

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Iva Mičková

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ŽIVOT DĚTÍ RANÉHO VĚKU
V KOJENECKÉM ÚSTAVU ŠUMPERK

OLOMOUC 2012

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kantor

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Faktory ovlivňující život dětí raného věku v Kojeneckém ústavu Šumperk“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Olomouci dne

Podpis:.....

Děkuji tímto vedoucímu práce Mgr. Jiřímu Kantorovi za vedení bakalářské práce a poskytnutí cenných rad. Mgr. Editě Jinkové za odbornou stylistickou pomoc a Kojeneckému ústavu Pavučinka Šumperk za možnost spolupráce.

Iva Mičková

Obsah

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Úvod | 4 |
| 1 Teoretická část | 5 |
| 1.1 Vnitřní faktory ovlivňující dítě | 5 |
| 1.1.1 Psychologie dítěte raného věku | 5 |
| 1.1.2 Osobnost zdravotně znevýhodněného | 8 |
| 1.1.3 Specifika psychických procesů u osob s handicapem | 11 |
| 1.1.4 Specifika senzomotorického vnímání u osob s mentálním handicapem | 14 |
| 1.1.5 Potřeby dítěte s handicapem | 17 |
| 1.2 Vnější faktory ovlivňující dítě | 18 |
| 1.2.1 Vztah společnosti ke zdravotně znevýhodněným | 18 |
| 1.2.2 Vzájemná interakce vnějších faktorů | 20 |
| 1.2.3 Výchovné působení personálu | 21 |
| 1.2.4 Ucelená rehabilitační péče | 23 |
| 1.3 Služby poskytující péči dětem raného věku v ČR | 27 |
| 1.3.1 Sociální služby | 27 |
| 1.3.2 Poradenství a školský resort | 28 |
| 1.3.3 Zdravotnická zařízení pro děti raného věku | 29 |
| 2 Praktická část | 30 |
| 2.1 Úvod do problematiky | 30 |
| 2.2. Cíle výzkumu a formulace otázek | 30 |
| 2.2.3 Metodika a organizace vlastního výzkumu | 31 |
| 2.3 Charakteristika Kojeneckého ústavu Šumperk | 32 |
| 2.3.1 Obecné informace o ústavu | 32 |
| 2.3.2 Zaměření ústavu | 33 |
| 2.3.3 Příjem dítěte do kojeneckého ústavu | 34 |
| 2.3.4 Charakteristika péče o dítě v ústavu | 34 |

| | |
|-----------------------------------------------|-----------|
| 2.4 Charakteristika výzkumného souboru | 35 |
| 2.2.6 Sběr dat | 36 |
| 2.3 Analýza dat a vyhodnocení | 48 |
| 2.3.1 Analýza rozhovorů | 48 |
| 2.3.1 Závěry a diskuze výsledků | 50 |
| Závěr | 52 |
| Seznam literatury a dalších zdrojů | 53 |
| Seznam literatury | 53 |
| Internetové zdroje | 54 |
| Seznam příloh | 56 |
| Anotace | |

Úvod

„Vychovávat děti znamená vychovávat i sám sebe.“

Otto Čačka

V rodinném prostředí je příjem informací a stimulace smyslů jakousi samozřejmostí. Uvědomujeme si, jak rozsáhlé možnosti stimulace máme jako pracovníci v ústavech? Jaké složky jsou mnohdy opomíjeny? Zdravotní sestry mají každodenní kontakt, mají možnost intenzivně působit na vývoj dítěte, uvědomují si tuto skutečnost?

O problematiku dětí s postižením umístěných do kojeneckého ústavu se začala zajímat od druhého ročníku studia na universitě. Praxe, kterou jsem měla možnost opakovaně realizovat v Kojeneckém ústavu Pavučinka Šumperk, mi přinesla spoustu nových informací nejen o dětech s handicapem. Nový pohled jsme získali na práci speciálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení. Narazili jsme na rozdílnost přístupů zdravotníků ke speciálněpedagogické intervenci. Uvědomili jsme si, jak stěžejní jsou pro zdravotníka fyziologické potřeby na rozdíl od speciálního pedagoga. Ten pracuje zejména s rozvojem schopností a možností dětí s handicapem. Pokusit se zkvalitnit péči o děti s postižením jsme si stanovili jako primární cíl. Hledali jsme možné vnitřní i vnější faktory působící na život dětí raného věku v daném ústavu.

Uvědomujeme si, že vnitřní faktory působící na rozvoj dítěte nemůžeme zásadně ovlivnit. Základem by nám však měla být dokonalá znalost jeho psychického vývoje, který popisujeme v první kapitole. Obsahem teoretické části naší bakalářské práce jsou zejména specifika dítěte s postižením se zaměřením na raný věk. Pokusili jsme se popsat jeho osobnost, psychické procesy a potřeby za pomoci odborné literatury.

Praktickou část jsme věnovali kvalitativnímu výzkumu. Sestavili jsme jeden hlavní a tři dílčí výzkumné cíle spolu se třemi výzkumnými otázkami. Uvědomujeme si, že kvalitativní metoda formou anamnéz a užití polostrukturovaných rozhovorů nelze generalizovat a je platné pouze pro aktuálně dané zařízení. Využili jsme principů jedinečnosti a neopakovatelnosti zkoumání. Stěžejní pro naši praktickou část bylo sestavení pěti případových studií spolu se závěry a doporučením další možné intervence ke každému dítěti. Šetření jsme doplnili o interview se třemi pracovníky ústavu, kteří nám poskytli různý pohled na práci s dětmi. Součástí praktické části je podrobný popis kojeneckého zařízení, který vyniká převládající pozitivní atmosférou při práci s dětmi.

1 Teoretická část

1.1 Vnitřní faktory ovlivňující dítě

1.1.1 Psychologie dítěte raného věku

V kapitole jsme se věnovali zejména utváření osobnosti dítěte od nejranějších stádií vývoje.

- *Prenatální období (od početí do porodu)*

Intrauterinní život plodu tvoří základ psychosomatického vývoje. Plod je nejzranitelnější v období prvního trimestru těhotenství. Dítě je chráněno plodovou vodou, ochrannou funkci plní i placenta. Současné výzkumy se zaměřují zejména na projevy spontánní aktivity plodu vůči rozdílným podnětům zvenčí. Langmeier, Krejčířová (1998, str. 22-25) uvádí tři hlavní poznatky: „plod je velmi brzy připravován pro činnosti, které budou nutné pro jeho přežití a pro interakci se zevním světem po narození.“ Například pohyb horních a dolních končetin, otáčení hlavou, otevírá a zavírá ústa. Druhý závěr se týká aktivity plodu, kdy „ovládá, kontroluje prostředí.“ Plod například vyhledává sobě pohodlnou polohu při změně polohy matky. Je známo, že je aktivní pomocník při porodu. Třetí závěr poukazuje na „schopnost plodu sociální interakce v prenatálním období.“ Na aktivní pohyby plodu reaguje matka a naopak.

- *Novorozenecké období (od narození do 6. týdne)*

Nakonečný (1995, str. 49) se ve své publikaci věnuje *utváření osobnosti*. Uvádí, že „novorozenec disponuje jen poměrně chudým souborem vrozených reflexů či instinktů. Osobnost v tomto smyslu vykazuje vývoj od jednoduchých adaptačních mechanismů ke komplexním programům jednání - vývoj od vrozených mechanismů chování k jeho volnému řízení. Vycházíme-li od novorozence či dítěte s vyvinutým vědomím já a sebezpojetím, lidská psychika se sestavuje a dynamizuje ve spolupráci s aktuálním vnitřním stavem a vnějšími činiteli, přičemž tento vnitřní aktuální stav je sám výslednicí interakce konstitučních složek (vrozené tendence) a zkušenosti. Osobnost je převážně výtvořem učení, které se v raných fázích jejího vývoje označuje též jako socializace. Jedinec je chápán buď jako reaktivní (vnímavý), nebo aktivní bytost. Člověk nepřijímá pasivně vlivy vnějšího světa, své životní podmínky do jisté míry sám utváří, ne však zcela vědomě a záměrně.“

- *Kojenecké období (do 1. roku života)*

Kojenecké období označuje Říčan (2004, str. 75-100) jako „nejdelší rok“. V prvním roce je vývoj jedince po tělesné i duševní stránce nejrychlejší. Jedinec mimo jiné „dospěje k praktické inteligenci, jež mu umožní splňovat přání. Naváže rozličné vztahy k lidem ve svém okolí. Učí se dorozumívat se s okolím. Ke konci období začne používat prvky řeči ke komunikaci s prostředím. Říčan se zmiňuje o „zákonu vývojové retardace“, ten platí pro tělesný i duševní vývoj. Obsahuje „zpomalování vzestupného vývoje s chronologickým věkem. Druhý zákon je „zákon vývojové citlivosti – celý organismus i duševní život dítěte je v kojeneckém věku nezranitelnější, nejovlivnitelnější v kladném i záporném smyslu.“ S věkem ale získáváme stále větší odolnost. Autor zmiňuje, že první rok života není výrazným přelomem ani z biologického, psychologického ani sociálního pohledu. Kojenecké období rozdělil do dvou období – novorozenecké, které dle různých zdrojů trvá různou dobu. Od jednoho týdne až po šest týdnů. Odborná literatura zkoumá ty projevy, které jsou založeny hlavně na nepodmíněných reflexech, tedy vrozené výbavě dítěte. V kojeneckém období platí, že tělesný růst a duševní vývoj jsou úzce propojeny. Prospívání je známkou tělesného zdraví. „Hrubé zanedbávání duševních potřeb dítěte, takzvaná citová podvýživa může zhoršit jeho tělesné zdraví a zabrzdit tak i jeho růst.“ „Mozkových buněk v tomto období podstatně nepřibývá, ale zlepšuje se jejich funkční schopnost a tím i schopnost dítěte se učit.“

„Psychologický význam má i dentice, růst zubů. První řezák se prořízne obvykle mezi šestým a devátým měsícem, brzy následují další.“ Spojitost dentice a psychologie je uvědomění si, co jsou pro kojence ústa. Freud zmiňuje teorii orálního stádia. Ústa slouží k sání, pátrají po potravě a přes ústa dítě zkoumá své okolí, poznává svět. Ústa jsou místem pohody a slasti (v ideálním případě). Přes ústní dutinu dítě analyzuje strukturu, tvar, pružnost těles. Chuť pak rozhoduje, zda má být předmět polknut či ne. Po prořezání zubů dítě zažívá poznání kousání.

První rok života dítěte lze velmi negativně zasáhnout „nedostatkem vhodných příležitostí a podnětů, kterých je třeba k vytvoření pozitivních citových vztahů, lhostejností, krutostí, ale i tím, že dítě omezujeme v přirozeném tíhnutí k samostatnosti, že mu v dobrém úmyslu něco vnucujeme, že je zaplétáme do svých vlastních problémů a konfliktů. Někdy je pozdější náprava obtížná, snad dokonce nemožná (Říčan, 2004, str. 99)“.

- *Batolecí období (1. – 3. rok života)*

Období charakterizují změny zejména v řečovém projevu, pokroky v přístupu ke hře a neodmyslitelně sem patří i období prvního vzdoru. Jako kojeneček byl schopen jedinec myslet jen na to, co přímo viděl, jako batole má již své představy. K dosažení cíle používá prostředků. Objevuje se „aha zážitek“. Upřednostňuje zábavu pomocí smyslů (zvuky, různé struktury materiálů. Nesmírnou radost mu přinášejí pohybové hry (balancování, chození pozpátku, válení sudů...). Napodobivé hry přinášejí vhléd do světa činnosti dospělých. Fantazie dítěte vystačí s minimem rekvizit. Dokonalé hračky nerozvíjí tvořivost a brzy je dítě opouští. U tohoto období je hra samostatná, společná hra s ostatními dětmi nepřináší takové potěšení. K obohacování prosociálního života dochází především zlepšenou pohyblivostí. Je schopno se rychleji přemístit, zmocňuje se předmětů v domácnosti, navazuje kontakt se členy domácnosti. Jeho vztah k nim je ovlivněn předchozí zkušeností. Nově nabitě výrazové prostředky umožňují širší paletu projevu citů. Vzácnější už je soucit, spíše je častá žárlivost, soupeřivost vůči druhému sourozenci. Jiný pohled na batolecí období naskýtá Freud, nazval je análním obdobím. Libido je v oblasti análního otvoru. Uspokojení přináší vyprazdňování, poté se přidává i nácvik ovládnutí vyprazdňování (kolem 18. měsíce).

Batole ovládnutím řeči a zkušeností daleko více začíná prosazovat svou autonomii. Charakteristická pro období je sebechvála, citlivost k selhání, snaha konat samo, poznává se v zrcadle, zdůrazňuje první osobu „Já“. Projevy vlastní vůle přináší negativistické období. „Omezují se na zlostné výbuchy odporu proti zásahům vychovatelů – když mu brání v nějaké činnosti.“ Období vzdoru nastává mezi druhým a třetím rokem života. „Řešení krize je v přijetí řádu, starší batole se dozvídá, co nesmí a proč. Dítě najde v řádu zalíbení, stává se dokonce jeho pozorným strážcem. Řád mu zaručuje autonomii, neměl by být příliš tvrdý – brát dítěti vlastní vůli (Říčan, 2004, str. 111-117).“

Reykowsky (1967) in Nakonečný (1995, str. 51-56) uvádí „**principy utváření trvalejších vlastností osobnosti**, které v podstatě vyjadřují různé formy učení: Trvalejší vlastnosti vznikají jako důsledek vytrvalého opakování.“ Tyto vlastnosti vznikají vlivem odměn a trestů (slouží ke zpevnění), což je „podstatnou podmínkou učení. Zpevněvané reakce se udržují, nezpevněvané vyhasínají. Osobnost je tedy v podstatě produktem učení - vlivu zkušeností získaných v rámci konkrétních životních podmínek. Podmínky učení tvoří sociální mikrostruktury, v nichž jedinec žije a působí.“ V našem případě můžeme mluvit o mikrostruktuře prostředí kojeneckého ústavu.

„Vlastní proces učení pak ovlivňují *kognitivní styly* (způsoby, jakým člověk přednostně vnímá, myslí a jedná). Činitelem utváření osobnosti je *organizovaná zkušenost* promítnutá do dané situace. Vývojově nejvyšší vztažný systém reprezentuje takzvané ego (já), činitel organizace i dynamiky osobnosti.“

1.1.2 Osobnost zdravotně znevýhodněného

Psychickými změnami vyplývajícími z vrozeného postižení se zabývá Vágnerová (2004, str. 163-164). Velký vliv na jedince má prostředí, ve kterém žije. „Následkem omezení daných zdravotních postižením bude vnější prostředí působit jinak než za normálních okolností. Pro smyslově či motoricky postiženého jedince nejsou dostupné všechny informace, eventuelně je nemůže přijímat standardním způsobem. Jeho představa o světě bude proto jiná – chudší a méně přesná. Svět se mu může jevit i hůře srozumitelný. Nemá tudíž možnost získat všechny běžné a pro jeho další rozvoj potřebné zkušenosti.

- *Osobnost postiženého dítěte*

a její rozvoj bude záviset na přijetí dítěte rodiči, na způsobu jeho výchovy, která bývá v případě postižených dětí častěji extrémní, na míře kontaktu s druhými lidmi, na možnosti získat různé role a s nimi spojené sociální zkušenosti

- *Odchytky v socializačním vývoji*

patří do kategorie sekundárních problémů, protože závisejí především na tom, jak se společnost, včetně rodiny k postiženému dítěti chová a jak mu umožňuje rozvinout jeho sociální kompetence. Mnohé problémy postižených dětí vznikají v důsledku neadekvátní výchovy a bylo by možné je odstranit. Může jít o nepřiměřenou a přetrvávající závislost, nesamostatnost, egocentrismus vypěstovaný hyperprotektivní výchovou, pocity nejistoty a méněcennosti vzniklé jako reakce na odmítání a podceňování a podobně.“

Pro úplnost považujeme za důležité zmínit i závislost na hloubce mentálního postižení jedince. „Každý jedinec s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však projevují (ve větší či menší míře) společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace (Kozáková, 2005, str. 29).“

Švarcová (2011) uvádí projevy a společné znaky pro mentální postižení, které individuálně rozděluje v závislosti na hloubce mentální retardace. Stupeň mentální rozlišujeme na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardaci. Každý stupeň

je charakteristický různou hloubkou postižení v oblasti somatické, vývojové, vzdělávací a psychické, zdravotní. Zasahuje celou osobnost jedince. *Některé znaky - obecně:*

- Zpomalená chápavost, jednoduché a konkrétní úsudky, snadná ovlivnitelnost,
- spíše mechanická paměť, neschopnost abstrakce,
- nestálost pozornosti, nedůslednost,
- snížená schopnost až neschopnost syntézy a analýzy (přirovnání, srovnání, porovnání) a vyvozování logických vztahů,
- neobratnost ve vyjadřování, nedostatečná slovní zásoba,
- pohybová neobratnost, poruchy vizuomotoriky,
- impulzivita, agresivita, hyperaktivita, úzkostnost, pasivita,
- citová vzrušivost,
- rigidní (ztuhlé, nehybné, stabilní) chování,
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“,
- opožděný psychosexuální vývoj,
- zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí,
- snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům,
- poruchy v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci.

Odlišným průběhem rozvoje poznávacích procesů se věnuji v následující kapitole.

Vágnerová (2004, str. 171-172) uvádí odlišnosti vývoje dítěte s vrozeným postižením. „Dítě prochází stejnými fázemi vývoje jako zdravé dítě, ale v některých vývojových obdobích může smyslové či pohybové postižení limitovat rozvoj určitých kompetencí, popřípadě jej zcela znemožňovat. Riziko vzniku některých psychických odchylek závisí i na působení psychosociálních faktorů, to znamená, že jej nelze interpretovat jako projev postižení. Psychický vývoj postižených dětí má své *obecné typické znaky*. Zároveň platí, že vývoj každého jedince je individuálně specifický a má jedinečné rysy, které nelze ani u postižených dětí, v rámci nepřiměřené generalizace, přehlížet.“

V *období kojeneckého věku* mají děti s handicapem „zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí, protože jejich možnosti jsou omezeny a orientace v prostředí snížena – buď protože nemají o světě dostatek informací (jsou-li smyslově či pohybově postiženy) nebo nedovedou tyto podněty přiměřeným způsobem zpracovat (mentálně postižené). Postižené dítě je vystaveno *většímu riziku strádání v oblasti podnětové nebo citové*.“

- *Potřeba přiměřené stimulace*

„Tyto děti nemají potřebné předpoklady, aby se mohly rozvíjet bez specificky zaměřené pomoci. Rodiče mnohdy nevědí jak, někdy ani nemají zájem. Běžná stimulace k adekvátnímu rozvoji nestačí, musí být rozvíjeno v rámci speciálního programu.“

- *Potřeba citové akceptace*

Pro rozvoj jakéhokoli dítěte je důležitý vztah matka – dítě. „Vztah matky k postiženému dítěti může být odlišný od normy. Je větší riziko, že dítě bude odmítáno, jestliže rodiče nejsou s jeho postižením vyrovnáni, nebo naopak že se na ně matka nepřiměřeným způsobem zafixuje. Obtíže zde mohou napsat s uvolňováním symbolické vazby s dítětem, obtížnost jeho osamostatňování.

Domníváme se, že je důležité zmínit, že dítě od raného věku umístěné v ústavu, nemá vytvořeny rodinné, osobní vazby a není mu v mnohém umožněn individuální přístup, jako by tomu bylo v rodině. Proto dochází ke zpomalení vývoje osobnostního růstu, poznání, řeči, ...

Dle Vágnerové (2004, str. 172) „Způsob prožití prvního roku života ovlivňuje základní postoj k životu, to je bazální životní strategii. Tato strategie se vytváří pod vlivem možností, které dítě zkušeností získá. V případě postiženého dítěte dost běžně převažuje apatie a pasivita, často ještě posilovaná rodičovským chováním. Tato strategie se může zafixovat do té míry, že se stane i v budoucnosti základem adaptačního chování.“

Období batolecího věku je označováno jako fáze první emancipace. „Dítě se odpoutává z mnoha vazeb, které ztratily svůj vývojový význam a dále by blokovaly jeho další rozvoj. Pro postižené dítě je toto osamostatnění alespoň v některé ze složek obtížnější, ne-li zcela nedostupné.

- *Odpoutání z vázanosti na určité místo*

Pohybově postižené dítě zůstává závislé na podnětech nejbližšího okolí, respektive na lidech, kteří mu vzdálené objekty mohou přiblížit. Určité potíže mají i děti nevidící. Jejich schopnost samostatné lokomoce se opoždňuje proto, že je vzdálenější prostor nepřitahuje, a dokonce se jej mohou bát (protože se v něm nemohou uspokojivě orientovat).

- *Odpoutání z vázanosti poznávání na aktuální kontakt a přechod na symbolické myšlení*

Pokud dítě není schopné pochopit vztah skutečnosti a jejich symbolických reprezentací, respektive pokud se nerozvíjí řeč, opožduje se jeho celkový vývoj. Tyto

problémy mívají sluchově postižené děti, jež nejsou schopné chápat příslušné souvislosti a vztahy ani na úrovni bezprostředně vnímané reality (a tím spíše ne na úrovni symbolické reprezentace) (Vágnerová, 2004, str. 172-173).“

Přikláníme se k názoru autorky, že „v naší sociokulturní oblasti děti s handicapem tradiční výchovný postoj udržuje spíše v pasivitě, závislosti a neposiluje tendenci prosadit se vlastní aktivitou. Přetrvávající závislost považují vychovatelé za přiměřenou a sami jejich osamostatňování nepodporují. Vytváří se tak základ pro jejich budoucí generalizovaný pasivně-receptivní postoj a z něho vyplývající nesamostatnost (Vágnerová, 2004, str. 173).“

1.1.3 Specifika psychických procesů u osob s handicapem

O zdravotně znevýhodněné jedince se zajímají v současnosti speciálně pedagogické vědy. Takové osobnosti vnímáme jako lidské bytosti. Postižení nebo oslabení tělesného i zdravotního rázu přetrvávají celý život, většinou mají vzrůstající charakter. Pokud se chce člověk zodpovědně zabývat problémem úplné rehabilitace, je zapotřebí upozornit na celistvost osobnosti, jež je složena z více vrstev a tvoří tak ucelenou jednotku. Osobnost je v dnešní době chápána a hlavně definována jako bio-psycho-sociální bytost. Základy úplné koncepce člověka respektive jeho duše však nejsou otázkou až 19. či 20. století, kdy se speciální vědy odloučily od filozofie, ale jsou daleko starší. Již ve starém Řecku se s touto problematikou v evropském myšlení setkáváme. Například Platónův nejvýznamnější žák Aristoteles, mluví o duši vegetativní, vnímavé a rozumné, kdy duše vyšší nemůže existovat bez duše nižší. Sigmund Freud, zakladatel psychoanalýzy, vymezuje tři poměrně nezávislé složky Id (Ono) – Ego (Já) – Superego (Nad já). Podle něj je potřeba vnímat složku Ego (Já), která nám odděluje biologické potřeby z pudové vrstvy Id (Ono) na jedné straně a společenskými standardy (reflexí) označenými Superego na straně druhé. V teologii lze pro rozměr člověka užít označení tělo – duše – duch, kterému v dnešní psychologii snáze odpovídají pojmy pud – prožívání – reflexe.

Vnímající člověka jako osobnost, na kterou působí velké množství vnitřních a vnějších vlivů, to dává uceleně chápat rehabilitaci člověka se znevýhodněním, se všemi možnostmi, náležitostmi a důsledky. Jankovský (2001) ve své publikaci také popisuje psychickou a duchovní rovnováhu, kam se řadí kulturní a náboženská reflexe. Zde ale říká, že tato oblast je ve zdravotnických zařízeních u dětí raného věku dosti opomíjena.

Zvláštnosti průběhu osobitého vývoje jedince s mentálním postižením spočívají v tom, že jejich psychický vývoj je ovlivněn jak vnějšími, tak i vnitřními nepříznivými podmínkami. Největšími nepříznivými činiteli jsou slabá zvědavost a vnímavost pro cokoli nové. Z toho důvodu dítě setrvává mimo kolektiv a neosvojí si patřičné zacházení s předměty. Dalším činitelem je nedostačující vývoj vyšších psychických funkcí jako je např. myšlení, paměť, charakter a tak dále.

- *Učení, zrání*

Psychika u osob s mentálním postižením se tvoří i při těch nejtěžších stupních postižení. Vývoj je především závislý na výchově a vzdělání. Z toho důvodu je psychický vývoj dítěte závislý na procesu učení. To je proto možné označit za základní podmínku vývoje. Při učení osob s mentálním postižením je podstatné dbát na diferenciaci znaků tak, aby daný podnět, který požadujeme upevnit, nesplynul s celou nastolenou situací. V procesu učení hraje velmi významnou roli motivace.

Dalším činitelem probíhajícím zároveň s učením je proces *zrání*. Ten taktéž ovlivňuje oblast psychiky. U dětí s mentálním postižením je potřeba poznávat okolní svět oslabena. Vytváření nových podmíněných reflexů zpomaluje a dosti znesnadňuje poměrně rychle vyhasínající orientační reflex.

Je důležité si uvědomit, co vše působí na pozornost při procesu učení a zrání. Jedince ovlivňuje: aktuální zdravotní stav, prostředí, vzájemné sympatie, aktuální naladění, temperament, uspokojené všechny potřeby, individualita jedince, denní doba, forma práce, střídání aktivit.

Sociální vztahy dítěte s mentálním postižením se vyvíjejí nepříznivě při psychickém vývoji. Handicapem je to, že většina rodičů není schopna své postižené dítě úspěšně začlenit do společnosti. Dítě s mentálním postižením je pohybově málo zdatné, déle mu trvá, než se naučí chodit, stát a sedět. Z toho důvodu začnou mnohdy nadměrně ochraňovat a pečovat o své dítě, mnohdy na úkor zdravého sourozence. Rodiče si neuvědomují, že dítěti tímto zabraňují samostatně s věcmi zacházet. Vše má pro další vývoj dítěte notně nepříznivé důsledky (Dolejší, 1983).

- *Myšlení, řeč*

Myšlení je proces poznávací. Umožňuje člověku vymezit pojmy, vyjádřit vztahy mezi nimi, z poznatků odvozovat další, umožňuje řešit problémy a podobně. U jedince s mentálním postižením „je zatíženo přílišnou konkrétností, nepřesností. Neschopnost abstrakce a generalizace. Myšlení je nedůsledné, vyznačuje se slabou řídicí funkcí a nekritičností. Pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné. Myšlenky vyjadřujeme

slovy, tedy řečí, která bývá často deformována. Jedinec v důsledcích nepromýšlí své jednání a nepředvídá důsledek (Valenta, Krejčířová in Kozáková, 2006, str. 32).“

Jelikož má dítě snížené vnímání, vytváří si dosti omezenou zásobu představ. S tím souvisí málo názorných a sluchových představ a neznalost zacházení s určitými předměty.

Dítě ve větší míře vzpomíná, než přemýšlí. Jeho myšlení se spíše redukuje na určité situační souvislosti a je dosti chudé a neproduktivní. Děti s mentálním postižením nemají pochybnosti o tom, že jejich domněnky jsou správné. Také velmi zřídka sledují své chyby a jejich myšlení je nekritické. V pozadí u mentálně postižených dětí stojí rozumová deprivace, což je nedostatečné rozvíjení se rozumových schopností. Tyto děti se snaží vyrovnat ostatním normálním dětem, studijní látku však nestačí zvládnout.

- *Paměť*

Paměť se řadí mezi základní součásti psychického vývoje. Je podstatná proto, aby si člověk uchoval zkušenosti z minulosti, získal vědomosti a dovednosti, vytvářel si mezilidské vztahy a způsoby chování.

Děti s mentálním postižením si nové věci velmi pomalu osvojují a osvojené znalosti a dovednosti pak poměrně rychle zapomínají a paměťové stopy jsou nepřesné. Získané vědomosti nedovedou včas uplatnit do praxe. Převládá mechanická paměť, která není schopna větší selekce (výběrovosti). Proto je pro ně důležité časté opakování. Hodnotu paměti redukuje nízká úroveň myšlení, komplikuje rozlišení podstatných prvků od nepodstatných.

- *Vnímání*

Děti s mentálním postižením se učí vidět a slyšet tak jako ostatní. To, co dítě dokáže vidět vlastníma očima, je důsledek jeho určité životní zkušenosti. Vnímání je základem pro vytváření podmíněných reflexů. Tento proces je rychlý a automatický u dravých dětí. U dětí s mentálním postižením se vjemy a počítky vytváří poměrně pomalu, mají mnoho zvláštností a také nedostatky. Taková opožděná a omezená vnímavost má velký vliv na následný průběh psychického vývoje dítěte s mentálním postižením, „brzdí a zpomalují rozvoj vyšších psychických procesů, zejména myšlení a tím i prohlubuje jeho mentální retardaci.“

Neobvyklostí vnímání mentálně postižených dětí je inaktivita, neboli nečinnost. Pokud se dítěti s mentálním postižením ukáže nějaký obraz či předmět, tak neprojeví zájem si tuto věc do všech detailů prohlédnout. Jemu postačí pouze částečné poznání, nemá totiž snahu důsledněji zjišťovat vlastnosti předmětu. Podstatnou roli má vývoj sluchového

vnímání, což samozřejmě souvisí s rozvojem řeči. Pokud se pomalu rozvíjí, zpomaluje se i tvorba řeči (Švarcová, 2006 in Janků, 2010, str. 58).

- *Emoce (city)*

Jedná se o důležitou část, která ovlivňuje chování a prožívání jedince. Děti s mentálním postižením nejsou citově vyspělé, jejich emoce závisí na uspokojování potřeb. Projevuje se u nich neodpovídající dynamika a intenzita, egocentrismus a familiárnost. Nejednou také stav úzkosti - dysforie, euforie nebo apatie. K emočním deprivacím může docházet při dlouhodobém pobytu v domovech pro lidi s mentálním postižením či v disharmonických rodinách.

Člověk s vážným mentálním postižením je schopen odpovídat pozitivně na pozitivní pocity. Prožitky, které převládají a přetrvávají, vytvářejí určité povahové rysy, jako je například veselost, přívětivost a tak podobně.

Značná část osob s mentálním postižením jsou poměrně hodně emocionální. Jejich city jsou však na vývojově nižší úrovni než co by odpovídalo jejich věku. Umějí mít rádi své blízké, jsou hodně vnímaví k jejich trápení, bolesti a jsou ochotni pomáhat všem, kdo jejich pomoc potřebuje. Může tomu být ale i naopak. „Mentální postižení má vliv na projev jednotlivých emocí, na jejich vnější vyjádření a na úroveň rozvoje druhů citů, nejvíce jsou ovlivněny intelektuální, které jsou spjaty s poznávací činností člověka, jeho zvědavostí, poznávacími zájmy., emoční labilita, agresivita. Lze si pokládat otázku, zda jsou skutečně tyto charakteristiky způsobeny jen mentální retardací či podpořeny přístupem okolí, personálu, rodičů či neuspokojením lidských potřeb (Kozáková, 2006, str. 33).“

1.1.4 Specifika senzomotorického vnímání u osob s mentálním handicapem

„Okolní podněty člověka, schopnost jeho vnímavosti a schopnost reakcí měnících se na základě učení, vytvářejí originální plnohodnotnou bytost. Člověk získává informace pomocí pěti základních a mnoha dalších smyslů, pomocí nichž se dovídá úplně vše o světě, o sobě, o životě. Zejména jiné poznávání skutečnosti, přijímání a vyhodnocování podnětů z okolí, vnímání, speciálně sensorická percepce, vede k odlišnému myšlení a tím také k odlišným reakcím osob s mentálním postižením (Janků, 2010, str. 52).“

- *Zrakové vnímání*

Zrakovými vjemy přijímá jedinec v optimálním případě až 80% informací z okolního světa. Vyvozujeme tedy, že je pro rozvoj poznávacích procesů nejdůležitější. Podněty jsou rozmanité, dostupné a přináší mnoho informací. Poruchy zraku způsobují

zrakovou deprivaci, která souvisí se senzoričkou deprivací. Zcela specifické je také vnímání barev, jejich diferenciaci patří mezi složitější myšlenkové operace a předpokládají určitou mentální vyspělost. Je tedy významným ukazatelem úrovně myšlení. Více oblast vnímání u dětí s handicapem viz výše kapitola 1.1.4 dle Švarcové. Atkinson (1995) in Janků (2010, str. 58) zmiňuje dominanci lidského obličej ve zrakové preferenci dětí. Poskytuje jim pohled na zakřivené linie, okraje, složitost, proměnlivost, kontrast a pohyb.

Krejčířová (1998) in Janků (2010, str. 59) rozvádí myšlenku o vnímání prostoru. Mentálně retardované dítě nevnímá své okolí globálně, ale postupně (zaujme jej detail), což ztěžuje jeho orientaci v prostoru. Dítě u obrazových vjemů není schopno pochopit perspektivu, výběrově si prohlíží část okolního světa. Neplatí u něj zákon figury a pozadí, nerozlišuje polostíny.

- *Sluch*

V mozku existují podoblasti, které obsahují sluchovou paměť, sluchovou senzitivitu, chápání řečového projevu a neřečových zvuků. Percepce lidské řeči je nejdůležitější, ale u jedinců s mentálním handicapem je specifická právě v důsledku postižení rozumové složky a myšlení. Základ pro sluchové vnímání je položen již ke konci 4. týdne v embryonálním vývoji, je položen základ pro oči a uši. Od 5. měsíce gravidity lze pozorovat schopnost rozdílně reagovat na rozličné zvukové podněty. Nedostatek podnětů již v intrauterinním prostředí může ovlivnit „globální vývoj sluchového vnímání, který svými zvláštnostmi ovlivňuje postižení mentální a samozřejmě i naopak.

Sluchové vnímání hraje v psychickém vývoji dítěte velkou úlohu, zejména souvisí s rozvojem řeči (Vágnerová 2004 in Janků 2010, str. 62).“ Hlavní nedostatek sluchového vnímání je u dětí s mentální retardací v analyticko-syntetické činnosti. Důsledkem je jejich omezená schopnost rozlišovat například fonémy, tóny a jednotlivé zvuky z důvodů narušení kvality a kvantity spojů v mozkové kůře, synapse se vytvářejí pomalu, jsou nedokonalé a s nedostatky. „Proces je ovlivněn vývojem centrální nervovou soustavou (dále jen CNS), stejně tak jako etiologií, dobou vzniku i typem mentálního deficitu (Janků 2010, str. 62).“

- *Hmat*

Čidla taktilního vnímání jsou po celém těle. Slouží k poznávání okolního světa. Hmat je spojen se senzoričným systémem. Pomáhá rozlišit kvalitu vjemu, například informace o teplotě, bolesti, tlaku, vibracích, natažení. Má tedy informativní, ochranný a regulační charakter. Míra senzitivity je odlišná na různých částech těla. Dle mnohých

autorů souvisí nejen s počtem a druhem mechanoreceptorů pod kůží, ale i s pohlavím, stupněm vývoje a s fyzikálně vnějšími vlivy.

U dětí s handicapem využíváme dotek jako důležitou formu nonverbální komunikace prostřednictvím každodenních činností (hygiena, hra, hlazení, chování, mazlení...). Pomocí doteků vytváříme vztah a působíme na sociální život jedince. Dítě je uvolněnější, dochází k poklesu stresových hormonů i ke zvýšení funkce imunity.

U zdravého novorozence je hmat ze všech smyslů nejlépe vyvinut. Taktilní vnímání osob s mentálním postižením je inaktivní, pomalé, stereotypní, rigidní, se sníženou diferenciací schopností. Je patrná porucha rozsahu, výběrovosti a celistvosti vnímání. „Přičemž relativně nejméně je poškozené právě hmatové, čichové a chuťové vnímání“ (Janků 2010, str. 64-66). Snížená percepční citlivost u jedinců s mentální retardací má vliv na vnímání tělesného schématu a koordinaci pohybů. Dolejší (1978) in Janků (2010, str. 65) poukazuje na skutečnost, že u těžce mentálně postižených dětí „trvá i po čtvrtletí silný stisk, doprovázející úchopový reflex, který jinak u intaktních dětí slábne.“

- *Čich a chuť*

Chemické smysly jsou pokládány za nedůležité, přestože patří mezi základní smyslové vnímání. Chemoreceptory nám podávají informace důležité pro život. Zprostředkovávají nám emoční zážitky, upozorňují nás na případné nebezpečí (kouř, spálené potraviny, plísň, ...). Jsme schopni rozeznat vjemy sladké, kyselé, slané a hořké. Čichový analyzátor se podílí až z 75% na rozeznání chutí.

Orientace podle čichu je popsána již u novorozence, kdy hledá zdroj mateřského mléka, později pozná dle čichu i svoji matku. Novorozenec upřednostňuje sladkou chuť. Při uspokojení dítěte touto chutí je zaznamenán uvolněný výraz v obličeji. Naopak nepříjemné zdroje způsobují odvrácení až úzkost. Jev se vyskytuje i u dětí s mentálním handicapem. „Snížená schopnost čichového vnímání byla zjištěna u jedinců s Downovým syndromem a u osob s degenerativním onemocněním Alzheimerovou chorobou. Je také prokázáno, že vůně mají nesporný vliv na vývoj krátkodobé i dlouhodobé paměti, na city i na rozvoj myšlení.“

Vnímání vůní i nelibých pachů může ovlivnit lidskou psychiku a přimět CNS, díky aktivaci a stimulaci různých center a oblastí, pracovat lépe, a neustále se cvičit, což je obzvláště u osob s mentální retardací velmi důležité. Předpokládáme ale, že osoba s mentálním deficitem bude prokazovat určité opoždění minimálně v rámci vztahů poznávání a rozlišování vůní a chutí (Janků, 2010, str. 67-69).“

Kapitola nám umožnila uvědomit si, jak různorodě můžeme působit na dítě.

1.1.5 Potřeby dítěte s handicapem

Potřeby dítěte (nejen s handicapem) uceleně popisuje hierarchicky sestavený systém Maslowa (in Trachtová, 2010, str. 14-15):

- *Fyziologické potřeby*

Obsahují „potřebu pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku, sexuální uspokojení, vyjadřují narušenou homeostázu.“ Dané potřeby jsou nezbytné pro přežití. Jedinec udělá vše pro to, aby potřeby uspokojil, ve většině případů ještě dříve než se stanou aktuálními. Pokud se stávají aktuálními, ovlivňují celkové jednání a prožívání člověka.

- *Potřeba jistoty a bezpečí*

„Potřeby vyvarovat se nebezpečí, ohrožení, vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě. Kde chybí v životě pořádek a řád, stojí tato potřeba na prvním místě. Objevuje se vždy v situaci ztráty pocitu životní jistoty.“ Důležitost pocitu jistoty a bezpečí zmiňuje Erikson (2002, str. 225-226). Umožňuje novorozeněti první společenský projev – ochotu nechat matku odejít z jeho dohledu bez nadměrné úzkosti či zlosti. Matka se pro něj stala vnitřní jistotou a vnější předvídatelností. Naplnění potřeby nezávisí na absolutním množství potravy nebo projevech lásky, ale na kvalitě mateřského vztahu. Dítě se naučilo důvěře díky stejnosti a kontinuitě. Je u něj postaven základ pocitu identity.

- *Potřeba lásky a sounáležitosti*

„Potřeba být milován, milovat, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Do popředí jde v situacích osamocení a opuštění.“

- *Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty*

„Jedná se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny, vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.“ Předpokládáme, že potřeba obsahuje určitou mentální vyspělost jedince. U dítěte se prohlubuje spolu se zaujímáním sociálních rolí, uvědomováním si sama sebe, svých kvalit a schopností učit se novému.

- *Potřeba seberealizace, sebeaktualizace*

Patří k nejvyšším potřebám „tendence realizovat své schopnosti, záměry a vlastní potenciál. Člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být.“ Dle našeho mínění

může dosáhnout naplnění pouze jedinec, který má kvalitní základ v prvotních potřebách jako je jistota, bezpečí, láska bližních a jejich podpora. Maslow (in Trachtová, 2010, str. 14-15) uvádí i svou tezi o dosažení vyšších potřeb, kdy jim předchází ontogenetický vývoj a „čím vyšší je, tím je méně důležitá pro pouhé přežití, tím déle může být její uspokojování odkládáno a tím snáze se potřeba trvale ztrácí. Žití na vyšší úrovni potřeb vede ke klidu vnitřního života, k lepšímu spánku, chuti k jídlu a podobně. Jsou subjektivně méně naléhavé a vyžadují příznivější vnější podmínky.“

Mezi nejvyšší lidské potřeby patří socializace a seberealizace, směřuje k ní současný individuální a humánní přístup společnosti. Měl by k nim směřovat i postoj laické i odborné společnosti. Ve speciálněpedagogické intervenci je nejvyšší a zároveň nejobtížněji dosažitelnou. S pojmy seberealizace a socializace úzce souvisí pojem kultura, jako produkt lidské společnosti a sociálního života. Obklopuje jedince, působí na něj (formuje jej) a jedinec se na ni sám podílí. Osoby s mentálním postižením jsou modifikovány rozdílným způsobem. Jejich zážitky, vnímání okolí i zkušenosti jsou rozdílné od intaktních osob. Jedinci mají odlišné chápání reality, jsou v různém stupni sociálních vědomostí a dovedností, které ovlivňují proces socializace (Janků, 2010, str. 40).

1.2 Vnější faktory ovlivňující dítě

1.2.1 Vztah společnosti ke zdravotně znevýhodněným

V odborných publikacích jsou uváděny periodizace přístupů intaktní společnosti k osobám s handicapem dle historických období. Jde spíše o popis převládajících tendencí v postojích společnosti. Jednotlivé etapy dějin a charakteristické rysy chování majoritní společnosti je vždy ve skutečnosti pestřejší (Titzl in Slowík, 2007).

- *Historie*

Nejstarším popisovaným přístupem je **represivní**. Je spojováno se zbavováním, odmítáním a nátlakem na likvidaci jakkoli postižených jedinců. Nejznámějším příkladem je například starověká Sparta, Atény. Tento přístup se však objevil i za 2. světové války. Represivní opatření byly v těchto obdobích rozšířené. Podíl na tomto přístupu měla také úroveň výchovné a lékařské péče. Jako zajímavost považuji to, že se dochovali dokumenty starověkých civilizací (například Mezopotámie), které zaručovali povinnou ochranu a péči lidem s postižením a to ze strany rodiny, státu i obce (Titzl in Slowík, 2007).

Sovák (1980) odděluje od represivního postoje přístup **zotročovací**. Zmiňuje se o zneužívání, zotročování až otrockém využívání zdravotně postižených.

Druhým stěžejním přístupem je **charitativní**. Období takzvaného „křesťanského středověku“. Zde se vztah ke zdravotně postiženým vyvíjel v souvislosti s vývojem myšlenkových přístupů, filosofie, společenských paradigmat a ideologie dané společností. Příchod náboženství, přispělo vzniku hospiců, klášterů, špitálů. Pro zdravotně postižené byla zajištěna strava, ošacení a ubytování, tedy základní péče. Důraz se kladl na duchovní povznesení a naději na budoucí věčný život. Církev a stát zaujala ochranný a pomocný postoj vůči zdravotně postiženým, nemocným. Přístup pečujících osob k lidem s handicapem, však nebyl vždy optimální.

Období **renesančního humanismu** (též období novověku a osvícenství). Zájem se obrátil na zkoumání tělesné funkce a struktury. Rozvoj vědeckého poznání a medicíny. Nastává období specializací v přístupu k jedincům s různými postiženími. Společnost začíná nahlížet více na komplexnost jedince a to po stránce psychické, duchovní, fyzické i sociální. Již nestačilo poskytnout základní péči, jde o snahy zapojení jedince do společnosti pomocí různých kompenzací. Společnost akceptuje lidskou důstojnost a individualitu. Bohužel individuální péče byla dostupná jen pro majetné rodiny. První ústavy začaly vznikat až v 18. století.

Rehabilitační přístup (přelom 19. - 20. století). Propojení léčby se vzděláním i výchovou. U nás až do 80. let 20. století. Snahy o rehabilitaci jedince s handicapem a zapojení do intaktní společnosti. Do péče se zapojují lékaři, učitelé a další pracovníci snažící se o uplatnění jedince → ekonomické hledisko. Jedinec, který však nebyl schopen rehabilitace, byl umístěn do institucionální péče. Zejména v našich zemích přetrvávala segregace od majoritní společnosti do převratu v roce 1989 (Slowík, 2007, str. 11-15).

Nynější období jsou terminologicky značně nejednoznačná. Jeřábková (2009) ve svých přednáškách uvádí stádium **socializační** – účel je sociální a pracovní uplatnění. Dále stádium **prevenční** – předcházení defektivit. Kysučan, Kuja (1996) přidali stádium **integrační** – společné vzdělávání v běžných školách s právem na život v intaktní společnosti. V České republice snahy až v 90. letech 20. století.

Slowík (2007, str. 14) aktuální přístup nazývá **inkluzivní**. Rozsáhlé změny po roce 1989 se projevil v prosazování nejmodernějších trendů v oblasti rozvoje, výchovy a vzdělávání osob s handicapem. Snahy o přirozené začleňování do intaktní společnosti. Snahy o pracovní a společenské začlenění. Pokud není nutné, nejsou „preferovány žádné speciální a nestandardní prostředky, ale spíše běžné postupy – samozřejmě v závislosti na

možnostech konkrétních osob a situaci. Jde o globální trend, funguje mezinárodní spolupráce a výměna zkušeností.“

- *Současnost*

Janků (2010) pokládá otázky: „Co bychom měli udělat pro přirozenější, hodnotnější socializaci a seberealizaci jedinců s mentálním postižením? Co pokládat za důležité v současné speciálněpedagogické péči?“ K tomu dodává: „Vzhledem k novodobým poznatkům a závěrům diskusí a výzkumů vyplývá, že intaktní společnost není dostatečně připravena na plné zapojení jedinců se speciálními potřebami.“ Autorka současně uvádí, že potřeby jedinců s postižením jsou splňovány zejména na nižších fyziologických i biologických potřebách, „otázka jistoty a bezpečí, radosti, souladu a celistvosti nám ale zůstávají, často díky specifickému typu postižení, poruchy, neznámou a nezodpovězenou. Velmi záleží na hodnotovém systému, normách společnosti. Empatii, porozumění, pochopení, schopnosti naslouchat i pozorovat, podílet se na interakci otevřeně a optimisticky, neméně na vyspělosti dané sociální kultury. Jakkoli odlišní lidé – tedy hlavně jedinci s mentálním postižením - jsou často považováni za nepřizpůsobivé, abnormální bytosti, především proto, že se vymykají běžnému očekávání či ideálu. Často se také přikláníme k charakteristice sociálního stigmatu, která vychází z nestejnosti v jednání, činech, smýšlení a porozumění.

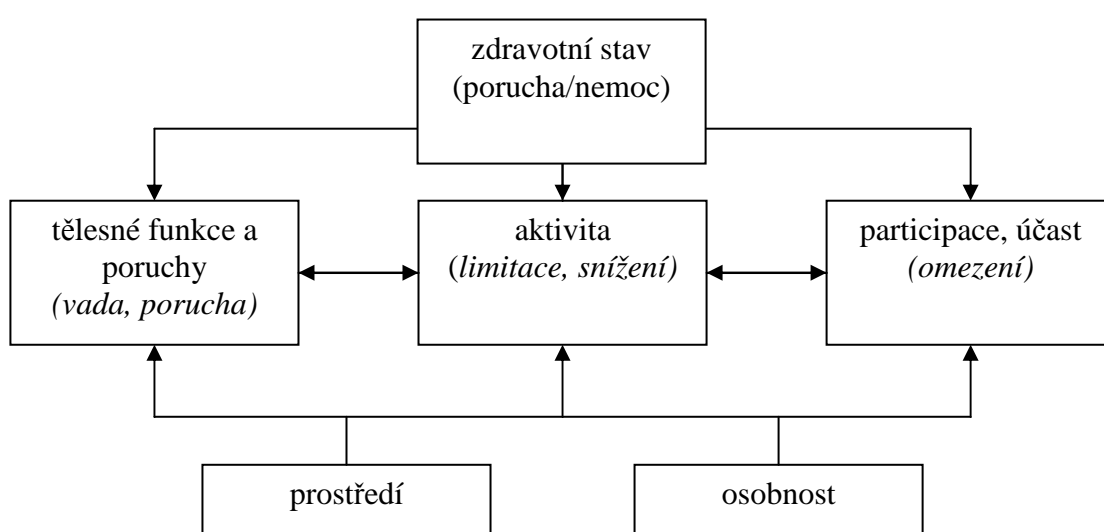
Odborná speciálně pedagogická péče se snaží vyhýbat těmto negativním projevům a zachovávat originalitu každého jedince, k čemuž ovšem nutně potřebuje pomoc společnosti a uvědomění relativismu norem a hodno (Janků, 2010, str. 41-42).“

1.2.2 Vzájemná interakce vnějších faktorů

Nové přístupy a pojetí jednotlivých faktorů působících na jedince s handicapem popisuje přehledně ve své publikaci Slowík (2007, str. 28). Uvádí, že „WHO (mezinárodní zdravotní organizace) v roce 2001 dle revidovaného přístupu k mezinárodním definicím a klasifikačním funkcím (dále jen ICF) se pohled na situaci člověka s vadou, postižením a handicapem zásadně mění. Sleduje se funkce a stav tělesných struktur člověka namísto jejich vad a poruch, sleduje se aktivita takového jedince namísto jeho postižení a omezení, a konečně je také rozhodující jeho možnost participace na životě společnosti, nikoliv už pouze jeho vlastní handicap.“

Brown (1997) in Slowík (2007, str. 28) představuje nový návrh „jako integrativní a na rozdíl od přístupu medicínského (kdy je postižený člověk stavěn do role pacienta)

nebo sociálního (který handicapovaného jedince považuje především za objekt sociální péče) akcentuje (zdůrazňuje) podstatně více myšlenku účasti člověka s postižením ve společenském dění. Každý se totiž může sám snadno dostat do situace postiženého, nejde tedy o problém pouze úzké a specifické skupiny osob, ale potenciálně o problém prakticky každého z nás. Neočekává se jenom individuální přizpůsobení jednotlivce, ale celková změna sociálního prostředí, politiky a vztahu vůči lidem s postižením. Do velké míry je nový koncept v pohledu na situaci člověka se znevýhodněním určován zaměřením na fenomén dosahování určitého standardu kvality života všech členů společnosti – včetně osob s jakýmkoliv postižením.“



Tabulka č. 1: Interakce faktorů dle ICF (WHO, 2001, in Slowík, 2007, str. 28).

1.2.3 Výchovné působení personálu

Charakter osobnosti vychovatele se prolíná do výchovy a práce s dítětem. Čačka (1997, str. 142-149) rozlišuje *přístup optimální, pasivní a agresivní*. Příznivý vývoj je v mnoha ohledech závislý na chybách v přístupu a v nedostacích osobnosti vychovatele. Nejcennějšími vlastnostmi vychovatelů jsou trpělivost, přiměřené požadavky, důslednost, trpělivost, sebedůvěra, přirozená láska k dětem a optimismus. Děti takto vedené jsou v budoucnu citově vyrovnané, podnikavé, snaživé, veselé, přátelské, poctivé a lépe spolupracují. Vrátime-li se do oblasti psychických potřeb, jsou výše uvedené vlastnosti vychovatele zásadní pro zdárný duševní rozvoj dítěte. Dynamická struktura osobnosti

dítěte i vychovatele sebou nese řadu kladných i negativních rysů a schopností. *Zásady pro optimální rozvoj osobnosti* dítěte uvedl Čačka (1997) tyto:

- Získat co nejširší spektrum informací o samotném dítěti (dynamika rozvoje, duševní funkce a jiné),
- interakce dítě ↔ vychovatel a styl práce v přístupu k dítěti,
- uvědomit si všechny vnitřních i vnějších aspekty působící na duševní vývoj dítě,
- aplikovat přiměřené požadavky, přijímat reakce dítěte v nejrůznějších situacích.

Autor současně dodává, že projevované vztahy musí být upřímné. „Falešná vlídnost poškozuje víc než bezprostřední projev opravdového hněvu. I každé nekonstruktivní napětí v interpersonálních vztazích samotných vychovatelů se promítá do narůstání chyb a nedostatků v jejich pedagogickém působení. Jasně vztahy, vzájemná tolerance a vycházení si vstříc, by mělo převládat v každém kolektivu vychovatelů (Čačka, 1997, str. 149).“

- *Pasivní přístup a ústupnost vychovatele,*

který „nedokáže dítěti nic odepřít, dopřává mu vše, po čem zatouží bez zásluhy a často mu až i nepřiměřeně posluhuje. Tato naprostá shovívavost vede k tomu, že se dítě nenaučí ovládat svá přání, starat se o své povinnosti a nezíská návyky ukázněného chování.“

V dětských ústavěch jsou to mnohdy vychovatelé, kteří vycházejí z postoje „dětství má být bezstarostné. Někdy se vyskytuje tento postoj i vůči handicapovaným dětem. Omezuje se tím ale jeho běžný styk s životní realitou. Přechod k větší náročnosti, ať opožděně či v jiných podmínkách, může být dosti obtížný. Dítě bez návyku na povinnosti zůstává často nepodrobné, nepřizpůsobivé, nesamostatné a závislé (Čačka, 1997, str. 142-143).“ Přístup tedy vede k sobeckosti, vynucování předností či úlev. Děti jsou posléze nesamostatné, mají vyšší sebedůvěru a bývají uvolněnější. Později mohou využívat důvěřivosti a dobré vůle ostatních. Vnímám i vliv citové neúčasti vychovatelů (ošetřujících), často vycházejí z postoje, že dítě stačí nakrmit a obléci. Dětem tak chybí vnitřní porozumění. „Chladný vztah, věčnost a odměřenost kontaktu donutí dítě v pozdějších letech hledat těsnější a všelejší vazby v nejrůznějších partách. Podobný dopad má i apriori podceňující postoj, vychovatelé se zaobírají dítětem zpravidla, jen když na to mají náladu. Dítě trpí nedostatkem lásky. Malou náklonnost oplácí tím, že odmítá plnit jeho příkazy.

Závažnou chybu vychovatelů vidí psycholog v nedůslednosti výchovy. V dítěti se prolíná pravda s nepravdou. Lhostejnost, nezralost i ústupnost osobnosti vychovatele

způsobí značné zpomalování vývoje, neurotizaci. „Mnohá selhání mladistvích mívají tedy kořeny v postupech vychovatelů uplatňovaných již v průběhu dětství, mají silnou tendenci přenášet později tyto výchovné postupy i na další generace.“

- *Autoritativní až agresivní přístup vychovatele*

může vycházet z jeho nízké sebedůvěry či nejistoty v sebepojetí. Bývají citliví na jakoukoliv legraci v obavě o ztrátu autority. Reagují přehnaně i na neuvědomělé projevy dítěte. Na dítě kladou nepřiměřené požadavky, které nemůže splnit. Hru považují za ztrátu času. Mnohdy přetěžují dítě, což u něj vyvolává únavu a selhání, úkoly považuje za nesplnitelné, vzdá se tedy úsilí a může se jevit jako lenivý. Vychovatel užívá necitlivé poznámky, je netrpělivý, přitom perfekcionista. U staršího dítěte se poté může projevit ztráta pohotovosti, sebedůvěry a iniciativy.

- *Ambivalentní přístup vychovatele (střídání lásky s nezájmem a přísností)*

často značí snahu potlačit pocity viny za nedostatečný vztah k dítěti. Postoj vyvolává v dítěti pocity křivdy, která v období dospívání může vést ke kázeňským přestupkům. Přísnost chápou jako výraz nelásky, volí vzdorovitost nebo naopak konformitu. Zdravý vztah k autoritě naopak přináší přijetí i vedení nadřazené osoby, umožňuje přijetí nabízené zkušenosti. „Postoj vychovatele je vždy výrazem dosažené košatosti vzdělání, úrovně harmonie jeho prožitkových a řídicích struktur, i plnosti osobního životního projevu (Čačka, 1997, str. 146-147).“

1.2.4 Ucelená rehabilitační péče

Kapitolu věnujeme problematice rehabilitační péče. Představíme tradiční pojetí zásad profesora Františka Kábeleho (1992), které doplníme o aktuální trendy a situaci v oblasti rehabilitace. Taktéž je nedílnou součástí speciálněpedagogické péče o osoby s handicapem.

Pojem rehabilitace je odvozen z latinského slova *habilis* – schopný a *re* – znovu. U jedince se tedy snažíme pomocí rehabilitace k navrácení do původního stavu.

Koncept rehabilitace byl dříve pojímán především ve zdravotnickém kontextu, ale již dlouhou dobu se rehabilitace považuje za ucelenou. To znamená, že zahrnuje minimálně čtyři složky – léčebnou, pedagogickou, sociální a pracovní. V ideálním znění koncept zdravotnického a speciálněpedagogického snažení úzce spolupracuje, kladně a trvale ovlivňuje stav klienta s postižením již od útlého dětství.

Nesmíme opomenout, že mimo jiné úspěch ucelené rehabilitace ovlivňuje zájem, aktivita člověka (klienta) a jeho pozitivní motivace (oblastí jsme se zabývali v kapitole – 1.1.2 Osobnost zdravotně znevýhodněného). Intervence v rehabilitaci může být dvojího druhu: *Přechodná* – klient je znovunavracen k původním kvalitám života a *permanentní*, kdy je intervence rehabilitace nutná vzhledem k trvalému postižení.

Tradiční speciálněpedagogické zásady dle Kábeleho lze vztahovat na celou oblast rehabilitační péče:

- *Dispensarizace* – zásada evidence a celoživotního sledování každého klienta s mentálním, tělesným, smyslovým i zdravotním postižením. Nutnost celoživotní poradenské, zdravotní i rehabilitační péče.
- *Jednotnost* – podmínka jednotného řízení a vzájemné koordinace jednotlivých složek rehabilitace.
- *Komplexnost* – obsahuje potřebu přijetí a návaznosti interdisciplinárního přístupu. Zahrnuje péči o osoby s mentálním, tělesným, smyslovým i zdravotním postižením.
- *Prevence* – obecná opatření pro oblast léčebnou, sociální i výchovně vzdělávací, aby v populaci nedocházelo ke vzniku nemocí či postižení mentálního, tělesného, smyslového i zdravotního charakteru.
- *Socializace a resocializace* - musí k ní směřovat zásady komplexní rehabilitační péče u osob s handicapem. Pomáhají jedinci začlenit se nebo navrátit do společenského života. Obsahuje složky komplexní rehabilitační péče vyz. výše. Obsahuje koncepci třístupňové prevence – primární, sekundární a terciární (i genetická).

Speciálněpedagogické zásady pro oblast didaktickou (Kábele, 1992, str. 25-26): Kábele uvádí tradiční zásady pro výchovně vzdělávací proces, jenž je součástí komplexní rehabilitační péče. Zásady jsou pro osoby s mentálním, tělesným, smyslovým a zdravotním postižením, ne všechny můžeme využít pro děti raného věku. Uvádíme je pro ucelenost kapitoly.

- *Reedukace* – speciálněpedagogické postupy, kde pracujeme zejména s narušenou funkcí nebo orgánem. Prvotní je rozvíjet narušenou oblast. Působíme multisenzoriálně nebo monosenzoriálně.

- *Kompenzace* – během ucelené rehabilitace rozvíjíme náhradní funkce, činnosti, orgány pro usnadnění návratu do pracovního procesu i širší společnosti.
- *Psychorehabilitace* – je důležité uvědomit si, že pracujeme a působíme na celou osobnost člověka. Naším cílem je jeho socializace.
- *Vývojovost* – vždy se držíme zásad a principů ontogenetického vývoje. Komunikační i pohybové dovednosti se kvalitativně i kvantitativně vyvíjí s věkem.
- *Reflexnost* – máme na mysli využití pohybových a polohových reflexů u jedinců s DMO. Vrozené pohybové vzory a reflexní lokomoce je propracována a využívána ve Vojtově terapii v dětském věku.
- *Rytmizace* – pozitivního vlivu pohybového a řečového rytmu využíváme při nácviu těchto dovedností.
- *Komplexnost* – při rozvoji řeči a pohybových schopností působíme na dítě multisenzoriálně, využíváme podněty: sluchové, zrakové, taktilní, pohybové.
- *Kolektivnost* – Kábele uvádí, že „veškeré cvičení hybnosti a řeči se provádí v dětském kolektivu, nikoli s jednotlivým dítětem.“ S tímto výrokem se neztotožňujeme.
- *Přiměřenost, individuální přístup* – přihlížíme k „individuálním schopnostem a možnostem každého dítěte, při uplatňování všech předchozích zásad“ (Kábele, 1992, str. 26-27).

Dělení rehabilitace dle institucionalizace – ucelená rehabilitace se aktuálně dělí do čtyř základních oblastí:

- *Léčebná* – aplikování léčebných metod s účelem dosažení stavu relativního zdraví jedince, zmírnění následků postižení, řadíme sem i prevenci. *Tým odborníků* se obvykle skládá z lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, klinického psychologa (i logopeda u klientů s narušenou komunikační schopností), sociální pracovníce. *Formy*: farmakoterapie, chirurgická terapie, podpůrná léčba (vodoléčba, fyzikální terapie, masáže, ...).

- *Sociální* – odborné působení (přímé i nepřímé) na klienta a jeho primární okolí (jako je rodina). Cílem je co nejvyšší úroveň socializace, soběstačnosti, nezávislosti, společenské integrace. Sociálně uspokojivý a kvalitní život. Forma individuální nebo skupinové integrace. Řadíme sem stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby, domovy pro seniory, pracoviště rané péče,...

- *Pedagogická (výchovně – vzdělávací)* – proces vzdělávání pomocí školní,

mimoškolní a volnočasovou činností. Zahrnuje širokou škálu sportovních, kulturních i zájmových aktivit. Jejimi klienty jsou žáci se speciálními vzdělávacími potřebami. Cílem je zapojení jedince s postižením do společenského života. Práce probíhá formou speciální edukace, reedukace, korekce a stimulace. Tým pracovníků tvoří speciální pedagog, asistent pedagoga, další pedagogové a vychovatelé.

- *Pracovní* – probíhá pomocí souhrnu aktivit (pracovní pohyby, úkony, operace) jedince s postižením s cílem seberealizace klienta, vytvoření pozitivních návyků, schopností a dovedností. Připravuje jedince s handicapem vykonávat pracovní činnost, zapojit se do pracovního procesu. Dbáme na jeho současný zdravotní stav, dorozumívací, pohybové a rozumové schopnosti. Pracovní rehabilitace navazuje z převážné části na léčebnou rehabilitaci. Volíme formu pracovní terapie, poradenství, orientace a příprava na profesi, podporované zaměstnávání (Kantor, 2012).

U některých autorů najdeme doplnění o čtyři odborné složky rehabilitace:

- *Psychologická* – kladný psychický stav pozitivně ovlivňuje léčbu základního onemocnění, tělesné postižení i celkovou úspěšnost procesu socializace.
- *Technická* – sem řadíme výrobu technických pomůcek, školních a mimoškolních pomůcek, úprava pracovišť, zajištění bezbariérovosti v kulturních, sportovních, veřejných zařízeních,...
- *Právníká* – právní normy a jejich zajištění pro praxi slouží k ochraně práv (lidských i společenských) a ochraně jedinců s postižením před zneužíváním.
- *Ekonomická* – týká se především organizace chráněných pracovišť, bydlení i léčebné rehabilitace. Začleňování osob se změněnou pracovní schopností (Renotierová, 2004, str. 233-235).

Víme, že na děti raného věku se vztahuje resort sociální ve formě poradenství, péče a prevence. Můžeme dělit na ambulantní, terénní a pobytové. Neméně sem patří i střediska ranné péče, které poskytují zejména poradenství rodičům. Druhým resortem je zdravotnictví, jež zřizuje kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle. Jednotlivé instituce se účastní a aktivně vytváří (v optimálním případě) soustavu komplexní péče. Vše není možné bez koordinace, spolupráce a spojitosti zařízení a jednotlivých pracovníků. V následujících dvou kapitolách se proto věnujeme institucím podrobněji.

1.3 Služby poskytující péči dětem raného věku v ČR

1.3.1 Sociální služby

Služby pro rodiny dětí s postižením raného a předškolního věku dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

K 1. lednu roku 2007 vešel v platnost zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Ve své třetí části vymezuje *základní druhy a formy sociálních služeb*. Jsou jimi: *sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence*. Z širokého výčtu sociálních služeb poskytovaných v České republice vybíráme ty, které jsou aktuálně využitelné pro rodiny dětí s postižením v raném či předškolním věku.

Raná péče - služba sociální prevence (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění). Je poskytována bezplatně (zajišťuje ji nestátní neziskový sektor) a realizována zejména v přirozeném prostředí dítěte dle individuálních potřeb rodiny (klienta) a dítěte. Přehledně byla popsána Raná péče v časopise Florence: „Poradci rané péče pomáhají rodině zorientovat se v nové životní situaci. Poskytují rodičům v týmové spolupráci komplexní informace z oblastí speciálně-pedagogické, sociálně-právní a léčebně-rehabilitační. Rodičům tak odpadá dojíždění za různými odborníky, hledání dílčích informací.

Předpokladem poskytování kvalitní služby je profesionální interdisciplinární tým s meziresortní působností - *resort sociálních věcí, zdravotnictví a školství*. Základ týmu tvoří poradci rané péče (*sociální pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog*) a rodiče dítěte. Tým vytváří a naplňuje individuální plán rozvoje klienta (rodiny i dítěte) s cílem minimalizace a prevence důsledků zdravotního postižení.“

Raná péče je službou nabídkovou a je záležitostí interdisciplinárního meziresortního týmu (pediatři, odborní dětské lékařské, pracovníci rizikových poraden a jejich ordinace a další zdravotnická pracoviště jako jsou léčebny, rehabilitační zařízení, lázně...), aby se rodiče o možnosti využití služby dozvěděli včas. (Florence, 2011).“

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách – (více § 19 Raná péče)

Základní činnosti při poskytování rané péče se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,

- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

1.3.2 Poradenství a školský resort

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon) vymezuje děti, žáky a studenty se speciálním vzdělávacími potřebami jako osoby se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním anebo sociálním znevýhodněním.

Činnost speciálně pedagogických center (a dalších školských poradenských zařízení) upravuje Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných a její **novela Vyhláška č. 147/2011 Sb.**, zejména pak Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a její **novela Vyhláška č. 116/2011Sb.**

Vyhláška č. 72/2005 Sb., *o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních se věnuje činnosti dvou poradenských zařízení – pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogického centra. Zejména speciálně pedagogické centrum poskytuje poradenské služby žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním integrovaným ve školách a školských zařízeních. Blíže se poradenským zařízením věnujeme níže. Integrovaným vzděláváním se podrobněji zabývá:*

Vyhláška č. 73/2005 Sb., *o vzdělávání dětí, žáků, studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.* Vyhláška specifikuje formy, podle kterých lze vzdělávat žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, a to formou individuální integrace, skupinové integrace, ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (speciální školy) anebo kombinacemi uvedených forem.

Speciálně pedagogická centra (SPC) patří spolu s pedagogicko-psychologickými poradnami a středisky výchovné péče mezi školská poradenská zařízení. SPC poskytují poradenské služby žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním integrovaných ve školách a školských zařízeních, dále pak žákům se zdravotním postižením a znevýhodněním ve školách, třídách, odděleních nebo studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy, žákům se zdravotním postižením

v základních školách speciálních a dětem s hlubokým mentálním postižením. SPC vykonává svou činnost ambulantně na pracovišti centra (Gošová, 2011).

1.3.3 Zdravotnická zařízení pro děti raného věku

Zdravotnická zařízení - Právní postavení ústavů

Do soustavy zdravotnických zařízení patří i kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do tří let věku. Obecně, podle **z. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu** (v platném znění) soustavu zdravotnických zařízení tvoří zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob. Jako zařízení léčebně preventivní péče se do soustavy zdravotnických zařízení podle § 38 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (v platném znění) zvláštní dětská zařízení: přiřazují kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle pečující o všestranný rozvoj dětí ve věku do tří let.

Vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi: § 20 vyhlášky č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení (v platném znění), **kojenecké ústavy** poskytují ústavní a výchovnou péči dětem, jejichž vývoj je ohrožen nevhodným domácím prostředím, a to zpravidla do věku jednoho roku. **Dětské domovy** poskytují ústavní a výchovnou péči dětem, o něž nemá kdo pečovat nebo jimž nelze ze sociálních důvodů zajistit péči ve vlastní rodině, popřípadě náhradní rodinnou péči, a to ve věku od jednoho do tří let, pokud ze zdravotních nebo sociálních důvodů ji není nutné poskytovat starším dětem (Bruthansová, 2005).

Záměrem naší teoretické části bylo seznámit čtenáře s obsáhlou problematikou raného věku. Uvědomili jsme si, že na dítě působí určité vnitřní faktory, jenž nemůžeme jako pracovníci příliš ovlivnit, ale musíme s nimi počítat a pracovat. Víme také, že rozdílný přístup vyžadují děti s postižením. Jejich vnitřní prožitky a pochody jsou rozdílné od intaktních dětí. Vnímáme-li jedinečnost těchto dětí, můžeme se získanými informacemi pracovat a vyvarujeme se tím chybám. Vnější faktory působící na dítě můžeme již zcela jistě ovlivnit. Důležitost a propojení vnějších aspektů uvedla již zmiňovaná ICF. V této souvislosti jsme se museli alespoň krátce zmínit o historickém sledu v přístupu k dětem s postižením. Závěr naší teoretické části spočíval v nástinu péče o děti raného věku z pohledu politiky našeho státu. Uvedli jsme stěžejní vyhlášky a zákony týkající se této problematiky. Následující praktická část rozšiřuje naše téma o vlastní kvalitativní šetření.

2 Praktická část

2.1 Úvod do problematiky

V praktické části naší bakalářské práce jsme se zaměřili na popis kojeneckého zařízení a jeho specifika. Popis zařízení jsme doplnili o rozhovor se sociální pracovnící, který je součástí přílohy č. 1. Výzkum jsme uskutečnili v rámci naší bakalářské práce v Kojeneckém ústavu Pavučinka Šumperk (dále jen KÚŠ). Šetření se týká problematiky dětí raného věku vyžadující speciálněpedagogickou péči. Z obsáhlého tématu se nám v průběhu vypracovávání bakalářské práce vytříbily užší výzkumné otázky, které se dotýkaly vybraného vzorku dětí s handicapem. Návrhy k další intervenci nám posloužil sběr anamnestických dat u pěti dětí s postižením. V diskuzích jsme se zabývali návrhy možných změn.

Výzkum obsahuje cíle a formulace otázek. Dále pak popis zvolené metody, vlastní organizaci sběru dat a jejich zpracování. Závěr obsahuje vyhodnocení našeho výzkumného šetření pomocí diskuzí výsledků.

2.2. Cíle výzkumu a formulace otázek

Primární cíl výzkumu naší bakalářské práce: Zkvalitnění péče o děti s postižením vyžadující speciálněpedagogickou intervenci v Kojeneckém ústavu Pavučinka Šumperk (dále jen KÚŠ).

Dílčí cíl č. 1: Analyzovat pozitivní faktory působící na děti v KÚŠ.

Dílčí cíl č. 2: Analyzovat negativní faktory působící na děti v KÚŠ.

Dílčí cíl č. 3: Sestavení návrhů další možné intervence pro děti v KÚŠ.

Vzhledem k cílům jsme sestavili tyto **výzkumné otázky**:

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou pozitivní faktory působící na péči o děti v KÚŠ?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou negativní faktory působící na péči o děti v KÚŠ?

Výzkumná otázka č. 3: Jaké další podpůrné návrhy lze doporučit pro zkvalitnění intervence u těchto dětí?

2.2.3 Metodika a organizace vlastního výzkumu

„Speciální pedagogika se zabývá podmínkami výchovy a vzdělávání tělesně a zdravotně znevýhodněných. Zdravotnické zařízení ovlivňuje volbu a způsob použití jednotlivých metod výzkumu“ (Kábele, 1992, str. 13). Z toho důvodu jsme vybrali empirické metody pro zpracování praktické části naší práce.

- *Důvod zvolené formy kvalitativního výzkumu*

Pro možnost porozumění jevu a nalezení skutečnosti nebylo možné provést kvantitativní výzkum. Snažili jsme se o hlubší poznání vztahů jednotlivých konstelací, zároveň si však uvědomujeme, že výsledky kvalitativního výzkumu nelze generalizovat. Teorie vzniklé z kvalitativního výzkumu jsou tedy platné pouze pro aktuálně dané zařízení. Jak uvádí Miovský (2006, str. 18) „Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání.“

- *Metodika*

Při shromažďování dat jsme aplikovali *kasuistické zpracování informací*. Patří mezi základní typy výzkumů v kvalitativním přístupu. Metoda nám umožnila důkladnější a komplexnější popis klientů ze zdravotnického zařízení Šumperk. Pomohla nám porozumět celkovým souvislostem i jednotlivým vztahům. Na jejím základě jsme sestavili doporučení pro další možnou práci s dětmi s handicapem pobývajících v Pavučince.

Pro zjištění postojů zaměstnanců ke speciálněpedagogické intervenci jsme užili metodu *polostrukturovaného rozhovoru*. Dle Miovského (2006, str. 159) je „polostrukturované interview nejrozšířenější podobou metody interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview. Vyžaduje ale náročnější technickou přípravu“ – vytvoření určitého schématu, které obsahuje okruhy otázek. Je možná záměna pořadí otázek.

- *Organizace vlastního výzkumu*

Výzkum probíhal formou sběru anamnestických dat u dětí s postižením. Součástí přípravy na realizaci výzkumného šetření v Kojeneckém ústavu Šumperk bylo nutné vymezit si vhodný zkoumaný vzorek dětí. Informace jsme doplňovali průběžně během absolvovaných praxí. Záměrně jsme volili děti se závažnějším handicapem, u kterých jsou širší možnosti uplatnění práce speciálního pedagoga raného věku.

Rozhovor jsem absolvovala se sociální pracovnící. Posloužil nám k obeznámení s organizací chodu zařízení a doplnil nám již získaná data. Následoval rozhovor se zdravotníkem, který je již několik let orientován na speciálněpedagogickou intervenci. Je součástí zdravotnického týmu sedmnáct let. Třetí rozhovor jsem vedla s dětskou zdravotní sestrou pracující v ústavu Pavučinka sedmadvacet let.

Nestrukturované rozhovory s dalšími zdravotníky jsem realizovala až po absolvování několika praxí poté, kdy si upevnil postavení a získal tak větší důvěryhodnost. Dalším kladným aspektem bylo zjištění, že opakovaným pobytem jsem mohla sledovat (metoda pozorování) práci sester a jejich přístup k dětem, u kterých jsem poté zpracovávala anamnézy.

Jako nevýhodu jsme při zpracovávání praktické části naší bakalářské práce vnímali neochotu některých zaměstnanců hovořit o aplikaci speciálněpedagogických přístupů.

Výhodou při zpracovávání empirické části byly opakované návštěvy ústavu za účelem plnění vysokoškolské praxe. Lépe jsem tak mohla poznat dětské klienty, prohloubit informace a znalosti, zakusit rozdílné přístupy zaměstnanců za přítomnosti výchovné sestry (která vyžaduje speciálněpedagogický přístup po celém týmu pracovníků), tak za její nepřítomnosti. Seznámila jsem se s různými postoji sester. Poznatky jsem si mohla upevnit díky opakované době strávené na pracovišti.

2.3 Charakteristika Kojeneckého ústavu Šumperk

2.3.1 Obecné informace o ústavu

Název: Dětské centrum Pavučinka Šumperk, p. o.

Kojenecký ústav

Historie: Kojenecký ústav a dětský domov v Šumperku byl založen již 8. 3. 1950. Byly zde umístěny děti na kratší i delší dobu - kojeneckého rovněž předškolního věku se zdravotní, sociálních a smíšenou indikací.

Kapacita zařízení: 47 lůžek – 3 inkubátory, 16 lůžek na oddělení novorozenců, 20 lůžek na oddělení starších kojenců, 2 lůžka pro děti na rehabilitačním pobytu s matkou, 6 lůžek pro matky. O klienty se starají: dětský klinický psycholog, sociální pracovníce, pediatr, výchovná sestra a tým čtrnácti dětských sester.

Zřizovatel i provozovatel: Krajský úřad Olomouc

Finanční zajištění:

- příspěvková organizace
- rozpočet dán od kraje
- sponzorské dary

Úhrady ze strany klientů (rodičů): Pobyt je klientům hrazen (dětem i rodičům). Rodiče si proplácejí pouze stravu a hygienické potřeby. Rehabilitace Vojtovou metodou je v současné době hrazena pojišťovnou.

2.3.2 Zaměření ústavu

Hlavní činností zařízení je poskytování všestranné péče dětem raného věku ze spádové oblasti. Vývoj přijatých dětí je mnohdy narušen či ohrožen z důvodů sociálních nebo zdravotních. Cílem je zajištění řádné péče dětem, jež nebyla nebo nemohla být poskytnuta domácím prostředím. Ústav zajišťuje dětem výchovně-vzdělávací a v první řadě sociálně-zdravotní péči.

„Centrum poskytuje mimo jiné laktanční poradenství. Péči o patologické novorozence a novorozence s nízkou porodní hmotností. Ošetrovatelskou péči o kojence - zacvičení matek zejména u vícečetných těhotenství. Rehabilitační týdenní pobyty pro rodiče a jejich děti. Není zde možné uskutečnit rooming in kvůli nedostačujícím prostorám.

Dále centrum poskytuje péči o chronicky nemocné děti - hospicovou péči. Rehabilitace převážně Vojtovou metodou - součástí je zácvik rodičů. Poradenská činnost pro rodiče. Nově zavedeným opatřením je tří denní pobyt rodičů, kteří dostali možnost osvojení dítěte z kojeneckého ústavu. Je to vhodná forma zaučení rodičů a seznámení se s dítětem.

Je zde poskytována akutní péče o děti ohrožené na zdraví či životě, děti určené do náhradní rodinné péče. Azylové krátkodobé ubytování matek s dětmi, které se ocitly ve stavu nouze. Zajištění utajeného porodu, ambulantní rehabilitační léčba a sledování ve specializované poradně. Je možné zapůjčení monitorů dechu na kratší dobu.“

(Kojenecký ústav Pavučinka Šumperk)

Vojtova metoda v Pavučince

Pavučinka poskytuje rehabilitaci Vojtovou metodou od pondělí do pátku v časovém rozmezí 8 - 14h. Zajišťují ji 2 fyzioterapeutky. Pojišťovny hradí dětem 15 návštěv. Probíhá zde i zaškolení rodičů pro domácí cvičení touto technikou. Pavučinka je jediné pracoviště Vojtovy metody pro Jesenícko. Nejbližší je pak Olomouc, z tohoto důvodu je kapacita klientů mnohonásobně převyšena.

2.3.3 Příjem dítěte do kojeneckého ústavu

Příjem dětských klientů zajišťuje sociální pracovnice. Zdravotní prohlídka, která je součástí převzetí klienta, je zajištěna lékařem. Ve specifických případech o přijetí rozhoduje ředitelka ústavu. Příjem probíhá v předem určené místnosti, ve které je vybavení nutné k vyšetření. Vše probíhá za účasti sociální pracovnice, vrchní sestry, popřípadě i za účasti klinického psychologa (spíše u starších dětí). Vrchní sestra s pomocí další sestry zajišťuje následné uložení dítěte. Dále zakládá dokumentaci, dle chorobopisu plní ordinaci lékaře. Součástí příjmu je provedení hygieny dítěte.

2.3.4 Charakteristika péče o dítě v ústavu

Pozitivní faktory ovlivňující děti raného věku v Pavučince

Kojenecký ústav zajišťuje odbornou zdravotnickou péči spolu s vlídným a aktivním přístupem personálu. Sestavení týmu odpovídá široké škále potřeb dítěte. Materiální vybavení zařízení je mnohdy nadstandardní s porovnáním s nefungující rodinou. Organizace chodu zařízení (plán výchovné práce) vychází z potřeb dětí raného věku. Režim dne je sestaven dle věku a potřeb dětí, které jsou aktuálně přijaty do ústavu. Starší děti mají například jiný spánkový režim, jinak sestavený jídelníček. Děti jsou vedeny k samostatnosti (stravování, vyprazdňování a podobně). Snahou všech pracovníků je mimo jiné rozvoj řeči u klientů (tedy komunikační kompetence). Obecně je to velký problém všech ústavních zařízení tohoto typu. Výchovná sestra sestavuje individuální výchovný plán, určuje klíčovou sestru k danému dítěti. Klíčová sestra je poučena o další intervenci s dítětem. Plán je hodnocen výchovnou sestrou jednou měsíčně. U dítěte je hodnocena jemná a hrubá motorika, komunikační kompetence, myšlenkové operace – celkový psychosomatický rozvoj.

Negativní faktory ovlivňující děti raného věku v Pavučince

Přístup není tak individuální jako v rodinném prostředí a to způsobuje opoždění v nástupu řeči. Převaha zdravotnického personálu plní otázku potřeb fyziologických, vlídný a aktivní přístup je znatelný. K dětem s postižením je však přistupováno dle našeho mínění s odstupem a práce s nimi je přesouvána z velké části na výchovnou sestru, žákyně zdejší zdravotnické školy a praktikanty vysokých škol. Přístup k dítěti značně ovlivňuje hloubka postižení dítěte a jeho pokroky z hlediska samostatnosti a sociálních projevů (smích, pláč, broukání, reakce na podněty). Pro časovou vytíženost výchovné sestry bychom doporučili i možnost dobrovolnictví pro zintenzivnění aktivizaci těchto dětí.

2.4 Charakteristika výzkumného souboru

Předmětem výzkumu byli klienti s handicapem pobývající v Kojeneckém ústavu Šumperk. Při zkoumání dalších možností práce s klienty jsme přihlíželi k přístupu a vlivu postojů zaměstnanců na tyto děti.

Veškeré *případové studie* (celkem pět) jsme sestavili u dětí přijatých v raném věku, pro které je mimo jiné důležitá speciálněpedagogická intervence. Anamnestická šetření jsme v průběhu praxí doplňovali o aktuální informace.

- První dívka V. byla klientka Pavučinky od března 2009 do listopadu 2011. Jako dítě s kombinovaným a těžkým mentálním postižením byla hospitalizována v tomto zařízení ze zdravotních a sociálních důvodů.
- Chlapec L. přijat s matkou v roce 2006 na zácvik. Pro následný zdravotní stav - kvadruspastická forma dětské mozkové obrny (dále DMO) a těžké mentální postižení pravděpodobně po úraze, trvale klientem ústavu do současnosti.
- Dívka J. byla umístěna do zařízení ze sociálních i zdravotních důvodů. V zařízení pobývala duben 2010 až leden 2011. Dívce byl diagnostikován Pierre Robin syndrom a pro nízkou hmotnost jí byla zavedena sonda (PEG) do žaludku, umožňující přijímat živiny.
- Chlapec T. P. přijat s mnohočetným kombinovaným a těžkým mentálním postižením v červnu 2010 do dnešních dnů ze zdravotních důvodů. Jeho prognóza je do budoucna nejistá.
- Chlapec T. přijat v lednu 2012 do nynějška. Důvody přijetí sociálního a zdravotního charakteru. Podezření na centrální poškození mozku.

Respondenty rozhovorů jsme volili dle různorodosti a propojenosti resortů i jejich přístupu k práci s klienty. Použili jsme trojrozměrný model v přístupu k dětem pobývajícím v Kojeneckém ústavu Šumperk. Pohled vedení Pavučinky nám zajistil rozhovor se sociální pracovnící. Výchovná sestra poskytla svůj pohled z hlediska speciálněpedagogické intervence a zdravotní sestra zajistila přístup ze zdravotnického pojetí.

- Sociální pracovníce Z. L. - věk 50 let, délka praxe 18 let v oboru, 2 roky pracuje v Pavučince, vysokoškolské vzdělání. (viz příloha č. 1).
- Výchovná sestra I. Z. – věk 35 let, délka praxe v Pavučince 17 let. Pracuje na pozici výchovné dětské sestry. Speciálněpedagogické přístupy aplikuje 5 let a dále se vzdělává v tomto oboru. Dosažené vzdělání má střední zdravotnické,

absolvovala pomaturitní studium v oblasti výchovné péče. Nikde jinde před tím nepracovala (viz příloha č. 2).

- Zdravotní sestra L. K. – věk 57 let, praxe v Pavučince 27 let, před tím zaměstnána na dětském oddělení. Vzdělání střední zdravotnické s doplněním o specializaci dětská sestra (viz příloha č. 3).

2.2.6 Sběr dat

- **Případová studie č. 1**

Osobní anamnéza:

Dívka V. narozena v květnu 2003 jako 2. riziková gravidita ve 25. týdnu spontánním porodem. Porodní váha 4900g, apgar skóre při narození 1, 6, 6.

Ultrazvukové vyšetření mozku s nálezem - rozvoj hydrocefalu → zaveden V-P shunt pro odvod mozkomíšního moku do žaludku. Diagnostikována amauroza, těžká psychomotorická retardace a kvadruspastická dětská mozková obrna.

Pro zhoršování zdravotního stavu zavedena enterojuvenilní sonda PEG, přes ni krmena 5x za den 250ml Nutridrink (dle ordinace lékaře) již 3 roky. Přestože příčina není objektivní, jakákoli snaha o odbourání krmení sondou selhalo. Dívka obecně nesnese kontakt s orofaciální oblastí a není schopna ústy přijímat žádnou stravu. Je registrována v gastroenterologické poradně. Dentální chrup má, ale nepoužívá jej. V prosinci 2010 váha 17kg, výška 108cm.

Farmaceutická anamnéza:

Antiepileptika, laxantiva. Pro trvalé obtíže s vyprazdňováním stolice jsou dívce podávány glycerinové čípky vždy třetí den od poslední stolice. Při nachlazení inhalace a vlhčení vzduchu.

Sociální anamnéza:

Matka narozena 1967, psychiatricky sledována - závislost na alkoholu.

Otec narozen 1967, psychiatricky sledován - závislost na alkoholu. Rodiče zájem o dítě neprojevují. Nikdy zařízení nenavštívili, dívka přesto není právně volná. Po narození umístěna do Kojeneckého ústavu v Ústí nad Labem, posléze do Dětského domova v Dobřichovicích (leden 2009). Odtud ze zdravotních důvodů přemístěna do Dětského centra Pavučinka (9. 3. 2009).

Psychomotorický vývoj:

Dívka nelozí, nepostaví se, zaujímá „žabí pozici“. Velmi hrubé ohodnocení na průběh II. trimenonu (ve vývoji je na úrovni 4 - 6 měsíčního dítěte). Pokroky ve vývoji

nejsou příliš patrné. Částečně ovládá pravou horní končetinu. Bouchá se pěstí do hlavy, přítomny stereotypní pohyby (zvláště při rozrušení). Ze strany speciálněpedagogických pracovníků snaha o rozvoj komunikačních schopností pomocí zástupných předmětů.

Vypracován individuální vzdělávací plán, který je zpracováván 1x za 6 měsíců, hodnocen 1x za měsíc.

Myšlení a paměť:

Dívka komunikuje se svým okolím zvuky, hlesy. Ze strany výchovné sestry snaha o koncentraci pozornosti. Při činnosti s dítětem omezit rušivé elementy z okolí. Slovní komunikace probíhá popisem činností, které předcházejí aktivitám (ne u všech zaměstnanců je pravidlem). Pro komunikaci byl zaveden systém zástupných předmětů (například mycí houba do dlaně před koupáním, plena před přebalením,...). Reakce na hmatové symboly je však minimální, nezáměrná.

Dívka projevuje nelibost hlasitými zvuky, slzami, má snahy o kousnutí. V noci často budí ostatní děti, je hlučná. Spánek má obecně velmi neklidný a krátký. Někdy se ráda mazlí, ale pracovníky drápe a plácá (i v dobrém úmyslu).

Ve zkoumání svého okolí využívá nejvíce hmat, natáčí hlavu při sluchové stimulaci. Aromaterapie je užívána pro stimulaci čichu, ale její reakce nejsou jasně vypovídající o efektivnosti. V chuti nelze využít manipulaci v orofaciální oblasti, jsou vítány náměty jak „nastimulovat“ dívku v této oblasti.

Pozitivní faktory ovlivňující dívku V.:

Aplikovány výchovy: rozumová, pracovní, smyslová (zraková a sluchová), pohybová (snaha o rozvoj jemné a hrubé motoriky), vibrační a zvukové hračky, relaxační místnost s vodním lůžkem, overball, masážní míčky („ježci“).

Rehabilitace prováděna Vojtovou metodou (1-2x za týden pro uvolnění spasmů), aromaterapie, 1x/14dní solná jeskyně, masážní vířivka pomocí speciální podložky - dívka kladně přijímá vodu a koupání. Dále muzikoterapie, Orffovy nástroje, ty jsou vkládány dívce do rukou.

Canisterapie 1x za 14 dní – dívka se zprvu bála, následovalo uvolnění. Hypoterapie probíhá v letních měsících nebo při vhodném počasí. Dívka reaguje podobně jako u canisterapie. Dříve Bobath terapie od níž se upustilo.

Little Room (uzavřená plocha s visícími předměty pro hmatovou i sluchovou stimulaci, např. řetázek, houbička, gumové hračky, igelit,...), plocha se zrcadlem, prosvětlená a tmavá plocha. V. bouchala do předmětů náhodně, nekoordinovaně.

Light Box (světelný box pro zvýraznění předmětů), dívka však vnímá jen nahodilým pohmatem. Černá tabule, na ni vkládány velké bílé předměty – od této činnosti bylo ustoupeno, u dívky se neprojeví žádné zbytky zraku.

Zaměstnanci respektují osobní zóny dívky - při mytí nesnese kontakt s genitálem, dostává se do flexe a křičí. S orofaciální oblastí je to podobné, nesnese ani stimulaci jídlem, která byla aplikována při pokusech dívku naučit jíst per os.

Závěr a další doporučení:

Možnosti vzdělávání:

V. je první klientkou Pavučinky, u které pověření zaměstnanci museli řešit povinné vzdělávání. Do roku 2005 byl možný dvouletý odklad školní docházky, nyní je možný jen jeden rok. Bylo nutné zajistit péči speciálního pedagoga a odborného metodického vedení. Speciální školy pro děti od 8-12 let jsou v okolí Šumperku dvě. Vzdělávání ve skupině nebylo shledáno nejvhodnějším. Z důvodů těžké mentální retardace dívky byla sestavena individuální vzdělávací péče formou stimulace ve známém prostředí po dobu dvou let pod vedením speciálního pedagoga ze SPC Mohelnice. Povinné vzdělávání zajišťuje Olomoucký kraj. Bylo shledáno, že pro dívku v tuto chvíli již není možné zajistit kvalitnější péči. Dívce je zajištěna kvalitní zdravotní péče, individuální přístup, speciálněpedagogická intervence s doporučením odborníka z UP Olomouc.

Alternativy dalšího umístění:

Na počátku rozhodnutí o pobytu klientky v Pavučince bylo náhodné setkání ředitele zdravotního zařízení v Ústí nad Labem a bývalého ředitele Pavučinky. Problematika umístění těžce psychomotoricky postiženého dítěte byla spíše na ochotě starat se o takového klienta a zajistit vhodnou péči a vybavení. Padlo kladné rozhodnutí o převezení klientky do Pavučinky. Se zvyšujícím se věkem a rozměry dítěte proběhlo jednání o možnostech umístění klientky do jiného pobytového zařízení. Byla jí poskytnuta neoptimálnější péče s ohledem na její stav a potřeby.

Z hlediska bezpečnosti byla pro další malé děti velmi důležitá neustálá kontrola. V. chytala děti pod krkem, štípala, odsouvala na stranu. Nevnímala je jako živé a ohmatávala je stejně jako hračky. Nedá se s jistotou uvést, že by děti cíleně zkoumala. Domnívám se, že dospělé osoby chápala stejně, tahala silou za oděv, štípala. Usmívat jsem se ji neviděla. S dívkou jsou vítané i činnosti pro hmat, např. probírání se fazolemi. Fazole do úst nedává, neolizuje ani hračky. K „modelíně“ má odpor. Nejvíce se dívce líbí muzikoterapie a koupání.

Vzdělávání a práce s dívkou se odvíjí od individuálního vzdělávacího plánu. Veškeré činnosti jsou pečlivě zaznamenávány do osobní složky dítěte, stimulace je založena na projevech libosti x nelibosti. Úspěch či neúspěch je ovlivněn přístupem pracovníků, dostatkem času a finanční situací kojeneckého ústavu.

Negativní faktory:

Zpětná vazba od V. také zčásti ovlivňuje jednání a manipulaci s dítětem. Setkala jsem se i s přílišnou opatrností v přístupu či nezájmem o jakoukoli další činnost, mimo uspokojení základních potřeb. Dále se nepodařilo upravit narušený spánkový režim. Také bychom přezkoumali možnost navázání bližšího kontaktu s dívkou. Nebyla u ní rozvíjena potřeba sounáležitosti a lásky s odůvodněním „nemá ráda tělesný kontakt“. Domníváme se, že dívka nezná očekávané reakce při „mazlení“ a proto tahala za oděv, bouchala. Nebyl to ale záměrný negativní přístup dívky.

Poznámka pro rok 2012: V současné době je dívka umístěna v Domově pro osoby se zdravotním postižením Medlov. Dívka zde byla umístěna z důvodů své hmotnosti a rozměrů postavy - byla nebezpečná pro ostatní děti.

- **Případová studie č. 2**

Osobní anamnéza:

Chlapec L. se narodil v roce 2005. Byl 1. gravidita matky, fyziologický nález, 38. týden, 3220g, 48cm. Porod se uskutečnil v Olomouci.

Rodinná anamnéza:

Matka 25 let, základní vzdělání, epileptik. Žije se svým druhem a nyní i dalším potomkem ve špatných sociálních podmínkách. U matky proběhl 14-ti denní zácvik, poté propuštěna domů. U dítěte posléze nález hematomu, pravděpodobně úraz zaviněný matkou (neprokázáno). Elektroencefalograf (dále EEG) bez nálezu. Po 10-ti dnech u chlapce porucha vědomí, hospitalizace z důvodu křečí. Na vyšetření počítačovou tomografií (dále CT) craniotrauma, mechanismus vzniku nejistý. Diagnostikována DMO ve formě spastické kvadruparézy. Rodiče chlapce navštěvují nepravidelně, snad 1x za měsíc.

Hrubá a jemná motorika:

Omezená pohyblivost obou paží, chlapec preferuje levou ruku. Sám se otočí na břicho a zpět. Pase koníky, horní končetiny natahuje minimálně. Neplazí se, neleze, nepilotuje, nezapře se o natažené horní končetiny. Z důvodu spasticity končetin si nesesedne. Snahu o sed ani žabí pozici nemá. Převládá u něj horizontální poloha na zádech. Úroveň hrubé motoriky určena mezi 5. - 6. měsíc (2. trimenon).

Jemná motorika:

Hračku chlapec uchopí, třese s ní, bouchá do ní. Drobný předmět vůbec neuchopí. Hračku si z ruky do ruky nepředává. Ruce spojuje, ale spíše nezáměrně, nehraje si s nimi. Levou ruku dává stále do úst. Předměty zkouší také chuťově. Úroveň jemné motoriky odhadována na 4. až 5. měsíc.

Myšlení a paměť:

180° sleduje hračku, sociální kontakt má. Projevuje libé a nelibé pocity, nahlas se směje, v řečové oblasti náznak slabik. Socializace a přítomnost mezi ostatními dětmi zajištěna denně. Mezi dětmi posazován pomocí polohovacích pomůcek (klínky nebo posazení do chlapcovy ortopedické židle). Snaha o vertikalizaci. Účast na akcích, výletech Pavučinky. Reakce na zástupné předměty nejsou zřejmé, na osoby reaguje. Nevoli projevuje při příchodu rehabilitační pracovnice. Má radost při příchodu výchovné sestry. Je tedy zřejmé, že chlapec rozlišuje osoby jemu přinášející pravidelné a výrazné stimuly.

Strava:

Převážně odmítá - především kaše. Má rád změny ve stravě a smetanové jogurty, rozmělní i kousky chleba, maso. Nepoužívá chrup pro kousání, jazykem a horním patrem stravu rozmělnjuje.

Komunikace:

Zrakový kontakt letmý (snaha o navázání ze strany výchovné sestry). Dále snaha o komunikaci pomocí zástupných předmětů. Změna intonace a síly hlasu. Při vyjádření nelibosti klientem ukončení činnosti – nácvik negativní reakce (opět se slovním doprovodem). Konec „práce“ značíme uchopením rukou, jejich zkřížení s komentářem „hotovo“. Tento rituál probíhá pravidelně jen s výchovnou sestrou.

Pozitivní faktory ovlivňující chlapce L.:

Vojtova metoda aplikována 1x denně 5x za týden z důvodů uvolnění spastického držení končetin a snazší manipulaci s dítětem po zacvičení. Solná jeskyně, hypoterapie, canisterapie (1x za 3-4 týdny), perličková koupel (každé tři dny) - reakce nevýrazné.

Komunikace pomocí zástupných předmětů: zelená lžička, oranžová houbička (ty považujeme za stěžejní), dále chrastítka pro výchovný program, rolnička pro rehabilitaci, pás látky s chlupatou strukturou pro canisterapii.. Z provozních důvodů se ujaly jen první dva zástupné předměty, na které chlapec projevuje reakce. Za velký úspěch považujeme vertikalizaci dítěte s užíváním ortopedické židle a stravování pomocí lžičky. Není nucen do stravy, kterou odmítá – nácvik negativní reakce. Veškeré aktivity komentovány.

Poznámka pro rok 2012:

Po dobu práce s klientem jsme aplikovali rituály v denních aktivitách dle instrukcí. V současné době se pracuje na otázkách komunikace, kde chlapec jeví nepatrný pokrok. Nemůžeme však říci, zda chlapec reaguje náhodně či záměrně. Někdy dokáže chlapec sluchem dobře rozpoznat, o jakou aktivitu půjde již jen z příchodu dané pracovnice, z toho je však přebalován výchovnou sestrou a reaguje jako by měl jít na rehabilitační cvičení.

Chlapcův zdravotní stav je neměnný, tělesné proporce neodpovídají věku. Chlapec je stále kachektického vzhledu. Stále je na úrovni šestiměsíčního dítěte, vývoj je značně omezen. V otázce komunikace pomocí zástupných předmětů se osvědčila dlouhodobě jen zelená lžička pro stravování, u houbičky a dalších předmětů nelze určit, zda reakce patřily danému předmětu. Intenzivní speciálněpedagogická činnost a stimulace dítěte v určené místnosti je 1x denně, asi 3x za týden. Nejaktivnější je chlapec v dopoledních hodinách. Optimum vidím alespoň 2x denně 20 minut, dle aktuálního naladění chlapce.

Chlapci jsou předkládány zvukové nástroje, hračky. Snaha o komunikaci pomocí bouchnutí do bubínku. Trénink synchronizace oko ruka. Obecně aplikujeme multisenzoriálně přístup. Na konci práce s dítětem relaxační cvičení na bázi snoezelen. Zapojování dítěte do kolektivu probíhá stále, pokud je to možné. Denně jezdí v kočáře na projížďky po okolí. Nabídka služeb poskytovaných dítěti je dostatečná.

Negativní faktory působící na chlapce L.:

Problém vidíme ve frekvenci, neustále se potýkáme s nedostatkem času. Zlepšení vidíme v určení jednoho pracovníka jen pro speciálněpedagogickou intervenci. Využití služby dobrovolnictví by zčásti zlepšila četnost práce s klientem.

Potřeba sounáležitosti a bezpečí je spíše opomíjena. Pravidelný chod ústavu by měl udržovat dítě v jistých rituálech. Nepodařilo se ale prosadit veškeré navrhované zástupné předměty, aby bylo dítě informováno o následující akci. Samotný čas věnovaný navázání sociální blízkosti je prozatím z důvodu vytíženosti výchovné sestry nedostačující.

Zdravotní personál přistupuje k dítěti spíše z popudu splnění jeho fyziologických potřeb, neverbální přístup je spíše neosobní. Sestry na chlapce nekladou výchovné požadavky, kromě situací sebeukájení chlapce, kdy je okřiknut. Výchovná sestra udržuje neustálý kontakt, energický přístup, pochvaly pohlazením, změnou intonace hlasu. To považujeme za velký klad při práci s tímto klientem. Jsou také patrné jeho radostné reakce při vstupu výchovné sestry, což značí o reflexi v takto navozeném vztahu.

- **Případová studie č. 3**

Osobní anamnéza:

Dívka J., narozena v červnu 2009, ve FN Olomouc. Byla dítě ze 4. gravidity, porod spontánní ve 39. týdnu. Apgar skóre neuvedeno, váha 2230g, délka 47cm. Po porodu cyanóza, nutnost umělé plicní ventilace. Od 10. dne tracheotomie (pro dechovou nedostatečnost). Dle nálezu konstatován Pierre Robin syndrom. Zavedena PEG sonda pro nízkou hmotnost. Po 28. dnu hospitalizována na dětském oddělení a následně převezena do Kojeneckého ústavu v Olomouci, zde pro nespokojenost rodičů ukončena vzájemná spolupráce a v dubnu 2010 převezena do Kojeneckého ústavu Šumperk. Zde pobývala do ledna 2011. Snaha o samostatné stravování, dívce byla podávána strava po lžičkách (viz sebeobsluha).

Cílem bylo dosáhnout zvýšené hmotnosti, plné stravování per os minimálně po dobu 6 měsíců, aby mohla být dívce zrušena tracheotomie a sonda PEG.

Rodinná anamnéza:

Matka narozena v roce 1976, nezaměstnaná, má epilepsii. Bydlí u své matky (u ní uveden diabetes). Se současným přítelem byla v době hospitalizace dívky opět gravidní (porod únor 2011). Spolupráce obtížná. Při zácviku s dítětem byla arogantní a odměřená, neschopná práce s katétre. Za dívkou dojíždí velmi ojedinele. OSPOD řešil sociální situaci rodiny. Biologický otec dítěte neuveden, pouze že jeho bratr měl rozštěpovou vadu u orofaciální oblasti, jeho sestra nefrotický syndrom.

Psychomotorický vývoj:

Dívka měla v prosinci 2010 17 měsíců, psychomotorikou odpovídala na 14 měsíců věku. Vývoj ovlivněn pro nedostatečnost podnětů, zdravotní kondici, individuální činnost a dobou hospitalizace ve zdravotnických zařízeních.

Hrubá motorika:

Dívka s dopomocí chodila do schodů, nohy nestřídala, kopala do balónu.

Jemná motorika:

Klešťový úchop, vhazovala korálky do nádoby, vyvlékala korálky, otevřela krabičku.

Myšlení:

V době pobytu v ústavu se učila ukazovat kde má oči, nos, části těla.

Sebeobsluha:

Pro sondu PEG oblast stravování opožděna, v době mé praxe se velmi zlepšovala. Během 14 dní plně přešla na stravování lžičkou (krmena), má chuť. V Pavučince mají

potvrzeno, že děti s Pierre Robin syndromem ve věku 2 let nabývají hmotnost a plně přecházejí na stravování. A to i u případů dětí, které neměly od lékařů příznivou prognózu. Od 18. měsíce vysazována na nočník.

Sociální kontakt odpovídal věku dítěte – dívka dovádí, ukazuje na předměty, směje se, je mazlivá. Přes svůj handicap se pokoušela vyluzovat hlásky. K ostatním dětem kontaktní a hodná. Je velmi bystré, zvědavé, vlídné a optimistické povahy. Nelibost projevuje hlavně u stravy, která jí nechutná. Má ráda měkké perníčky a smetanové ochucené jogurty.

Řeč:

Opožděna ve vývoji kvůli katétru, souhlásky mama, papat – snaha o smysluplnou výslovnost. V době pobytu sestaven individuální vzdělávací plán, hodnocen 1x měsíčně.

Poznámka pro rok 2012: Dívka byla navrácena po zácviku rodičů a zlepšení sociálních podmínek do rodiny.

Pozitivní faktory působící na dívku J.:

J. se v psychomotorickém vývoji výrazně zlepšila. Řečová stránka byla opožděná, další intervence doporučena s logopedem. Sociální důvody pominuly. Opožděný vývoj hrubé a jemné motoriky se zlepšil po příchodu do Pavučinky, na konci období odpovídala věku. Aplikován multisenzoriální přístup. Intervencí a zařazením do kolektivu došlo k rozvoji po všech stránkách. Opoždění vývoje bylo způsobeno institucionální výchovou, hospitalizacemi v nemocnici. Poskytované služby v Pavučince jsme vnímali jako dostačující. Dívka byla velmi šikovná a tak k ní přistupoval i zdravotní personál. Viděly u ní velké změny. Pochvala a pohlazení (tedy verbální i neverbální přístup), pochování bylo z našeho pohledu optimální. Nejvíce času trávila dívka na herně s ostatními dětmi. Přívětivé jednání s prvky výchovy bylo součástí denního dění.

Negativní faktory ovlivňující dívku J.:

Potřeba sounáležitosti byla odsunuta do pozadí - chod zařízení neumožňoval trávit s dívkou pravidelně chvíle osamocené. Zde bychom také uvítali pravidelný individuální přístup k dívce, například formou dobrovolnictví.

V letních měsících 2011 bylo v plánu zrušení tracheotomické kanyly. Z důvodu žádných dalších zpráv o rodině nevíme, zda se zrušení kanyly uskutečnilo. Bohužel rodina byla sociálně slabší povahy a nadále nebyla navázána zpětná vazba o dalším rozvoji dívky.

- **Případová studie č. 4**

Osobní anamnéza:

Chlapec T. P, narozen 1. 12. 2009. Přijat na novorozenecké oddělení Pavučinky v červnu 2010 z nemocnice Šumperk. Dítě z 2. gravidity, narozeno v 36. týdnu. Porodní hmotnost 4220g, délka 47cm. Po porodu patrná stigmatizace, krátký krk, nízko posazené boltce, malá ústa, anomální postavení prstů na horních i dolních končetinách – kombinované postižení. Ihned po porodu ataky tachypnoe. Po propuštění domů apnoe pauzy, odvezen do FN Olomouc. Zde křeče, rozvoj kvadruspasticity. Zavedena tracheostomická kanyla (dále TSK). Přidružené onemocnění srdce a ledvin. Amauróza z důvodu nízkého intelektu plně neprokázána.

Rodinná anamnéza:

Všichni zdraví, má jednu starší a jednu mladší sestru, rodina je jehovistického vyznání a z rozhovorů vyplívá víra v uzdravení chlapce. Pravidelně chlapce navštěvují, asi jedenkrát za měsíc. Bližší informace nezjištěny.

Sociální anamnéza:

Dítě přijato se zdravotní indikací k dlouhodobému pobytu vyžadující odbornou zdravotní péči. Zřejmá psychosomatická retardace. U chlapce dochází stále k apnoickým pauzám dechu, k poruchám srdečního rytmu. V posledních měsících několikrát nutná resuscitace.

Jemná motorika:

Z důvodů deformit rukou chlapec neuchopí hračku, prsty stále ve stejné poloze. Jsou mu vklány předměty různé struktury do rukou. Několikrát za den ručky dává k sobě.

Hrubá motorika:

Dítě s kvadruspastickou formou dětské mozkové obrny. Tělo je orientováno na pravou stranu. Chlapec se sám neotočí, je polohován na pravý a levý bok. Z důvodů zavedení sondy PEG k výživě chlapce a tracheotomické kanyly, není možné dítě polohovat na břiše. Hlavu neudrží, nepase koníčky. Rehabilitován dle Vojty 1x denně. Při intervenci chlapec – pracovník, vždy zapojuje stereotypní pohyby dolních končetin, při jejich přidržení jeví známky větší soustředěnosti.

Jemná motorika:

Ručky se snaží spínat k sobě, díky vrozené anomálii omezen úchop, někdy bouchne mimovolně ručkou do zavěšené hračky. Úchop je neuvědomělý, předměty pouští nebo mu zůstanou v ruce skrze spasmus.

Hmat:

Rozvíjen stimulací pomocí různých materiálů – koberec, houbička, vibrující hračky, rehabilitační ježek, prvky bazální stimulace.

Zrakové vnímání:

Zachován světlocit (dle záznamů), zorničky bez reakce, oči nefixují předmět, mimovolné pohyby bulvy.

Sluchové vnímání:

Zřejmě v normě – nebylo provedeno odborné vyšetření, na zvuky reaguje zpozorněním. Při manipulaci s chlapcem přítomen slovní popis činností ze strany výchovné sestry (speciálního pedagoga). Snaha o změny intonace, povzbuzování, pochvaly slovní i pohlazením, oslovujeme jménem. Reakci či zpětnou vazbu jsme ale nerozpoznali.

Chuť:

Stimulace malou dávkou podané stravy, kterou jinak přijímá pouze přes NG sondu. Za dobu mého pobytu tato stimulace neprobíhala. Strach z aspirace. Bohužel pro neměnný stav a poruchu přijímání potravy, bude v brzké době zavedena výživa přes PEG.

Čich - občas aplikována aromaterapie.

Pozitivní faktory:

Týká se zejména změny prostředí (herna s kobercem a hračkami), využití smyslových podnětů (reakce na zvukové podněty), vedení pravé paže za sepnutím hračky, bouchnutí do bubínku. Probíhala úprava režimu dne – doba spánku, stravování, bdění a aktivity. Rozpoznání dobré x špatné nálady. Při kladném naladění chlapce byly přítomny stereotypizované pohyby současně obou dolních končetin (mimovolní kmitavé pohyby). Zajímavé bylo, že když se sám začal soustředit, na chvíli pohyby přestaly. Zvýšená salivace byla také známkou spokojenosti. Při rozčilení krčí čelo (namísto pláče), třeba více odsávat kvůli tvorbě hlenu v kanyle.

U chlapce T. P. zahájen multisenzoriálně přístup. Stimulace chuti, čichu, sluchu a hmatu. Prvky bazální stimulace. Záleželo na psychickém rozpoložení. Některé dny se podaří pracovat s chlapcem až půl hodiny jen s jedním odsátím hlenu z tracheotomické kanyly zdravotní sestrou, což považujeme za velký pokrok. Jindy je chlapec rozrušen, zahleňuje se, potí se, krčí čelo, činnost je tedy ukončena velmi brzy. Chlapcovo naladění velmi záleží na úspěšné defekaci, je pak v psychické pohodě, lépe snáší manipulaci.

Stimulace hmatu probíhá pomocí změny podložky pod klientem, užívání různých struktur materiálů, masáže, vkládání různých i vibrujících předmětů. Trénink bouchnutí do předmětu, který je pravidelně umisťován na pravé straně dítěte tak, aby byl chlapci na

dosah. Ruka zprvu vedena aby věděl o předmětu, pak snaha o samostatné vykonání pohybu.

V průběhu praxe se podařilo dosáhnout změny prostředí. Vzhledem ke stavu dítěte nebyla dříve možnost kontaktu s běžným prostředím (exteriérem). Po dohodě s lékařem byla zakoupena ruční odsávačka tracheotomické kanyly, díky tomu se chlapec poprvé dostal do venkovního prostředí. S velkým úspěchem jsme zjistily, že chlapec změnu vnímal pozitivně. Den první vycházky s dítětem byla poprvé zaznamenána reakce na světlo a stín pomocí slunečních paprsků dopadajících na kočár s dítětem. Světlocit se projevil jako velmi dobře zachovaný. Za hodinovou procházku se odsával 2x. Do budoucna chceme upevnit pravidelnost vycházek, zlepšení zdravotního stavu. Návštěvy místnosti určené i ke snouzení chceme uskutečňovat častěji. Snaha o změnu stereotypu v postýlce. U chlapce chceme zdůraznit výbornou zdravotní péči, kdy je zajištěno pravidelné polohování, odsávání... Vlídný přístup je součástí každodenního přístupu k chlapci.

Negativní faktory ovlivňující chlapce T. P.:

Zpočátku jsme bojovali s nevolí sester při návrhu procházky v exteriéru (zdravotní problémy, přitěž, pocení, salivace, zašpinění...). Postýlku bychom doporučili orientovat více do prostoru, kvůli vnímání zvuků ze všech stran. Bohužel z důvodů rozměrů pokoje nelze uskutečnit. Uspokojování potřeb fyziologických je adekvátní, bohužel potřeby jako je láska, sounáležitost dítě nepocítilo. Od narození leží v postýlce a je v náručí pouze po dobu manipulace za účelem přemístění. Potřeba bezpečí nelze posoudit, je zde však znatelný opatrný, klidný přístup k dítěti. Slovní kontakt je z valné části veden pouze ze strany výchovné sestry a speciálních pedagogů, kteří pracují s dítětem. Frekvence je nedostačující.

• **Případová studie č. 5.**

Osobní anamnéza:

Chlapec T. narozen v prosinci 2011, VII. gravidita matky, VI. porod (všechny děti umístěny do dětských domovů), tento proběhl mezi 37.-38. týdnem gravidity v sanitě RZP spontánně záhlavím, plodová voda zelená. Dítě s dobrou srdeční akcí a spontánním dechem následně cyanotické, hypotonické, provedena nepřímá srdeční masáž, apgar skóre 6 – 7 – 7 (hodnoceno zpětně po příjezdu na novorozenecké oddělení). Novorozenec 2055g, délka neuvedena, uvedena hraniční nezralost, pulz 110/min. Dítě podchlazené, hypotonické, cyanóza na akrálních částech těla, uloženo do inkubátoru s O₂, nasazený

antibiotika. Dítě nepokojné, vyšetření CT – hamoragie, ischemie mozková. V Pavučince rehabilitace Vojtovou metodou 2x denně.

Rodinná anamnéza:

Matka ročník 1972, silný kuřák, sledována psychiatrem pro úzkost, nespavost, pokus o suicidium v těhotenství nepotvrzen, ve 20. týdnu gravidity hospitalizace pro kolapsový stav. V současné době psychologa nenavštěvuje, lék Neurol užívala do srpna 2011. Otec ročník 1963, rodiče spolu nežijí ve společné domácnosti, další informace matka nepodala.

Stravování: Po přijetí krměn přes nasogastrickou sondu, nyní pije z lahvičky.

Charakteristika dítěte:

Dítě nepokojné, pohledově znatelně větší hlavička v temenní části. Dítě se jeví zdravé. Na akustické podněty reaguje. V novorozeneckém věku vyšetřen očním lékařem se závěrem „v pořádku“. Po vyšetření psychomotoriky jsme v měsíci březnu zjistili, že dítě nefixuje. Na rychlé přiblížení předmětu před očima nereaguje. Po omezení zorného pole, nebylo dítě stále schopno zafixovat zrak, dívalo se jakoby skrze předmět. Za světlem zrak nešel. Lékař byl na výsledky upozorněn. V plánu dítěte je zajistit oční vyšetření dle dohody, protože v dokumentaci starší vyšetření udává oční fixaci, což se neprokázalo. Uvedena retinopatie nedonošených. Chlapec po psychomotorické stránce odpovídá šestitýdennímu dítěti (v době naší intervence věk 3 měsíce).

Současný stav dítěte jako negativní faktor:

Současný stav dítěte řadíme z důvodů nejasné diagnostiky a doposud nejasného stavu, nejednoznačnému vyjádření lékařů, mezi možné negativní faktory.

Nyní probíhají kontroly pomocí neurologických vyšetření, rozhoduje se o vpravení V-P shuntu. Sledují se dilatace (rozšíření) komor.

Vojtovou metodou je zacvičen 2x denně- z provozních důvodů nelze stihnout více zacvičit, zaučit sestry nelze, každá je jinak zručná, dítě musí znát a přizpůsobit se novým požadavkům rehabilitační sestry, ta by musela zaučit všechny sestry pracující s dítětem (celkem 7 sester).

Vývoj chlapce zaostává, proto hledáme, zda je chyba v centrální nervové soustavě. Při chování se libě usmívá. Reaguje na libé a nelibé pocity. Začíná si broukat. Ruce spíná, dává je do úst. Jsou mu předkládány zvukové hračky. Vývoj je zaznamenáván do dokumentace.

V současné době probíhá stanovení lékařských diagnóz, na jejich základě bude následovat zhodnocení dosaženého vývojového stádia, pro získání podkladů k další intervenci. Poté bude zahájena speciálněpedagogická péče.

Další doporučení pro ovlivnění pozitivních faktorů působících na dítě:

U chlapce T. bychom doporučili co nejvíce rozvíjet kompenzační činitele a motivaci k pohybu. Dítě nosit na rukou z důvodů poznávání prostoru s neustálým slovním doprovodem. Motivovat dítě k pohybu pomocí hraček. Spojovat a tleskat s jeho ručičkami, obracet jej na břicho. Aktivovat a motivovat pomocí zvukových hraček, aby dítě co nejvíce pohybů zvládlo samo. Postupně můžeme zkoušet rozdílné struktury podložek, na kterých dítě leží, zapojíme i kontrast barev. Prvky bezpečnosti a pořádku jsou v tomto zařízení samozřejmostí. Zapojili bychom více mazlení s dítětem, chování v náručí, měnit slovní intonaci, chválit a hladit. Personál po nakrmení dítě chvíli pohupuje v náručí a následně odkládá do postýlky, proto v každé volné chvíli doporučujeme navázat sociální kontakt.

2.3 Analýza dat a vyhodnocení

U každé případové studie (celkem pět) bylo zhodnocení pozitivních i negativních faktorů z důvodu přehlednosti situováno přímo za dané anamnestické šetření (viz výše). Rozpracovali jsme možné návrhy pro další intervenci s dětmi, které jsou z převážné části součástí hodnocení pozitivních aspektů. Následující podkapitoly pojednávají o rozboru jednotlivých rozhovorů s pracovníky, kteří se zaměřují na rozdílnou oblast při práci s dětmi.

2.3.1 Analýza rozhovorů

- **Rozhovor se sociální pracovnící**

Sociální pracovnice Z. L. – věk 50 let, vysokoškolské vzdělání, délka praxe 18 let, v KÚŠ zaměstnána 2 roky.

Rozhovor byl orientován zejména na oblast sociální práce. Zjišťovali jsme pohled na současnou intervenci s dětmi z pohledu zákonných opatření. Důvody přijetí dítěte do zařízení. Byla patrná spokojenost s nynějším zaměstnáním z pohledu náplně práce a možnosti zcela se zaměřit na problematiku jednotlivých případů dětí. Sociální pracovnice zdůraznila nepřiměřenost případů na jednoho pracovníka z OSPODu, což má mnohdy za následek nemožnost zachycení problému v rodině již v prvopočátku, či dohlížení na rodiny

ze sociálně slabé rodiny, děti ohrožené jednáním svých rodičů. Nemožnost uskutečnit kontrolní šetření v daném časovém úseku byla alarmující. U problematiky dítěte ze sociálně slabé rodiny, či u odebrání dítěte z rodiny zdůraznila častou nespolupráci rodiny, což zapříčiňuje protahování soudních šetření a setrvávání dítěte v ústavu. Bylo zajímavostí, že nebyla příznivcem nezrušitelné adopce a to z důvodů pozdějších výchovných nesnází. 99% rodičů volí nezrušitelnou adopci, v období dospívání pak dochází u dítěte k idealizaci biologických rodičů a silným kolizím s adoptivními rodiči. Sociální pracovnice se kloní k širšímu seznámení veřejnosti s možností rodinné terapie a jejímu častějšímu využití v této problematice.

- **Rozhovor s výchovnou sestrou**

Výchovná sestra I. Z. – věk 35 let, délka praxe v Pavučince 17 let. Speciálněpedagogické přístupy aplikuje 5 let a dále se vzdělává v tomto oboru. Dosažené vzdělání střední zdravotnické, absolvovala pomaturitní studium v oblasti výchovné péče.

Z rozhovoru nám vyplívá, že je plně interesovaná do speciálněpedagogické intervence s dětmi vyžadující tuto péči. Dále popisuje její nesnáze vyplývající z aplikace péče vycházející z přístupu odlišného od zdravotníků. Popisuje nutnost zapojení všech zaměstnanců do speciálněpedagogických přístupů. Spolu s tím naráží na problém s pochopením potřeby stálosti rituálů, které jsou i nadále dodržovány spíše za její přítomnosti. Je patrná její snaha o edukaci pracovníků v této oblasti. Chápe časovou náročnost práce s handicapovanými dětmi a budoucnost vidí v jasném stanovení náplně její práce. Dále se vzdělává v oboru speciální pedagogika. Zdravotní personál oceňuje snahu, ale ponechává intervenci s postiženými dětmi na ní. Vnímá kladné faktory jako například zvyšující se prestiž zařízení, dlouhodobá spolupráce s odborníky z UP Olomouc a v neposlední řadě zapojení dětí s handicapem mezi intaktní děti a jejich dosažené výsledky. Je schopna vidět i minimální pokroky, které zdůrazňuje před ostatními pracovníky. Přístup se liší i v chápání celistvosti osobnosti dítěte a potřebu práce nejen s jeho fyziologickými potřebami, ale zejména je znatelná její snaha rozvíjet dítě i po stránce sociální. Aktivně zapojuje děti do veškerého dění ústavu. To má za důsledek pomalé, ale kladné změny postojů ostatních spolupracovníků.

- **Rozhovor se zdravotní sestrou**

Zdravotní sestra L. K. – věk 57 let, praxe v Pavučince 27 let. Předtím zaměstnána na dětském oddělení. Vzdělání střední zdravotnické s doplněním o specializaci dětská sestra.

Poukazuje na klady, které přináší práce výchovné sestry, pozitivum vidí zejména v případech, kdy si bere výchovná sestra dítě s postižením a ona se může věnovat zdravým dětem. Naopak více práce přináší manipulace s dítětem, kdy má být při stravě posazeno na svoji židli a ne krmeno v postýlce (případ u chlapce L.). Zapojování mezi ostatní děti jí v některých případech přijde zbytečné (případ chlapce L, a T. P., i dívky V.). Uvedla, že k aktivizaci dítěte využívá pomoci žákyň zdravotní školy. Připouští, že změny obecně vítá. Příchod speciálněpedagogické péče přinesla možnost navštěvovat s dětmi nové terapie (canisterapie, hypoterapie, solné jeskyně). Jsou zde zapojovány i zdravé děti, což je pozitivní. Zároveň připouští, že když si má vybrat v rámci kapacity, upřednostňuje zdravé děti (příklad s vycházkou). Z rozhovoru je také patrné, že je pro ni přehledné, pokud má informace uvedeny jasně do tabulek (zde myslíme zpracovaný individuální vzdělávací plán dětí), jimiž se má řídit.

Dle našeho názoru zdravotní sestry dokáží saturovat psychické potřeby intaktních dětí, tento fakt nám ale nevyšel pozitivně u dětí s postižením.

2.3.1 Závěry a diskuze výsledků

Primárním cílem naší bakalářské práce bylo přispět ke zkvalitnění péče o děti s postižením KÚŠ. Cíl se nám podařil splnit jen z části. Podáváme návrhy na možné zkvalitnění péče, nemůžeme však ovlivnit samotný chod ústavu. Po dobu naší praxe jsme působili na děti speciálněpedagogickou intervencí s pomocí výchovné sestry. Přispěli jsme ke zvýšení četnosti práce s dětmi. Návrhy další možné intervence, pozitivní a negativní faktory jsme také popsali v závěrech anamnestických šetření. Návrhy obsahují další možnosti práce, jsou zde i upozornění na možné změny. Nebylo v našich silách ovlivnit změnu přístupu zdravotních sester k dětem s těžkým postižením. Uvědomujeme si však, že jsou patrné změny v důsledku dlouholetého působení výchovné sestry vyžadující speciálněpedagogické přístupy. Její práce je velmi cenná, ale z důvodů její pracovní vytíženosti časově omezená. V Pavučince je do budoucna plánována změna pracovní kompetence výchovné sestry. Po dostudování se bude trvale zabývat pouze

speciálněpedagogickou intervencí. Předpokládáme tak více časového prostoru. Jako klad vidíme i její původní zdravotnické vzdělání.

V kojeneckém ústavu je stále patrný resortismus, zavedení interdisciplinárního modelu je záležitostí několika let. V kapitole 2.3.4 (Charakteristika péče o dítě v ústavu) jsme zhodnotili vnější pozitivní i negativní faktory z pohledu organizace práce ústavu. U zdravotníků stále převládá názor, že na pedagogické intervence mají být zaměstnání odborníci a ne sestry. S tímto výrokem částečně souhlasíme, ale zároveň dodáváme, že například pro efektivní rozvoj komunikačních kompetencí je třeba multidisciplinární spolupráce. Jednotný přístup ze strany všech zaměstnanců. Sestra je plně vyškolená pro práci, která je zaměřena zejména na plnění fyziologických potřeb. Uvažovali jsme o návrhu spolupráce s dobrovolníky. Zkvalitnění by dle našeho mínění přineslo i zvýšení počtu speciálních pedagogů a snížení počtu zdravotních sester. Z důvodů kapacity ústavu Pavučinka není v tomto případě třeba. Zařízení je malé, působí rodinným typem a jeden speciální pedagog na plný úvazek postačí.

Nalezení pozitivních a negativních faktorů působících na děti raného věku pobývajících v Kojeneckém ústavu Šumperk jsme rozpracovali v závěru jednotlivých anamnéz. Podpůrné návrhy pro zkvalitnění péče jsme doporučili individuálně ke každému dítěti a předali je i výchovné sestře. V rámci pozitivních aspektů můžeme vyzdvihnout širokou škálu terapií, pomůcek, vnímání individuality dítěte, aktivní a pozitivní přístup k práci. Negativními faktory jsou zejména nejednotný přístup sester, nedostatek času, zdlouhavější prosazení novinek. Obtížná je zejména spolupráce s rodiči dětí, mnohdy nemáme zpětnou vazbu o dalším rozvoji dítěte, která by pro nás měla být motivací k další práci. Splnili jsme i náš třetí cíl, kde jsme se věnovali dalším možným intervencím u dětí s postižením. Přistupovali jsme individuálně a opakovaně po delší dobu. Snažili jsme se využít všech nabízených možností práce s dětmi.

Obecně však platí, že pokud chceme přispět ke zkvalitnění péče o děti raného věku v tomto ústavu, měli bychom zmínit některé vnější faktory. Ty můžeme vědomě ovlivnit, například oblast komunikace, frekvence nabízených služeb a působení na rozvoj rozumových schopností. Nelze zařízení navštívit pouze jednou, musíme vytvářet podněty dlouhodobého charakteru, přistupovat iniciativně a opakovaně. Sami jsme se o tom přesvědčili při vypracování naší bakalářské práce.

Nemůžeme příliš ovlivnit vnitřní faktory působící na dítě, ale musíme se snažit pochopit vnitřní potřeby pro optimální rozvoj osobnosti v co nejvyšší možné míře. Zmírnit dopady postižení na další život dítěte.

Závěr

Na začátku šetření jsme se pokoušeli vymezit a zpracovat charakteristiku aspektů působících na děti raného věku. Pro uvedení specifík přístupu a potřeb dítěte intaktního a s handicapem nám posloužilo zpracování teoretické části. Ta nám přinesla cenné informace a podklady pro možné intervence. Na základě zpracování anamnestických šetření v praktické části naší bakalářské práce jsme uvedli další možnou intervenci s dětmi raného věku. Vzhledem k faktu, že daná problematika je poměrně obsáhlá, jsme se zaměřili na děti, které dle našeho mínění vyžadují speciálněpedagogickou intervenci. Chtěli jsme popsat faktory je ovlivňující, jejichž nedílnou součástí je i chod samotného zařízení.

Vycházeli jsme z konceptu ideální spolupráce zaměstnanců z resortu speciální pedagogiky, zdravotnictví a sociální politiky. V průběhu sběru dat anamnestického šetření jsme začali hlouběji vnímat kolizi speciálněpedagogické intervence s praxí. Doplnující informace jsme shromažďovali i z rozhovorů se samotnými zaměstnanci. Pracovníky kojeneckých ústavů tvoří z převážné části zdravotnický personál.

Z rozhovorů a pozorování práce zdravotního personálu jsme nabyli dojmu, že jejich přístup je profesionální, vstřícný, ale ryze zdravotní. I přestože je v daném zařízení již více než pět let poskytována speciálněpedagogická intervence jak externím odborníkem, tak snahou aplikace přístupů ze strany jednoho ze zaměstnanců, je zapojení zdravotníků pouze okrajové, nezajímavé. To nás vedlo k rozšíření šetření do oblasti vztahu speciální pedagogiky a zdravotnictví. Hlavním odůvodněním bylo, že právě zdravotnický personál je doposud hlavní faktor působící na dítě v ústavu, respektive klienta s postižením vyžadující speciálněpedagogickou intervenci.

Seznam literatury a dalších zdrojů

Seznam literatury

- ČAČKA, Otto. *Psychologie dítěte*. 3.vyd. Tišnov: Sursum, 1997. 156 s. ISBN 80-85799-03-0.
- DOLEJŠÍ, Mojmír. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1983. 222 s.
- CHVÁTALOVÁ, Helena. *Jak se žije dětem s postižením*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 182 s. ISBN 80-7178-588-1.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1.vyd. Praha: Triton, 2001. 158 s. ISBN 9788072541928.
- JANKŮ, Kateřina. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská universita v Ostravě, 2010. 189 s. ISBN 978-80-7368-915-5.
- KÁBELE, František a kol. *Somatopedie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1993. 242 s. ISBN 80-7066-533-5.
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5.vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie*. 1.vyd. Olomouc: Universita Palackého, 2005. 74 s. ISBN 80-244-0991.
- KOUKOLÍ, František, DRTILOVÁ, Jana. *Vzpoura deprivantů*. 1.vyd. Praha: Galén, 2006. 326 s. ISBN 80-7262-410-5.
- KYSUČAN, Jaroslav, KUJA, Jindřich. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1.vyd. Olomouc: Universita Palackého, 1996. 99 s. ISBN 80-7067-677-9.
- LANGMEIER, Josef, MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
- LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 3.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
- LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Kombinované vady*. 1.vyd. Olomouc: Universita Palackého, 2005. 137 s. ISBN 80-244-1154-7.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují*. 1.vyd. Praha: Portál, 1994. 108 s. ISBN 80-7178-006-5.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

- NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. 1.vyd. Praha: Academia, 1995. 336 s. ISBN 80-200-0525-0.
- NIESSEN, Karl-Heinz a kol. *Pediatric*. 1.vyd. Praha: Scientia Medica, 1996. 602 s. ISBN 80-85526-29-8.
- RENOTIEROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Speciální pedagogika*. 2.vyd. Olomouc: Universita Palackého, 2004, 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2.vyd. Praha: Portál, 2004. 390 s. ISBN 80-7178-829-5.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4.vyd. Praha: Portál, 2011. 221 s. 978-80-7367-889-0.
- TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2004. 397 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie a kol. *Psychologie handicapu*. 2.vyd. Praha: Karolinum, 1999. 230 s. ISBN 8071849294
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-7315-120-0.

Internetové zdroje

Dětské centrum Pavučinka Šumperk: *Dětské centrum* [online]. [cit. 2011-09-11]. Dostupné z: <<http://www.pavucinka.cz/ria/?classic/detske-centrum/mm-100>>.

Časopis moderního ošetrovatelství Florence: *Služba sociální prevence-raná péče* [online]. 2011 [cit. 2012-03-07]. Dostupné na: <<http://www.florence.cz/osetrovatelstvi/florence-plus/sluzba-socialni-prevence-rana-pece>>.

BRUTHANSOVÁ, Daniela a kol. *Zdravotně sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku* [online]. 2005 [cit. 2012-03-07]. Dostupné na: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_177.pdf>.

GOŠOVÁ, Věra. *Speciálně pedagogické centrum* [online]. 2011 [cit. 2012-03-07]. Dostupné na: <http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogický_lexikon/S/Speciálně_pedagogické_centrum>.

KANTOR, J. Rehabilitace osob s omezením hybnosti. In KANTOR, J., JURKOVIČOVÁ, P. *Základy speciální pedagogiky osob s omezením hybnosti* [on-line]. Olomouc: Universita Palackého, 2012. [Cit. 2012-03-26] Dostupné na:

<http://unifor.upol.cz/pedagogicka/index.php?pageid=5200&chapter=2565&id_dbound=2100>.

Seznam příloh

Příloha č. 1 *Rozhovor se sociální pracovnící Pavučinky*

Příloha č. 2 *Rozhovor s výchovnou sestrou v Pavučince*

Příloha č. 3 *Rozhovor se zdravotní sestrou v Pavučince*

Příloha č. 4 *Kritéria fyziologického vývoje dětí raného věku*

Příloha č. 1: Rozhovor se sociální pracovnící Pavučinky

Z. L. 50 let, pracuje v Pavučince 2 roky jako sociální pracovníce v Pavučince

- *Jaké je vaše dosažené vzdělání?*

Vystudovala jsem Filozofickou fakultu na UP Olomouc obor výchova a vzdělávání dospělých, dnešní andragogika.

- *Jaké bylo vaše předešlé zaměstnání?*

Než jsem nastoupila do Pavučinky jako sociální pracovníce, bylo mé první zaměstnání osm let na sociálním odboru pro vyplácení dávek životního minima, poté jsem pracovala také osm let pro Orgán sociálně-právní ochrany dětí (dále OSPOD). Důvodem odchodu však byla neúměrnost počtu klientů na jednoho sociálního pracovníka. Nemohla jsem ovlivnit kvalitu služeb, bála jsem se pochybení, zanedbání nějakého případu. Byla zde velká odpovědnost. V současné době je negativním trendem přenášení odpovědnosti rodičů na sociální pracovníce OSPOD. Setkávám se stále častěji s názorem (i v médiích), že pochybila sociální pracovníce OSPODu, ale myslím si, že hlavní zodpovědnost odedávna měli za své děti jejich rodiče a na to se zapomíná.

- *Jak chápete své postavení v Pavučince?*

Mám svoji roli jasně stanovenou, zajišťuji hlavně administrativní práci na základě zákonem stanovených norem jak v Pavučince, tak v Dětském domově Šumperk. Nyní je v režimu předběžného opatření 19 dětí.

- *Jaké jsou pro Vás stěžejní zákonné směrnice?*

Chod Kojeneckého ústavu Pavučinka se řídí Zákonem o rodině a Zákonem o sociálně právní ochraně dětí, především § 42 (popis zařízení).

- *Jaké jsou možné důvody přijetí dětí do Pavučinky?*

1. Žádost zákonného zástupce, jsou zde sociální či zdravotní důvody.

Informace jsou podány na městský úřad, OSPOD v obvodu trvalého bydliště rodiče musí do 8 dní vyjádřit „důvodnost“ Krajský úřad Olomouc. Na základě žádosti je ústavu vypláceno měsíčně 18 792,- od státu na ošacení dítěte, chod ústavu, mzdy zaměstnanců a podobně. Pokud si chce rodič dítě získat do vlastní péče, opět musí proběhnout oznámení Pavučinky OSPODU.

Pavučinka přijímá klienty do 6let.

Časové omezení pobytu není, ale po prvním roce pobytu kontaktuje sociální pracovníce Pavučinky OSPOD, proběhne návrh k soudu na předběžné řízení, pokud nezájem rodičů trvá déle jak 6měsíců.

2. Žádost OSPODu + do 24 hodin podaná žádost na předběžné umístění na okresní soud, po měsíci žádost zaniká, poté se prodlužuje.

Žádost je podána například u případů, kdy dá matka po porodu souhlas do Protokolu o umístění dítěte. Po šesti týdnech by měla přijít podepsat své rozhodnutí. Zde je nejčastější problém, kdy matka již nepřijde a dítě není právně volné (nemůže být zařazeno do adopce). Program adopce může být v optimálním případě započat po šestinedělí matky, která po uplynulé době podepíše souhlas. V optimálním případě podá rodinnou i osobní anamnézu. Poradní sbor na krajský úřad vybírá adoptivní rodiče a posléze je oslovuje, ti musí do třiceti dnů přijet pro dítě. Mají možnost rozhodnutí. V Pavučince jsou standardem stanovené tři dny zácvičku obou rodičů.

Poznámka: - od počátku procesu zařazení do programu budoucích osvojitelů je adopce možná do dvou let. Pokud je dítě právně volné, může jít do rodinné péče již do dvou měsíců.

3. Na základě rozhodnutí soudu o předběžném opatření při nespolupráci dle §76a Občanský soudní řád.

4. Dítě přijato na základě samotné žádosti dítěte (v Pavučince jsou možnosti krizového přespaní)

- *Které důvody přijetí jsou nejčastější?*

Pokud mluvíme o nejmenších novorozencích, jsou zde se svými rodiči na pobyt, který zajišťuje zácvičku rodičů o péči kojence. Mnohdy jsou tu děti propuštěné z neontologických oddělení, které potřebují ještě nějakou dobu zdravotnickou péči.

Nejčastěji jsou pak u nás přijímány děti z důvodů nevyhovujících sociálních podmínek. Stále více je rodičů, kteří nejsou schopni zajistit adekvátní podmínky pro život svým dětem. Dalším problémem jsou exekuční řízení a zabavení bytů, majetku rodičů. Takový rodiče své děti ale pravidelně navštěvují. Bohužel se zde objevují i děti zanedbané psychicky, či týrané fyzicky. Takový rodiče jsou pak pod soudním dohledem a součástí soudního řízení. Musíme evidovat veškeré jejich návštěvy.

- *Jak dlouhou dobu zde v Pavučince děti průměrně pobývají?*

Nelze říci obecně. Důvody přijetí jsou různé. Na době pobytu závisí důvod přijetí (sociální či zdravotní), věk dítěte a problematika jeho případu. V průměru bychom mohli uvést 3 - 6 měsíců, ale je to velmi individuální. Od nás dítě nemusí odcházet zpátky do rodiny, mnohdy putují do dětského domova, který je naší součástí, zde setrvávají až několik let.

- *Jak se stavíte k náhradnímu rodičovství a jaké máte zkušenosti?*

99% dětí je osvojeno nezrušitelnou adopcí. Většina dětí má v dospívání výchovné problémy s adoptivními rodiči. V rodinách dochází ke konfrontaci adoptivních rodičů s dítětem, kdy si dítě své biologické rodiče mnohdy idealizuje. Rodinné terapie by měly být dle mého důležitou součástí života rodin.

Příloha č. 2 Rozhovor s výchovnou sestrou z Pavučinky

I. Z., 35 let. Praxe v Pavučince 17 let, nikde jinde před tím nepracovala.

- *Jaké je Vaše dosažené vzdělání?*

Střední zdravotnická škola a pomaturitní studium v oblasti výchovné péče, dále se vzdělávám v oboru speciální pedagogika předškolního věku.

- *Kdy jste začala pracovat s myšlenkou speciálněpedagogického přístupu?*

Před pěti lety začala spolupráce tehdejšího ředitele Pavučinky se speciálním pedagogem UP Olomouc. Podnět vyšel ze strany speciálního pedagoga. Byla jsem určena jako klíčový pracovník pro aplikaci speciálněpedagogických přístupů dle pokynů pedagoga. Velmi rychle jsem zjistila, jaký přínos to může mít pro dítě s těžkým kombinovaným postižením, které u nás v tu dobu pobývalo.

- *Jak vnímaly ostatní zdravotní sestry vaše nové požadavky?*

Ze začátku skepse. Práce s handicapovanými klienty spočívala v ukázkách možných aktivit, které měly být součástí denních aktivit, aby snažení mělo smysl, měli by být zapojeni všichni. Ukázky se tedy staly součástí předání služby. Dodnes vše ve větší míře vykonávám sama, mám tyto děti na starost. Nyní jsme ale s kolegyněmi ve fázi, kdy mou práci uznávají. Poznaly, že to není krátkodobá a zcela zbytečná záležitost. V první řadě je zajímaví výsledky, zdali to pro dané dítě není trápení, zda je to efektivní, nebo to jednoduše není zbytečné. Přístup mají zdravotnický (v první řadě nakrmit, přebalit) a rituály, na kterých trvám, jsou dodržovány spíše za mé přítomnosti.

- *Postavení speciálního pedagoga u zdravotníků?*

Ze začátku by měl obtížnou spolupráci v každodenní činnosti, musel by zde opravdu být a dělat práci s dětmi sám, aby ukázal za jakým účelem a jak. Nyní kdo přijde po mě bude už mít ulehčenou práci, personál už ví, co speciální pedagogika obnáší. Na pochopení „proč“ jsem ale pracovala intenzivně několik let. Abych byla přijata a respektována, musela jsem vykazovat výsledky, každý úspěch vyzdvihnout. Víím, že musí být určen pracovník, jako to bylo u mne. Nelze přijít, říct rady a doporučení a opět odjet ze zařízení, někdo musí rady pochopit a aplikovat je denně do rituálů.

- *Postoj lékařů ke speciálněpedagogické intervenci?*

Mají zájem vymýšlet, jak co prakticky zrealizovat, pokud máme například dítě se závažnými zdravotními problémy. Například u chlapce T. byl problém, aby se dostal do přírody a poznal jiné prostředí, čerstvý vzduch, jiné podněty. Tak jsme vymysleli zakoupení ruční odsávačky na hleny z tracheotomické kanyly. Nápad byl přijat, akceptován, již jsem si nemusela v řadě případů dlouze obhajovat důvody. Ptají se na novinky a mají zájem o dění. Samozřejmě ale berou, že je to náplň ryze mé práce. Například komunikaci pomocí zástupných předmětů nepoužívají, ale již ví, o co se jedná, což je krok kupředu. Mohou mě třeba doporučit rodičům, kteří by nevěděli, jak pracovat s takovým dítětem.

- *Znáte postoj ostatních sester ve vašem kolektivu na speciálně pedagogickou intervenci?*

Sestry nepovažují speciálněpedagogickou intervenci za důležitou. Zajistí dítěti biologické potřeby. Další stimulaci dříve viděli jako zbytečné zatěžování dítěte. Začaly se na přístupech podílet, ale vím, že kdybych tu nebyla, nikdo to dělat nebude. Nelze jim to vyčítat, byly k tomu vyškolené, problematika dětí s handicapem je pro ně novinka. Situace se dle mého lepší. Najdou se i více snaživé, když jim ukážu, jak a proč to dělám, zapojují se také. Obecně se ale věnují zdravím dětem, ty si řeknou o aktivitu, pozornost, usmívají se, dávají zpětnou vazbu. Dítě s hlubším postižením si o to vše neřekne. Není aktivní, mnohdy negativně naladěné, nedovede navázat oční kontakt. Nedělá znatelné pokroky jako zdravé dítě, je s ním obtížnější manipulace. Byl problém i vysvětlit, proč zavést zástupné předměty, krmení ve vertikalizaci a k tomu lžičkou, či snažit se o batolecí kouskovou stravu. Velký problém je i časová náročnost.

- *Z jakého důvodu jste zůstala aktivní v tomto ohledu vy?*

Jednoduše mě to baví a zajímá. Dostala jsem se do hloubky problematiky. Mojí náplní práce byla práce s handicapovanými dětmi v rámci poskytování zdravotní péče již dříve, ale nikdo mi neřekl, jak pracovat s dětmi, které mají různé potřeby v souvislosti s jejich handicapem. Chci, aby se přístup zavedl jako standard, jako součást náplně práce kojeneckého ústavu. Budoucnost ale vidím v jasném stanovení náplně mé práci. Nyní nemám dostatek času, zajišťuji další chod věcí. Chci dětem pomoci ke zkvalitnění jejich života. Pro naše zařízení to znamená i zvýšení prestiže, rozšíření nabízených služeb. Pokud nevidím výsledky, stejně vím, že se stali součástí života s intaktními dětmi, neleží bezprizorně a dostávají nejlepší péči, kterou jim můžeme zajistit. To je moje přesvědčení a vize.

- *Je možné naplnění potřeb nejen fyziologických, ale i psychosociálních, duchovních u dětí s handicapem v kojeneckém ústavu?*

Domnívám se, že u těchto dětí je opravdu na prvním místě strava a vyprazdňování. Poznáte, do jaké psychické pohody se naladí, vyprázdní-li se úspěšně, nakrmíte-li ho. Další vyšší potřeby záleží na typu a stupni postižení. U klientů s lehkým mentálním deficitem, kteří vyžadují lásku, bezpečí a dokáží to projevit, je to snazší. U hluboké mentální retardace jsou v popředí hlavně biologické potřeby, své další potřeby uspokojují například sexuálně. Snažíme se s dětmi komunikovat slovně, pomocí doteků, pomocí zástupných předmětů. Naše snaha je alespoň taková, aby věděly, co bude následovat a také to, že vše má svůj řád v nastolených rituálech. Zatím jsem nepoznala hluboce postižené dítě, že by se chtělo pomazlit, pohladit, uspokojení mu přináší např. přebalení, nasycení. Zažívá tím slast.

- *Jakou máte vizi do budoucnosti?*

Zvyšuje se prestiž zařízení, sestry berou mou snahu vážněji. Po dostudování zde bude oficiálně někdo přímo určen pro speciálněpedagogickou intervenci. Budu mít více času pro práci s dětmi. Budu práci provádět kvalifikovaně, další spolupráce s externisty mě bude aktivovat, dávat mi rozhled a širší možnosti práce s klienty.

Příloha č. 3 Rozhovor se zdravotní sestrou z Pavučinky

M. L., věk 57 let, vzdělání dětská sestra, v praxi v pavučince 27 let, dřívější zaměstnání dětské oddělení.

- *Vnímala jste změny v chodu ústavu po zavedení speciálněpedagogické intervence?*

Ano, čas, který trávila výchovná sestra s postiženým, jsem se mohla více věnovat zdravím dětem. Znatelné bylo i odlehčení práce, manipulace s děckem však přibýlo. Postižené dítě se dostalo do jiného prostředí, například se s ním začalo více jezdit na různá místa. Pokud jsou zde žákyně, využíváme je, aby trávily čas právě s postiženým. Jakou velkou změnu jsem pocítila nově zavedené návštěvy například hypoterapie, canisterapie, terapie s králíkem, začalo se chodit do solné jeskyně, koupila se perličková koupel, masážní ježci, různé polohovací pomůcky se umístily i do herny a podobně.

Připomínky k práci s postiženými dětmi máme vždy slovně vysvětlené při předání služby a zaznačeny jsou i na informační tabuli.

- *Změnil se Váš osobní přístup ke klientům s handicapem?*

Přišlo něco nového, terapií se účastnily i zdravé děti, to je přínos, velká změna. Chodíme nyní s kočárem i do pekáren, obchodů, aby měly děti stimulaci. Pokud můžeme

vzít jen málo dětí, musím říci, že vždy upřednostním to zdravé dítě, které z procházky něco má. Pokud leží přes den v posteli, pouštíme mu rádio.

- *Myslíte, že speciálněpedagogická péče v zařízení je přínosem? Odůvodněte.*

Ano, určitě to zkvalitňuje naši péči i dětem, které jsou postižené. Budeme-li hovořit konkrétně, u dívky V. jsem změny neviděla, ale chlapec L., který je zde do nynějška má vlastní židli, přijímá stravu ze lžičky. Kvůli svému věku by měl být ale už dávno v jiném zařízení. Je přehledné, když máme zpracované tabulky, ve kterých jsou individuální vzdělávací plány, kde je přímo napsané co máme sledovat, co dělat a všimnout si reakcí dětí.


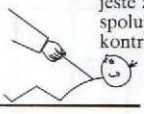


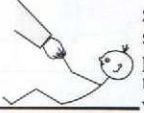










Příloha č. 4 Kritéria fyziologického vývoje dětí do tří let

Obr. 58. Hlavní mezníky neuro-psychického vývoje v prvním roce života.

| | 0 | 3 | 6 | 9 |
|------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| vleže naznak | tonický šíjový r. | symetron. r. | | |
| posazování | hlava dozadu | v rovině | vpředu | posadí se samo |
| sed | | v žabi | pozici - chvíli - rovně | pevně |
| postavování stoj | | částečně se vzpírá na nohy krátce - déle | plně se vzepře na nohy | stojí s oporou |
| na bříšku | | | lokomoce: plazení - obrácení dokola | leze |
| úchop | pasivní dlaňový | aktivní dlaňový | nůžkový . . . kličkový | |
| vokalizace | křik hrdeční zvuky | broukáni | žvatláni | první slůvka (6) |
| soc. vztahy | bez soc. vazby (milk - dko) | nerozlišené soc. reakce | specifické soc. pouto | |

(Langmeier, Krejčířová, 1998, str. 333)

Tabulka 1-7. Schematické znázornění vývojových stupňů motorického vývoje v prvním roce života (těchto výkonů dosahuje asi 90 % dětí udané věkové kategorie).

| Věk | Spontánní aktivita na břiše | Přítahování/sezení | Vis/stoj |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 měs. | zdvihá krátce hlavu od podložky  | ještě žádná spolupráce, žádná kontrola hlavy  | reflexní chůze na podložce  |
| 3 měs. | jistý vzpor a zvedání hlavy (min. 45°)  | začínající spolupráce, tělo a trup v jedné linii  | žádné odlehčení, reflexní chůze již nepřítomna  |
| 6 měs. | zvedání hlavy (cca 90°), začínající rozložení váhy  | aktivní spolupráce s pokrčecími pažemi  | žádné odlehčení, reflektorická chůze nepřítomna  |
| 9 měs. | leze po čtyřech, pohybuje se z polohy na břiše dopředu nebo dozadu  | samostatně sedí a vyrovnává výchytky opřením  | umí stát při držení za obě ruce  |
| 12 měs. | přitahuje se po předmětech (nábytek) do stoje  | samo se posadí z polohy na kolenu.  | chodí do stran s držením se nábytkem, chodí s oporou  |

Tabulka 1-3. Kritéria normálního motorického vývoje (údaje částečně od Larga a spol., 1985).

| Věk | kritérium |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 měs. | v poloze na břiše otáčí dítě hlavu na stranu, v poloze na zádech umí otáčet hlavou (nekonstantní) |
| 3 měs. | je již přítomna kontrola hlavy v poloze na břiše, dítě umí v poloze na břiše zvednout hlavu nad podložku |
| 6 měs. | jistá kontrola hlavy v každé poloze těla; je možné vzpřímené sezení s oporou |
| 9 měs. | samostatné sezení; pohyb po podložce v poloze na břiše (otáčení, plazení, lezení, válení) |
| 12 měs. | stoj s oporou; samostatné přitahování do stoje |
| 18 měs. | samostatná a jistá chůze; shýbá se pro předměty a hračky |
| 2 roky | běhá jistě a obchází překážky; dřepne si ke hře a bez držení vstane |
| 3 roky | seskočí snožmo ze stupínku; umí krátce (asi 1 s) stát na jedné noze |

Tabulka 1-4. Kritéria normálního vývoje řeči (údaje částečně podle Larga a spol., 1986).

| Věk | kritérium |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 měs. | vzdychavé a sténavé zvuky ve spokojeném stavu po nasycení |
| 3 měs. | spontánní vokalizace |
| 6 měs. | pokud je dítě osloveno, odpovídá hláskami |
| 9 měs. | tvoří řetězce slabik, jako je vavava . . . , ra-ra . . . |
| 12 měs. | imituje zvuk řeči, tvoří dvojité slabiky, jako je mama, tata |
| 18 měs. | používá máma, táta již smysluplně, k tomu dodatečně minimálně ještě jedno slovo |
| 2 roky | používá smysluplně minimálně 20 slov (symbolická slova, jako je haf-haf), rozumí a následuje jednoduchou výzvu |
| 3 roky | používá správně podstatná jména, jednotné a množné číslo |

Tabulka 1-5. Kritéria pro věku odpovídající chování při hře.

| Věk | kritérium |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1 měs. | dítě fixuje a sleduje předměty, kterými pohybujeme v jeho zorném poli |
| 3 měs. | prohlíží a hraje si se svými prsty |
| 6 měs. | uchopuje předměty (pravou i levou rukou) a předává je z ruky do ruky |
| 9 měs. | zkoumá intenzivně předměty rukama, ústy a očima (explorace ruka-oko-ústa) |
| 12 měs. | třese, klepe a hází předměty |
| 18 měs. | předměty schovává, opět je přinese, uklízí a vyklízí, intenzivně zkoumá prostředí |
| 2 roky | imituje denodenní konání a činnosti dospělých; jednoduchá hra na role |
| 3 roky | vytrvalá koncentrovaná hra na role a fantazijní hry („dělá jako“) |

Tab. 1-6. Kritéria pro věku odpovídající sociální chování.

| Věk | kritérium |
|---------|------------------------------------------------------------|
| 1 měs. | pokud se na dítě usmějeme, odpovídá úsměvem (nekonstantně) |
| 3 měs. | usmívá se spontánně |
| 6 měs. | raduje se z pozornosti |
| 9 měs. | obava z cizích lidí |
| 12 měs. | ukazuje blízké osobě náklonnost |
| 2 roky | brání svoje „vlastnictví“, zkouší se prosadit |
| 3 roky | dělí se s ostatními, alespoň po výzvě |

(Niessen, 1996, str. 43 – 45)

Anotace

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------|
| Jméno a příjmení: | Iva Mičková |
| Katedra: | Katedra speciální pedagogiky PdF UP Olomouc |
| Vedoucí práce: | Mgr. Jiří Kantor |
| Rok obhajoby: | 2012 |

| | |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Název práce: | Faktory ovlivňující život dětí raného věku v Kojeneckém ústavu Šumperk |
| Název v angličtině: | Factors influencing the life of children in early age at the infant institute Šumperk |
| Anotace práce: | Bakalářská práce se zabývá faktory ovlivňující život dětí raného věku v kojeneckém ústavu. Teoretická část nese informace o vnitřních a vnějších aspektech ovlivňující dítě raného věku. Součástí praktické části je kvalitativní výzkum. Obsahuje popis zařízení, anamnestická šetření dětí, rozhovory s pracovníky a návrhy další možné speciálněpedagogické intervence. |
| Klíčová slova: | Dítě, raný věk, vývoj, zdravotní znevýhodnění, kojenecký ústav, speciálněpedagogická péče. |
| Anotace v angličtině: | This Bachelor thesis describes the factors influencing the life of children in early age at the infant institute. Theoretical part presents the information about the external and internal aspects influencing the child progression. Practical part presents the qualitative aspects research. Practical part also includes anamnestic evaluation of handicapped children, interviews with the staff of the infant institute and propose further potential Special-pedagogical intervention. |
| Klíčová slova v angličtině: | Child, early age, health handicap/impairment, infant institute special needs pedagogy intervention. |
| Přílohy vázané v práci: | Příloha č. 1 Rozhovor se sociální pracovnící z Pavučinky Příloha č. 2 Rozhovor s výchovnou sestrou z Pavučinky Příloha č. 3 Rozhovor se zdravotní sestrou z Pavučinky Příloha č. 4 Kritéria fyziologického vývoje dětí do tří let |
| Rozsah práce: | 56 stran |
| Jazyk práce: | Český jazyk |