN 80-238-326-0.
17. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. Přehled vývojové psychologie. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 189 s. ISBN 978-80-244-2433-0.
18. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
19. VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie. 1. vyd. Praha : Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
20. VALENTA, Milan. Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 269 s. ISBN 978-802-6206-026.
21. VÍTKOVÁ, M. Integrativní školní (speciální) pedagogiky. Základy, teorie, praxe. Brno: MSD, 2004. ISBN 80-86633-22-5
22. VÍTKOVÁ, M. Somatopedické aspekty, Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0

**LEGISLATIVNÍ ZDROJE**

1. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. [Cit. 25-03-2009]. Dostupné z [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)

**NEPUBLIKOVANÉ ZDROJE**

1. Leták Střediska rané péče Educo Zlín

### SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

1. HLAVSOVÁ, Vlaďka. Baby masáž. [online]. [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://vladkahlavsova.cz/baby-masaz>
2. KUDELOVÁ, Ivana. Vznik a vývoj rané péče u nás. [online]. [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rana-pece/vznik-a-vyvoj-rane-pece-u-nas.shtml>
3. Míčková facilitace. [online]. [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.masaze-perla.cz/terapie/mickova-facilitace/>
4. Kojenecké masáž- Baby masáž. [online]. [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.masaze-rehabilitace-praha.cz/kojenecka-masaz-baby>
5. Services. [online]. [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.portage.org.uk/services>
6. Úvod. [online]. [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.ranapecezlin.cz/>
7. Raná péče. [online]. [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html>

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** | Blanka Novotná |
| **Katedra:** | Ústav speciálněpedagogických studií |
| **Vedoucí práce:** | Mgr. Eva Urbanovská, PhD. |
| **Rok obhajoby:** | 2015 |
|  |  |
| **Název práce:** | Služby rané péče jako jedna z determinant rozvoje motoriky u dětí s tělesným postižením |
| **Název v angličtině:** | Early intervention care as one of the determinants in motor skills development of disabled children. |
| **Anotace práce:** | Tématem práce jsou služby rané péče pro rozvoj motoriky u dětí s tělesným postižením. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá rozvojem motoriky u dětí, tělesným postižením a službami rané péče. Výsledky praktické části mají za cíl poukázat na možnosti, které nabízí rané péče pro rozvoj motoriky u dětí s tělesným postižením. |
| **Klíčová slova:** | Raná péče, motorika, tělesné postižení, bazální stimulace, program portage, míčková terapie, baby masáže |
| **Anotace v angličtině:** | The content of my work talks about services provided for disabled children and how to support development of their movement in early stages. My work is divided into two modules. First one, theory and secondly practical. The theory part is detailing development of movement for disabled children. The results of practical part aim to point out what possibilities are available for disabled children in order to develop progress of movements. |
| **Klíčová slova v angličtině:** | Early intervention care, physical disability, motor activity, basal stimulation, program portage, ball therapy, baby massage, |
| **Přílohy vázané v práci:** |  |
| **Rozsah práce:** | 50 stran |
| **Jazyk práce:** | Český jazyk |