

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

magisterské kombinované studium
2011 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Darina Mašíková

Péče o dítě s kombinovaným postižením
ve Středisku rané péče

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Martina Karkošová

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Part time Studies
2011 - 2012

DIPLOMA THESIS

Darina Mašíková

The Treatment of the Combined Handicaped Child
in the Centre of Early Intervention

Prague 2012

The Master Thesis Work Supervisor:

Mgr. Martina Karkošová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala ve spolupráci s Ranou péčí Eda o.p.s. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15.3. 2012

Jméno autorky

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. M. Karkošové za odborné vedení práce, vysvětlení nejasností, nápomoc a poskytnuté rady a informace. Dále děkuji Rané péči Eda o.p.s. v zastoupení paní PaedDr. J. Vachulové a všem jejím členům za odborné rady, připomínky a umožnění získání podkladů k tématu a výzkumu. Za technickou pomoc při finálních úpravách práce vděčím Mgr. Jaroslavu Juráskovi. Neméně jsem vděčna všem rodičům s dětmi, jež mi pomohli spoluprací a poskytli cenné informace ohledně problematiky dětí s postižením. Nakonec uvádím své díky rodině, především své mamince za kontrolu a tvůrčí podporu a dědečkovi MUDr. Otto Pokornému za odborné připomínky a opravy.

Anotace

Diplomová práce je zaměřena na ucelení představ o aktivitách střediska rané péče. Zdůrazňuje důležitost služeb rané péče v případě dětí se speciálními potřebami. Zabývá se metodami stimulace dítěte za účelem ovlivnění jeho vývoje. Práce je nejvíce zaměřena na motoriku dítěte (jemnou a hrubou), zmíněny jsou též informace ohledně zrakové stimulace. Rozebírá obsah práce speciálního pedagoga rané péče, cíle jeho práce, možnosti stimulace a nutnosti spolupráce s rodinou a týmem odborníků. Teoretické informace jsou zaměřeny na děti s kombinovaným postižením, a to především na děti s dětskou mozkovou obrnou. Jde o nejčastější kombinovanou vadu, zapříčiněnou postižením na úrovni centrální nervové soustavy. Praktická část zahrnuje kvalitativní a kvantitativní zkoumání účinnosti péče. Důležitým bodem k zamyšlení je otázka, zda je opravdu možné účinnost péče kvantitativně zhodnotit. V závěru jsou uvedeny dvě modelové kasuistiky, které podávají informaci o konkrétní práci s klientem.

Klíčové pojmy

Kombinované postižení, raná péče, zraková stimulace, jemná motorika, hrubá motorika.

Annotation

The diploma thesis is concentrated on the assumption of the Centre of Early Intervention Activities. It accentuates the importance of the early treatment services in the case of children with special needs. The thesis concerns the stimulation methods with the aim to involve the development of the child. The work aims not only at the motor skills (fine and gross motor skills) of the child but at the information about the visual stimulation as well. It analyses the contents of the work of a special pedagogue in the Centre of Early Intervention, the aims of his work, the possibilities of stimulation and the importance of the cooperation with the family and the team of specialists. The theoretical information concerns the issue of children with combined handicaps, especially the children with cerebral palsy as the most frequent combined disorder which is caused by the pathology of the central nervous system. The practical part involves qualitative and quantitative research of the treatment effectivity. The important point to think about is the question if it is really possible to evaluate the effectivity of treatment in the qualitative way. In conclusion there are two model casuistics that give the information on the concrete work with the client.

Key words

Combined disorder, early treatment, visual stimulation, fine motor skills, gross motor skills.

OBSAH PRÁCE

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Tělesné postižení.....	11
2 Kombinované postižení.....	12
2.1 Dětská mozková obrna.....	14
2.1.1 Formy dětské mozkové obrny.....	19
2.2 Komplexní přístup s jedinci s kombinovaným postižením.....	26
2.3 Kompenzační pomůcky pro osoby s tělesným a kombinovaným postižením.....	27
3 Raná péče pro děti s kombinovaným postižením.....	28
3.1 Poskytovatelé rané péče.....	28
3.2 Den pracovníka střediska pro ranou péči.....	30
4 Podpůrné metody a přístupy v rámci SPRP.....	33
4.1 Ergoterapie.....	33
4.2 Animoterapie.....	35
4.3 Rehabilitační přístupy.....	38
5 Motorika.....	41
5.1 Jemná motorika.....	41
5.2 Hrubá motorika.....	43
6 Rodina a dítě s kombinovaným postižením.....	46
6.1 Přístup rodičů k rané péči o dítě.....	48
6.2 Výchova.....	51
6.3 Motivace ke smyslovému vnímání.....	53
6.4 Motivace k pohybu.....	54
PRAKTICKÁ ČÁST	57
7 Cíle průzkumu.....	57
7.1 Výzkumné otázky.....	58
7.2 Použité metody, techniky a postupy.....	59
7.3 Harmonogram postupu práce.....	61
7.4 Charakteristika souboru.....	62

8	Sběr potřebných dat.....	64
8.1	Sběr dat z dokumentace rané péče.....	64
8.2	Sběr dat pomocí dotazníkové metody.....	70
8.3	Vyšetření zraku a jeho stimulace pracovníkem rané péče.....	74
8.4	Vyšetření jemné motoriky a její trénink pracovníkem rané péče... 78	
8.5	Vyšetření hrubé motoriky a její trénink pracovníkem rané péče... 79	
9	Analýza získaných dat.....	81
10	Vybrané kazuistity.....	88
10.1	Kazuistika I.....	88
10.2	Kazuistika II.....	92
	DISKUZE	95
	ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ	99
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	102
	SEZNAM ZKRATEK	108
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ	109
	SEZNAM PŘÍLOH	110
	PŘÍLOHY	111

ÚVOD

„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.“ (WHO, 1948)

Diplomovou prací chceme zdůraznit, že speciální pedagog a terapeut mají za úkol sledovat nejen tělesný, ale i duševní a sociální dopad nemoci nebo postižení na člověka a přispět po všech stránkách k obnově plnohodnotného života. Problematika lidí s některým z druhů postižení je v dnešní době aktuálním tématem. V České republice dosahuje incidence zdravotního postižení přibližně dvacet procent. Proto je potřeba zajistit nejen dostatečnou prevenci vzniku a rozvoje onemocnění a postižení, ale také optimální léčebný a terapeutický přístup v případě již vzniklého problému. Naším hlavním cílem je posouzení efektivity práce s dítětem s tělesným a kombinovaným postižením během navštěvování střediska rané péče. Dále jsme se zaměřili na postup práce speciálního pedagoga a souhrn nejvíce používaných metod. Zdůraznili jsme také důležitost zapojení rodiny do terapeutického a rehabilitačního programu.

Čím dříve se problém diagnostikuje, tím dříve lze začít s jeho řešením. u dětí je pravděpodobnost dosažení terapeutického pokroku vyšší, než u lidí dospělých. Velikou roli hraje plasticita mozku, která je v raném věku největší.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je popisována problematika kombinovaného postižení se zvýšeným zřetelem na dětskou mozkovou obrnu, jako nejčastější poruchu a postavení rodiny dítěte k této obtížné situaci. Dále se zmiňujeme o rané péči a jejích podpůrných metodách a přístupech k motorice dítěte. V praktické části využíváme metodu analýzy dat, pozorování a dotazníkovou metodu pro rodiče a pracovníky střediska rané péče. Pro názornost postupu práce střediska uvádíme též dvě kasuistiky.

Téma rané péče jsme zvolili z toho důvodu, že stále existují rodiny, které nejsou dostatečně informovány o možnostech intervence do vývoje jejich potomka. Právě raná péče, zastoupená nejen střediskem rané péče, ale také ranou rehabilitací a terapeutickým přístupem, má za úkol vytvořit optimální

podmínky pro rozvoj jedince s postižením. Izolovaná vada se vyskytuje pouze vzácně. Ne vzácně se však v rámci kombinovaného postižení vyskytuje porucha v oblasti motoriky a zraku. Konkrétně nejčastějším postižením je dětská mozková obrna.

V diplomové práci klademe důraz na nutnost informovat rodiny o možných typech intervence. Nejúčinnější je kombinace několika metod a metodik. Zaměřili jsme se na zhodnocení vývoje dítěte během intervence střediska pro ranou péči. K posouzení efektu jsme použili dotazníkovou metodu. Pro objektivní hodnocení jsme vycházeli z pozorování a testování jemné a hrubé motoriky dítěte. Zohlednili jsme též stadia motorického vývoje. Snažili jsme se stručně shrnout nejčastěji využívané metody a přístupy terapie a umožnit čtenáři vytvořit si povědomí o činnosti střediska pro ranou péči. Věříme, že námi zjištěné informace přispějí ke zefektivnění péče v nejranějších stádiích dětského vývoje.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINOVÁNÍ POJMŮ V OBLASTI TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ

Tělesné postižení je vada pohybového a nosného ústrojí a poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností. Patří sem též úchytky od normálního tvaru těla a končetin, deformity a anomálie (Kraus, Šandera in Renotiérová, 2003).

Pohyb je pro živé tvory faktor, který ovlivňuje jeho psychiku, osobnost. Funkcí svalů a kloubů dochází k formování stavby kostí, jejich tvaru a k utváření jedinečnosti organismu. Pohyb má pro člověka mnoho významů. Jako primární je vnímán pohyb nutný k zajištění základních potřeb člověka. Sekundární pak jsou pohyby, které formují člověka, mají vliv na kvalitu jeho života. Jde o pohyby zprostředkující komunikaci, sdílení aktivit ve společnosti, ale zajišťují také zábavu a pracovní činnost (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Motorika je označení pro celkovou pohybovou schopnost organismu. Sestává z motility hladkých svalů a mobility svalů kosterních (Renotiérová, 2003).

Jedinec s tělesným postižením má narušenou funkci motoriky, hybnosti. Porucha může být jak kvalitativní, tak kvantitativní. Projevuje se zejména změnou ve spontánních, reflexních, záměrných či expresivních pohybech (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Příčinou tělesného postižení může být úraz nebo nemoc. Často je patologie pohybového aparátu vázána na genetické předpoklady. Postiženy mohou být všechny složky pojivové tkáně, to znamená vazivo, chrupavka i kostěná struktura, nebo naopak též měkké tkáně (Renotiérová, 2003). Nejčastěji však bývá tělesné postižení způsobeno poruchou v oblasti nervového systému, jak centrálního, tak periferního. Především těžší motorická postižení

s výraznou poruchou hybnosti jsou spojena s dalšími komplikacemi. Mezi primární komplikace patří poruchy nebo změny na systému respiračním, kardiovaskulárním, zažívacím, močovém a kožním. Sekundární komplikace vznikají jako důsledek dlouhodobého nedostatku pohybu a nedostatku podnětů z okolí, které zdravý jedinec přijímá prostřednictvím pohybu (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Postižení motoriky má negativní dopad na vývoj člověka po stránce tělesné, smyslové a rozumové. Tělesné strádání vzniká v závislosti na možných problémech vzniklých při motorické aktivitě. Jedinec se stává spíše pasivním, jelikož ho pohyb namáhá a nepřináší mu uspokojení. Po fyziologické stránce dochází k atrofii svalové hmoty a prohlubujícím se obtížím při zvládnutí pohybu. Rozvoj smyslů je narušen pro nedostatek možností prozkoumávat okolí. Jedinec s tělesným postižením je ochuzen o počitky z motoricky náročnějších aktivit, jako je jízda na kole, zdolávání obtížného terénu (Renotiérová, 2003).

K omezení mentálního rozvoje přispívá též nedostatek motorických podnětů. Tělesná činnost aktivizuje psychický a kognitivní rozvoj, ovlivňuje tedy i stav paměti (Renotiérová, 2003).

2 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ

V České republice žije celkem kolem dvou milionů lidí se zdravotním postižením. Onemocnění pohybového aparátu postihuje asi tři sta tisíc lidí. To je kolem tří procent obyvatel. Podle statistik z roku 2006 bylo postiženo některou z poruch každé desáté dítě (Janovský, 2006). Rizikové faktory zdravotního stavu a kvality vývoje dítěte jsou umocňovány při kombinaci s nezralostí plodu, jeho předčasným narozením. Počet přežívajících nedonošených dětí se neustále zvyšuje. V roce 2010 klesla novorozenecká úmrtnost pod 2,5 na tisíc živě narozených (Hradílková, Jungwirthová, 2010).

V rámci somatopedie jsou kombinované vady definovány jako souběžné postižení jedince dvěma a více vadami. Velmi často se vyskytují přidružená postižení jako mentální retardace, epilepsie, zrakové a sluchové vady. Časté bývají však také poruchy komunikačních schopností a problémy v chování. Kombinované somatické postižení je název vyjadřující výskyt somatického postižení a onemocnění či zdravotního oslabení (Ludíková, 2005).

Kombinovaná postižení jsou velice různorodá skupina. Nelze tedy vytvořit jednotnou klasifikaci. Nemá ani ustálenou terminologii. Další používané pojmy jsou postižení vícenásobné či vícečetné a postižení více vadami (Slowík, 2007).

Etiologie kombinovaných vad je zpravidla multifaktoriální, nejasná. Pro vznik jakékoli vady je nejrizikovější období prvního trimestru těhotenství. V této době vzniká nejvíce postižení plodu. Je to období, kdy dochází k největšímu rozvoji plodu a během vysoké aktivity buněk a jejich dělení je organismus na patologické vlivy nejcitlivější. Nejvíce somatopedických kombinovaných vad je způsobeno poškozením centrální nervové soustavy. Vzhledem k tomuto faktu je u kombinovaného postižení největší frekvence výskytu mentální retardace jako přidruženého postižení. Největší vliv na vznik postižení má genetika. Dědičnost se nemusí prokázat přímo, tj. z generace na generaci. Někdy dochází k projevu predispozice po několika generacích. V tomto případě je gen, nositel odchylky, po určitou dobu latentní a projeví se až v kombinaci s jiným genem, v jiných podmínkách nebo v závislosti na vytvoření chyb při množení DNA (Ludíková, 2005).

Genetické anomálie se mohou někdy projevit formou syndromů. Z nich je nejčastější Downův, Turnerův, Edwardsův, Pataův a Marinesco-Sjögrenův syndrom (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006; Slowík 2007).

Mezi další příčiny patří vývojové vady, intoxikace plodu, onemocnění matky během těhotenství, mechanické poškození během těhotenství a porodu, vnější prostředí a onemocnění plodu. Mezi nebezpečné a časté infekce patří toxoplazmóza, zarděnky, cytomegalovirus a herpes virus, které se z těla matky snadno přenesou na organismus plodu. Nejčastějším kombinovaným postižením je dětská mozková obrna (dále jen DMO). Jde o onemocnění, způsobené

časným poškozením mozku v době okolo porodu a je charakterizováno především poruchou vývoje hybnosti. Až u dvou třetin dětí s DMO se často souběžně vyskytuje mentální postižení. Polovinu z toho tvoří lehká, polovinu těžká mentální retardace. Nejvíce se vyskytuje u spastické kvadruparetické formy a bývá také těžší než u jiných forem. Projevy epileptických záchvatů se vyskytují u poloviny nemocných. Časté je také zvýšení nitrolebního tlaku se zhoršenou cirkulací, vedoucí k tzv. hydrocefalu. U spastické kvadruparetické formy je velmi často postižen též růst a vývoj. Mezi nejčastěji se vyskytující přidružené smyslové poruchy patří zrakové a sluchové poruchy. Porucha motoriky úst, mimiky, dýchání a součinnosti mluvidel způsobuje postižení řeči, obtíže během přijímání potravy, nesnadné dýchání. U některých dětí s DMO se objevuje porucha citlivosti (Ludíková, 2005).

Určení primárního postižení bývá problematické. Často se vyskytuje kombinace mentálního postižení s tělesným či smyslovým. Mentální retardaci velmi často doprovází porucha řeči a schopnosti komunikace. Zmíněná kombinace se často vyskytuje nejen u DMO, ale také u autismu, vyjma Aspergerova syndromu. V jeho případě není přítomno mentální postižení. Další častá kombinace je současný projev mentálního a smyslového postižení (Slowík, 2007). Řešení závisí na vlastní kombinaci jednotlivých postižení jedince a na postižení, které ho nejvíce znevýhodňuje (Janovský, 2006).

2.1 Dětská mozková obrna

Pojem dětská mozková obrna byl zaveden zakladatelem české dětské neurologie Ivanem Lesným roku 1959. Václav Vojta postižení také označuje jako infantilní cerebrální parézu (ICP), anglicky cerebral palsy, německy cerebrale Bewegungsstörung. Podle něj jde o časně vzniklé postižení mozku, které se projevuje především v poruchách motoriky a jejího vývoje (Vojta in Opatřilová, 2010). Označení je nepřesné, jelikož nemají všechny projevy

onemocnění charakter obrny a ve většině případů je s pravděpodobností postižena mícha (Šlapal in Opatřilová, 2010).

V prvním roce je pro postižení neurology používán název centrální koordinační porucha (CKP) nebo centrální tonusová porucha (CTP) (Renotiérová, 2003).

Onemocnění se rozvíjí v prvních letech života, v dalším průběhu se zpravidla nezhoršuje (syndrom nepokračujícího postižení nezralého mozku). Označení dětská vyjadřuje období, kdy nemoc vzniká. Pojem mozková vyjadřuje skutečnost, že příčina poruchy je v mozku. Obrna znamená, že jde o nemoc způsobující poruchu hybnosti těla. Pod pojem DMO nepatří poruchy hybnosti způsobené onemocněním svalů ani periferních nervů. Příčinou špatné kontroly hybnosti a vadné postury trupu a končetin je u DMO porucha vývoje nebo poškození motorických oblastí nezralého mozku (Kraus, 2005).

Dětská mozková obrna patří mezi nejčastější neurovývojová onemocnění. Je klasifikovaná jako chronické onemocnění s poruchou centrální kontroly hybnosti. Jde o postižení, které ve svém průběhu již dále neprogreduje, ale může se měnit v závislosti na zrání jedince. Objevuje se u dětí již ve věku do tří až čtyř let a přetrvává po zbytek života. Hlavní postiženou oblastí je pohybový systém, jehož léze je závislá na velikosti postižení centrální nervové soustavy. Často je onemocnění spojeno s poruchami neurokognitivními, sensorickými a senzitivními (Kraus, 2005; Naletilic, 2009).

Příznaky se projeví do tří let věku. Právě v tomto období je mozek dítěte nejvíce tvárný (plastický). Tato vlastnost mu umožňuje rozvoj náhradních mechanismů i v případě vážného handicapu (Klárová, 2008). Většinou jsou to rodiče, kteří jako první pojmu podozření, že se jejich dítě nevyvíjí přirozeně pohybově. Děti s DMO se velmi často opoždí v dosahování normálního vývojového schématu. Jde o vývoj hybnosti v přetáčení, sezení, lezení, stojí a chůzi. Stav je označován jako vývojové opoždění. Některé postižené děti mají již zpočátku abnormální svalový tonus (hypotonie, hypertonie). V jiných případech je dítě zpočátku hypotonické a teprve po 2-3 měsících života se jeho svalové napětí vyvíjí v hypertonii. V raném dětském věku se onemocnění projevuje změnou svalového tonu a motorických funkcí. Projevy a příznaky se

mění, proto je potřebné stanovit diagnózu až mezi třetím a čtvrtým rokem (Kraus, 2005).

Vyskytuje se u 2 až 5 promile živě narozených dětí s normální porodní hmotností. V USA je incidence DMO 1,5 až 5 na tisíc živě narozených dětí (Janovský, 2006). Podle Koláře tvoří horní hranici intervalu 2,5 na tisíc novorozenců. Uvádí se, že v České republice žije 16 až 20 tisíc dětí s postižením. Polovina z nich potřebuje soustavnou rehabilitační péči (Kolář, 2009). Podle jiných zdrojů postihuje na světě celkem 2 až 3 promile populace (Klárová, 2008). Nejdůležitějším screeningovým obdobím jsou první tři měsíce života dítěte. Během této doby uzrává model držení těla v závislosti na zrání CNS. Později na tomto dozrávání závisí posturální vývoj jedince (Kolář, 2001).

DMO je provázeno velkou škálou projevů, které se liší individuálně podle formy a tíže onemocnění a přídatných poruch. Často je doprovázená přidruženými neurologickými vadami jako problémy učení, epilepsie, zrakové a řečové vady a percepční poruchy. Z toho vyplývá velká variabilita obtíží a různorodost potřeb (Ödman, Ödberg, 2005). Z poruch svalového tonu se nejčastěji vyskytuje hypertonus, většinou představovaný spasticitou. Vzácněji se objevuje rigidita. Snížené svalové napětí, hypotonus, je způsobeno poškozením mozečku. Projevuje se ataxií a třesem při pohybech jemné motoriky. Atetóza, tedy balistický pohyb končetinami, je důsledkem postižení bazálních ganglií. Projevuje se střídavými změnami svalového napětí. Nejčastější formou DMO jsou spastická diparéza a hemiparéza. Mezi další formy patří dyskinetická, kvadruparetická a ataktická forma (Kraus, 2005).

Etiologie je ve 20 až 30 % případů nejasná (Janovský, 2006). Rizikové faktory pro vznik DMO jako kombinovaného postižení se dělí na prenatální, perinatální a postnatální. Do prenatálních lze zařadit udržovanou nebo vícečetnou graviditu a vadnou polohu plodu v děloze, dále také lékovou a drogovou intoxikaci matky. Riziko pro vznik onemocnění je zvýšené též v případě Rh inkompatibility matky a dítěte, dále u gestózy a eklampsie matky. Infekční onemocnění, která jsou pro období těhotenství pro plod nebezpečné řadíme toxoplazmózu, rubeolu, cytomegalovirové a herpetické onemocnění. Mezi nejčastější metabolická onemocnění patří diabetes melitus, jehož vliv na

vývoj plodu rovněž není zanedbatelný. Perinatální faktory jsou především protražovaný nebo předčasný porod, dříve to byl porod pomocí kleští. Během porodu negativně ovlivňuje nadcházející prospívání nového jedince anomálie placenty, aspirace plodové vody, asfyxie pupeční šňůrou s následnou hypoxií. V neposlední řadě může během porodu dojít k ischemii – malácii či krvácení při poranění hlavy dítěte. Jako postnatální hrozbu zmíníme novorozenecký ikterus, který doprovází hyperbilirubinemie a křeče, dále pak jsou to metabolický rozvrat při infekci a neuroinfekce (Kraus, 2005). Přesná diagnóza bývá stanovena koncem prvního roku věku dítěte (Renotierová, 2003).

Přes pokroky léčení známých příčin počet dětí s postižením v posledních přibližně třiceti letech pozvolna roste. Přičítá se to pokrokům v intenzivní neonatologické péči, jež umožňují přežít většímu počtu nedonošených a vážně ohrožených novorozenců (Opatřilová, 2010).

Příznaky DMO zahrnují široké spektrum tíže postižení. Nemocný s DMO může mít problémy s jemnými pohybovými vzorci, jako je psaní nebo stříhání nůžkami. Dále se vyskytují obtíže s udržením rovnováhy a s chůzí, přítomny jsou též mimovolní pohyby, jako jsou například krouživé pohyby rukou nebo vůlí neovladatelné pohyby úst. Příznaky se liší jedinec od jedince a u téhož nemocného se mohou v průběhu času různě měnit. Někteří nemocní s DMO jsou navíc postiženi dalšími zdravotními problémy včetně epileptických záchvatů a poruch mentálních funkcí. Přes všeobecně vžitě přesvědčení nemusí znamenat diagnóza DMO vždy automaticky těžký handicap. Zatímco dítě s těžkou formou DMO je mnohdy zcela neschopné chůze a potřebuje náročnou, komplexní a celoživotní péči, dítě s lehkou formou postižení může být jen lehce nemotorné a obejde se bez asistence. DMO není nakažlivá (na rozdíl od poliomyelitidy, známé též jako dětská obrna) ani dědičná. Přes veškerý výzkum není onemocnění vyléčitelné a neexistuje ani spolehlivá prevence (Janovský, 2006).

Velký počet nemocných nemá žádná přidružená zdravotní postižení. Mozkové léze mohou ale způsobovat např. epileptické záchvaty a negativně ovlivňovat intelekt jedince, schopnost reagovat na vnější podněty, jeho aktivitu, chování a smyslové vnímání (zejména zrak a sluch). Mezi nejčastěji se

vyskytující přídatná postižení patří mentální postižení - mentální retardace, epilepsie (jako poruchy vědomí), hydrocefalus, růstové problémy, poruchy zraku a sluchu, dále abnormální pocity a poruchy citlivosti (Kraus, 2005; Opatřilová, 2010).

Děti s dětskou mozkovou obrnou nedosahují takového vývoje kognitivních funkcí jako zdravé děti. V předškolním věku, pro který je tento rozvoj typický, jsou děti s postižením v kolektivu ostatních frustrovány.

Ve věku do šesti let se u zdravých dětí rozvíjí socializace, jež má na další vývoj významný motivační a psychický vliv. U odlišných jedinců, např. u dětí s DMO, dochází k deprivaci sociálních potřeb (Janovský, 2006).

Pro jedince postižené DMO je typický nerovnoměrný vývoj a opoždění vývoje řeči a různé řečové vady. Postižení jsou neobratní, selhávají v činnostech jak tělesně pohybových, tak i v jemné práci. Patrná je u nich zvýšená motorika a neklid. Dále nejsou schopni koncentrace, objevují se u nich poruchy vnímání a představitosti. Mnohdy impulzivně reagují a jsou emočně labilní (Opatřilová, 2010).

Podle chorvatské studie z roku 2009 jsou za klíčové faktory péče o jedince s DMO považovány včasná léčba a intenzita terapeutické intervence. Studie se zaměřila na to, zda je možné rozpoznat děti s neuromotorickými abnormalitami na základě včasného klinického vyšetření. Ve spisu je zmiňován názor, že diagnózu lze stanovit již během prvního trimestru. Všeobecně je udáváno, že diagnózu nelze stanovit před šestým až osmým měsícem věku. (Naletilic, 2009) Podle novějšího zdroje ji není možno určit dříve než po osmnácti měsících věku dítěte. U velmi malých dětí, u kterých byla zjištěna pravděpodobnost vzniku DMO, byla v rámci výzkumu zavedena raná intervence. Jejím pozitivním efektem byl kognitivní rozvoj. Dalším překvapivým výsledkem byl minimální nebo žádný účinek na motorický vývoj (Hielkema, 2010).

Nedostatečná podnětová aferentace souvisí s obtížnou percepcí a diferenciací vjemů. Děti s DMO mají problém vizuálně pochopit vztahy. Vizuomotorika je nedostatečně vyvinutá, což souvisí s obtížemi při grafomotorice a jemné motorice. Některé děti, především s těžší formou DMO

nedokáží rozlišovat barvy, tvary, množství, velikosti, aj. Dochází u nich také k narušení sluchové diferenciaci, analýze a syntéze. Při pohybu v prostoru je pro ně obtížné orientovat se, zároveň také selhávají v činnostech, ve kterých je potřebná pravolevá diferenciaci. Obtížně se koncentrují a jejich paměťové funkce jsou narušeny (Janovský, 2006).

2.1.1 Formy dětské mozkové obrny

DMO je podle specifických vlastností svalů, svalového tonu a místa postižení CNS členěna na formu spastickou, nespastickou a smíšenou (viz Příloha A). V popředí klinického obrazu jsou poruchy motoriky, hybnosti a svalového tonu (Ambler, 2006).

Nejčtenější zastoupení má spastická forma DMO. Tvoří přibližně 60% DMO poruch (Kraus, 2005). Podle jiného zdroje postihuje až asi 70-80% nemocných s DMO (Vojta, 1993).

Podle Lesného rozlišujeme formu lehkou, paukospastickou a těžkou – klasickou (Janovský, 2006). Svaly jsou v postižených partiích ztuhlé a trvale aktivované, spastické. Podrobnější popis forem onemocnění vychází z určení, které končetiny jsou spastické. Název vychází z latinského označení postižené části těla v kombinaci s označením paréza. Hovoří se tak např. o spastické diparéze, kdy jsou postižené obě dolní končetiny ve větší míře než končetiny horní. Jinou formou je spastická hemiparéza, při níž jsou postižené končetiny jedné poloviny těla. Dále rozeznáváme spastickou triparézu s postižením obou dolních končetin a jedné horní končetiny. Všechny končetiny jsou postižené u spastické kvadruparézy, jinak také bilaterální hemiparézy (Kolář, 2009).

Pokud má jedinec s DMO spastické obě dolní končetiny, často je vtáčí dovnitř. Při chůzi dochází ke křížení kolenních kloubů. Pokud nemocný chodí, je jeho chůze nemotorná, dolní končetiny jsou toporné a při chůzi se kolena dotýkají. Vzniká tak charakteristický obraz chůze o širší bázi, který je v anglosaské literatuře popisován jako scissors gait (nůžkovitá chůze). Jiným

typem chůze, který je velice nestabilní, je chůze po špičkách (digitigrádní) (Novosad, 2002).

Spastická diparéza je poškození dolní poloviny těla. Je též označována jako Littleova nemoc (Renotierová, 2003). Charakteristická je spasticita svalů dolních končetin. Tato forma může mít typ extenční, při kterém jsou kolenní klouby v extenzi anebo typ flekční, při kterém je v kolenou trvalá flexe.

U klasické diparetické formy jsou staženy lýtkové svaly, ohýbače kolen a kyčlí a svaly, které přitahují k sobě stehna. Nemožnost propnutí kolenních kloubů vede k chůzi s pokrčenými koleny. Nohy jsou většinou slabší, chůze je možná převážně s oporou, u těžších forem se dítě nenaučí chodit vůbec. Dolní končetiny bývají také méně vyvinuty, takže je nápadný nepoměr mezi vzrůstem trupu a dolních končetin. S normální velikostí jsou dolní končetiny krátké. Prsty u rukou bývají neobratné, ale hrubá motorika bývá dobrá. U diparetické formy dále můžeme sledovat předklon pánve a trupu, což je způsobeno zvýšeným napětím svalstva v této oblasti. Zvýšené napětí má také za následek zkrácení Achillovy šlachy. V důsledku toho sval táhne patu vzhůru a vzniká tak oboustranné špičkové postavení nohy, kterému se říká koňská či svislá noha. Vývoj diparetické chůze ztěžuje nůžkovité postavení dolních končetin, předklánění pánve a trupu. Děti chodí po špičkách nebo po hřbetní a zevní ploše nártu. Začátek chůze bývá většinou mezi 3. a 5. rokem (Kraus, 2005).

Kolébavá chůze, typická pro diparetickou formu, je nazývána též lidoopí (tzn.s pokrčenými koleny) (Novosad, 2002). Diparéza způsobuje, že pohybový vývoj zůstává na obou dolních končetinách na úrovni čtvrtého měsíce vývoje zdravého dítěte. V šesti měsících věku dítěte lze již zřetelně odlišit harmonický psychomotorický vývoj dítěte od vývoje diparetického. Charakteristické je i poškození motoriky a oromotoriky, narušení uvědomování si vlastního těla. Vzhledem k tomu, že diparetická forma DMO vzniká poškozením mozku především v oblasti jeho kmene a mozková kůra tedy zpravidla není zasažena, inteligence dětí postižena nebývá. Při vytvoření přívnětivých podmínek mohou zvládnout jak základní, tak vyšší vzdělání (Kraus, 2005).

Paucospastická diparetická forma je stejná jako klasická diparetická forma, avšak chybí zde addukční kontraktura kyčlí. Nacházíme zde výraznější extenční projevy, chůze je prováděna pouze s nepatrným ohnutím v kolenou. Je charakteristické, že postižení jedinci více zatěžují přední část chodidla (Kraus, 2005).

Spastická hemiparéza (viz Příloha D) je po diparetické formě DMO druhou nejčastější. Nejčastěji vzniká před koncem neonatálního období, jde o kongenitální spastickou hemiparézu. Etiologickým faktorem je krvácení do mozku v postranních komorách. Při jednostranném postižení mozku se manifestuje kontralaterálně od mozkové hemisféry s hemoragií. V polovině případů dojde ke snížení inteligence různého stupně. Léze se projeví jednostranně na obou končetinách (Kraus, 2005). Jako v ostatních formách DMO je skoro vždy postižena více končetina horní, která je ve flekčním držení. V loketním kloubu je paže flektována, v zápěstí je palmární flexe (ptačí křídlo), předloktí je v hyperpronaci, ruka v ulnární dukci. Palec je v addukci přitažen do dlaně. Pro paži je typická převažující flekční spasticita, ruka a prsty jsou naopak hypotonické. Zvláštní vzhled dotváří hyperextenze v interfalangeálních kloubech 2. až 5. prstu. Při snaze o pohyb dochází k pohybu celé horní končetiny, vycházejícímu z ramenního kloubu. Jde o tzv. globální pohyb, který plegická končetina vytvoří. Vážné upažení, extenze lokte, supinace a dorzální flexe ruky. Z pohybů palce nelze provést zejména abdukcii a opozici, nelze rozevřít prsty a postižený není schopen vytvořit kroužky mezi palcem a jednotlivými prsty. Na dolní končetině je patrná extenzorová spasticita. Ekvinovarovzita nohy se snaží vyrovnat zkrácení končetiny, které je způsobeno hypogenezí postižené strany. Někdy se objevuje i pes equinovarus. Při chůzi nedochází k cirkumdukci, která je typická pro hemiparézy v dospělém věku. Nemocný napadá na postiženou končetinu a došlapuje na špičku, horní končetina je nehybně strnule držena. Hemiparéza se vyskytuje i na obličejí a na svalstvu mluvidel, kde nedochází sice k plegii, ale k oslabení a pomalým reakcím (Trojan, 2001). Spasticitu zhoršuje vzrušení, které zvyšuje tonus, znemožňuje rychlé pohyby a jemnou motoriku (Kraus, 2005).

Hypogeneze je pomalý a neúplný vývoj postižené poloviny těla co se týče síly a délky končetin. Dochází ke zkrácení a oslabení. Projevuje se na obou postižených končetinách – zejména na ruce a noze, na trupu, ale i v obličeji. Na trupu přispívá ke vzniku skoliózy ve tvaru C, kdy konkavita směřuje ke straně parézy. Zkrácení může být nepatrné, ale také může dosáhnout i několika centimetrů rozdílu (Trojan, 2001).

Oslabení poloviny těla způsobuje při stoji šikmé postavení pánve, na to navazuje vychýlení trupu také k postižené straně. Přenos těžiště je ke zdravé straně, hlava směřuje stejným směrem jako těžiště, rameno je pokleslé, objevuje se kyfóza. Hypogeneze se vyskytuje i u jedinců, kteří jsou schopni chůze. Vzhledem k tomu se předpokládá, že rozdíly v délce končetin nejsou způsobeny nižší aktivitou nemocné strany, přestože na ně má tento faktor vliv. Hlavní podíl na vzniklých nerovnoměrnostech má nervové zásobení, které je u DMO narušeno na úrovni CNS. Manifestace postižení závisí na jeho tíži. U lehčích forem je postura i hybnost téměř v normě, problémy jsou především v pohybech aker – prstů ruky, převažuje přenos váhy na špičku nohy. Míru hemiparézy podle funkčnosti ruky je možné rozdělit do tří stupňů. Lehká hemiparéza, kdy je možný pinzetový úchop a izolované pohyby prstů, střední, s pohybem pouze celé ruky a těžká, kdy nemocný ruku nepoužívá (Trojan et al., 2001).

U nemocných se může vyskytnout hemiparetický třes či jiné dyskinezy (choreoatetóza až hemidystonie), byť pouze naznačené. Vůlí neovladatelné pohyby končetin na straně postižení mohou rušivě působit na pohyb. Jiná častá zdravotní postižení provázející DMO jsou epilepsie (u poloviny všech postižených), homonymní hemianopsie (výpadek poloviny zorných polí pro obě oči na straně hybné poruchy), strabismus a atrofie optického nervu (Novosad, 2002).

Někdy je koncem prvního trimenonu patrná predilekce hlavy ke zdravé straně a záklon, asymetrické tonické šijové reflexy na straně hemiparetické, addukce palce v pěst či C-skoliotické vybočení ke zdravé straně. V 5. měsíci dochází k otáčení na břicho přes postiženou stranu. Při lezení je horní končetina flektovaná tažena pod trupem, dolní končetina je v extenzi – asymetrické

lezení. Reflexní úchop přetrvává na postižené horní, předčasně vyhasíná na dolní končetině. V 6. měsíci je úchop jen na zdravé horní končetině. Pinzetový úchop se mnohdy nevyvine. Protože nemocný upřednostňuje používání funkčnější nedominantní horní končetiny, mluvíme o vynucené lateralitě. Dolní končetina se většinou nedostane přes třetí rok zralosti (Trojan et al., 2001).

Získaná hemiparéza je oproti kongenitální způsobená zánětlivou etiologií, projevy demyelinizace či migrény. Traumatická vzniká v důsledku cévních onemocnění a např. jako postepileptický stav. Vzniká v jakémkoli věku, nejčastěji však v prvních třech týdnech života. Typickým je akutní začátek s křečemi, bezvědomím a centrální parézou facialisu (bez lagophthalmu). Později se rozvine spasticita. u levostranného postižení dochází k afázii (Kraus, 2005).

Oboustranná spastická hemiparéza se vyskytuje při oboustranném hemisferálním postižení, kdy v každé hemisféře vzniká samostatné ložisko. Postižení je asymetrické. Patří mezi nejtěžší postižení, mobilita je těžce omezena, nemocní jsou odkázáni na invalidní vozík. Všichni nemocní mají sníženou inteligenci a často se u nich vyskytují epileptické záchvaty. Postižena je i řeč, dítě řeči nerozumí a neumí mluvit, jelikož je mozek pro tyto funkce bilaterálně postižený. Spolu s primárně kvadruparetickou formou, která je způsobena kmenovou lézí, se manifestuje kvadruparézou. Na rozdíl od primární kmenové formy je zde těžší postižení obou horních končetin, kterými pro těžké kontraktury nelze pohybovat. Patologické držení končetin je shodné s držením při jednostranné hemiparézě (Kraus, 2005).

Nespastická forma je způsobena poškozením mozku mimo oblast pyramidové dráhy. Na jejím vzniku se v největší míře podílejí perinatální faktory (Kraus, 2005).

Dyskinetická, atetózní, nebo také extrapyramidová **dystonicko – dyskinetická forma** je zapříčiněna poškozením na úrovni bazálních ganglií. Tato oblast CNS má za úkol plánovat a kontrolovat pohyb. Četnost výskytu dyskinetické formy DMO je 10 - 20% (Trojan et al., 2001). Skupina příznaků se projevuje jako atetóza (postihuje akra), choreoatetóza (postihuje proximální, kořenové svaly), dystonický a dystonicko – dyskinetický syndrom (Ambler,

2006). Typickými projevy jsou mimovolné pomalé krouživé pohyby. Abnormální pohyby postihují obvykle ruce, nohy, případně celé horní nebo dolní končetiny. Nezřídka se zvyrazňují při emočním stresu a naopak mizí ve spánku. Může být postiženo i svalstvo tváře a jazyka, což vede ke vzniku grimas, žmoulavých pohybů úst, mlaskání apod. Narušena je orofaciální koordinace buko-faryngo-laryngeálních svalů. Jedinec obtížně artikuluje a polyká. Někdy je přítomna i porucha sluchu. Nemocný vzácně zvládá samostatnou chůzi. Není schopný organizovat a správně provést volní pohyb, koordinovat automatické pohyby, ani udržet posturu, čili vzpřímené držení těla (Kraus, 2005).

Hypotonická forma se vyznačuje snížením svalového tonu. Je způsobena poškozením mozečku, jeho anomálií či poruchou vývoje – nedostatečným vyvinutím. Vyznačuje se narušením rovnováhy a propriocepce. Vyskytuje se s četností 7 – 15%. Jedinec s postižením je pohybově pasivní a má kloubní hypermobilitu především v kloubech dolních a horních končetin a páteře. Z pohybových projevů se vyskytuje intenční tremor, spínání rukou, dyskinézy a ataxie. Snížení svalového tonu má za důsledek neschopnost vertikalizace, nystagmus – mimovolní pohyb očí, šilhání. Pro jedince je typická tzv. žabí poloha s rozevřenými dolními končetinami a pokrčenými koleny. Často bývá přidružena mentální retardace, postižený postrádá motivaci pro jakoukoli činnost, je apatický a objevují se u něho autistické rysy (Kraus, 2005).

Dělení DMO je nejednotné. Někteří autoři samostatně oddělují ataktickou formu, která náleží pod formu hypotonickou. Jedná se nejen o postižení mozečku, často jde ale pouze o přechodné stádium DMO. Postihuje též především vnímání rovnováhy a propriopecí. Jedinci mají často zhoršenou pohybovou koordinaci, nestabilní chůzi o široké bázi, která připomíná opileckou chůzi. Chodidla pokládají nezvykle daleko od sebe. Problémy nastávají při pokusu o rychlý a přesný pohyb, jako je psaní nebo zapínání knoflíků na oblečení. Jde o chybné cílení pohybu (dysmetrie). Často je přítomný intenční tremor, třes objevující se při volní hybnosti. Dalšími

charakteristikami je nekoordinovaný pohyb trupu, porucha spolupráce svalových skupin a neschopnost provádět střídavé pohyby (Kolář, 2009).

Často se u nemocných s DMO výše uvedené formy různě kombinují. Jde pak o smíšené formy. Nejčastější kombinace představuje spastická forma s athetoidními pohyby a dystonií nebo dyskinetický syndrom a spasticita. Mozek je difúzně postižen. Typická je těžší mentální retardace. Vzpřimování je výrazně opožděné (Kolář, 2009).

	Woods 1957	Han- sen 1960	Hen- derson 1961	Mit- chel 1961	Ingram 1964	Hagberg 1972	1975	Vojta 1973
hemipa- réza	33	33	38	37	36	32	35	12
diparéza mono., tri-, tetra- paréza	42	46	38	40	38	40	33	64
diski- nese	11	9	8	7	8	10	14	9
celkem	86	88	84	85	82	82	83	85
bilater. hemi- plegie.			1	1	4			
dipleg. atak. aton.	10	3	3		6	9	5	3
congen. ataxie			2	2	7	7	8	5
smíšen. tetrapp. oligofr. mikro- encef.				10		2	3	6
jiné	4	4	10	3	1			
celkem	14	7	16	16	18	17	14	14

Tab. 1: Spektrum DMO podle různých autorů

Zdroj: Vojta, 1993

2.2 Komplexní přístup k jedinci s kombinovaným postižením

Přístup k lidem s kombinovanými vadami je vzhledem k variabilitě postižení individuální a komplexní. Podílejí se na něm odborníci z různých oborů. Rehabilitaci je možné rozdělit na složku zdravotní, psychologickou, sociální, pracovní, pedagogickou, rodinnou a volnočasovou. Po léčebném zákroku následuje zdravotní rehabilitace, do níž patří medikace, reedukace rehabilitace a kompenzace. Existuje mnoho přístupů, které jsou pro trénink a znovunabývání ztracených či oslabených funkcí vhodné (Ludíková, 2005). Motorice a vývoji se věnuje fyzioterapie. Sebeobsluhou, schopností pracovat a zdokonalovat funkci rukou a nohou, kognitivním tréninkem a přípravou na zaměstnání se zabývá ergoterapie (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009). Animoterapie s využitím zvířecího charakteru prospívá jak psychicky, tak ji lze využít i k nácviku motorických dovedností. Dále je možné zvíře použít jako pomocnou ruku, trénovat a zdokonalovat u dítěte přístup k ostatním živým tvorům, empatii, řeč a komunikaci. S využitím hippoterapie může k ní určený hipoterapeut u dítěte s postižením trénovat balanční reakce, posilovat svaly nutné pro oporu páteře, uvolnit zvýšený tonus svalů příjemným pravidelným pohupováním a teplem od zvířete (Nerandžič, 2006). Psychoterapie zahrnuje jak terapii individuální, tak skupinovou. Důležitá je však podpora všech příbuzných nemocného nebo postiženého. Terapie má mnoho forem, které jsou pro klienta zábavné, odreaguje se jejich pomocí a vyjádří své pocity. Mezi nejznámější formy patří muzikoterapie, dramaterapie, arteterapie a již zmíněná animoterapie. Sociální rehabilitace pomáhá rodině dítěte s postižením přijmout jeho odlišnost. Dále umožňuje využívat informace a pomoc od občanských sdružení a účastnit se na psychorehabilitačních pobytech. Pedagogická část podpory se zaměřuje na výchovu, vzdělání a rozvoj soběstačnosti. Rodinná rehabilitace podporuje a obnovuje vztahy v rodině, které byly narušeny tíží postižení některého z jejích členů. Pracovní rehabilitace zahrnuje profesní přípravu, poradenství, ochranu pracovních příležitostí, získání a udržení vhodného zaměstnání. Jde o integraci do běžného života. Volnočasová složka má za úkol podporovat zájmy jedince. Zároveň také působí jako psychická

podpora v době, kdy se člověk upoutává na své onemocnění. Rehabilitace je dlouhodobá, usiluje o začlenění do společnosti (Ludíková, 2005).

2.3 Kompenzační pomůcky pro osoby s tělesným a kombinovaným postižením

Pro obnovení nebo reparaci dříve neporušených funkcí je důležité zajistit jedinci vhodné výchozí podmínky. Kompenzační pomůcky se využívají v případě, kdy je nutné postiženou funkci nahradit funkcí jinou. Využívány jsou jak funkce zachované, tak předměty a pomůcky, které podporují, nahrazují či napomáhají aktivaci postižené oblasti. Náhradu lze ale také uplatnit v případě, kdy ji vyžaduje zdravotní stav osoby s postižením. Např. při rehabilitaci dítěte s postižením lehčí formou DMO můžeme zpočátku využívat pro pohyb chodítko. Postupně lze pak přecházet k nácvičku chůze o berlích. Začínáme vždy tím, co je pro jedince v dané situaci nejjednodušší. Postupně pak přecházíme k obtížnějším úkolům. Vždy je potřebné postupovat podle aktuálního stavu a rozvinutých schopností klienta. Pomůcky nejen ulehčují lokomoci a jiné činnosti, ale zabraňují přetěžování svalů v nepřírozené poloze. Vytvářejí optimální podmínky pro aktivitu svalů, při které se sníží riziko vzniku vadného stereotypu. Zabraňují úrazům a zvyšují soběstačnost jedince (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Pro zajištění správné polohy lehu a sedu slouží variabilní vertikalizační lůžka. Pomocí polohovacích klínů, polštářů a stojanů je možné zajistit optimální polohu, která snižuje riziko zhoršování celkového držení těla. Kompenzační pomůcky (dále KP) pro jemnou motoriku jsou držáky, těžítka, násadky, zátěžové manžety, dlahy a protézy a fixační pomůcky (Opatřilová, 2010). Dále existují upravené psací a výtvarné potřeby, které umožňují jedinci s různými postiženími ruky zajistit pevný úchop. Jde o ergonomicky vytvarovaná pera, trojhranné fixy a pastelky. Využívané jsou také šablony a protismykové

podložky. Počítač u těžkých pohybových omezení je vnímán jako protetická pomůcka (Opatřilová, Zámečnicková, 2008).

Pro podporu jemné motoriky existuje velké množství přizpůsobených pracovních pomůcek, které jsou upraveny pro snazší držení a přejímání dříve nepostižené funkce. Ke psaní jsou využívány zápěstní nebo dlaňové objímky, dále pomůcky nahrazující běžný způsob úchopu alternativním způsobem. Existují pomůcky k usnadnění úchopů předmětů, jako je přídatný úchyt na hrnek, talířová příruba, dlaňová objímka pro upevnění příborů nebo psacího náčiní a jiné. Mezi pomůcky používané při běžných denních činnostech patří zapínače knoflíků, navlékače ponožek, držáky potravin a nádobí. Pro volnočasové aktivity jsou využívány obraceče stránek knih a speciálně upravená přídatná zařízení k počítači (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

3 RANÁ PÉČE PRO DĚTI S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

3.1 Poskytovatelé rané péče

V České republice jsou čtyři poskytovatelé rané péče pro klientské rodiny dětí se zrakovým a kombinovaným postižením. Jedná se o Společnost pro ranou péči a.s. (dále jen SPRP), SPRP Plzeň o.p.s., SPRP Liberec o.p.s., Raná péče Eda o.p.s. (Praha – Trojická).

Raná péče je dle § 54 zákona č. 108 o sociálních službách terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytované dítěti a rodičům dítěte ve věku do sedmi let, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Zahrnuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, dále zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické

činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon 108, § 54). Raná péče je bezplatná služba pro rodiny s dětmi s postižením nebo ohrožením zdravého vývoje (SPRP, 2011). Raná péče je též zakotvena ve vyhlášce č. 72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (Zákon č. 317/2008 Sb.).

Raná péče zajišťuje komplexní podporu rodiny a dítěte následně po stanovení diagnózy odborníkem. Rodiče mají možnost konzultovat své otázky ohledně péče, využít služby léčebné rehabilitace, sociálních a psychologických služeb. Od pracovníků rané péče získají informace o postupu při stimulaci dítěte, způsobu cvičení, přizpůsobení domácího prostředí a vhodných kompenzačních pomůckách. Pomáhají rodičům u dítěte správnou výchovou podpořit jeho vývoj. Pracovníci mohou rodiče doprovázet během lékařských návštěv a podle potřeby rodičů vytvořit též individuální plán spolupráce. Pomáhají dítěti a rodině plynule přejít do návazných školských zařízení. V instituci mají rodiče možnost setkávat se s rodinami s podobnými problémy a předávat si zkušenosti (Kárová, 2008; SPRP, 2011). Klientem rané péče není jen dítě s postižením, ale celá rodina. Mezi další charakteristiky rané péče patří forma terénní služby a spolupráce v rámci zdravotnictví, sociální péče a vzdělávacích programů (Hradílková, Jungwirthová, 2010).

Služba rané péče se věnuje dětem do čtyř, maximálně sedmi let věku a jejich rodinám. Raná péče spadá pod rezort zdravotnictví, práce a sociálních věcí. Podle vyhlášky č. 14 z roku 2005 Sb. o předškolním vzdělávání v §1 je stanoveno, že předškolní vzdělávání má tři ročníky. V prvním jsou děti v mateřské školce, kterým jsou nejvýše čtyři roky, tzn. od tří let věku. Raná péče je též poskytována dětem mladším tří let a jejich rodičům i v prenatálním období. Poskytovatelé rané péče mají oprávnění s interdisciplinární péčí před třetím rokem věku dítěte podle jeho potřeb, nezávisle na školské legislativě. V rámci rezortu školství se jedná o včasnou intervenci, v rámci rezortu zdravotnictví, resp. práce a sociálních věd o ranou péči (Janovský, 2006).

System ucelené rehabilitace, jinak také komplexní péče, je nutno zajistit již v nejranějším věku. Včasnost péče má za úkol zajistit příznivé podmínky pro

rozvoj mozkových činností, vývoj kognitivních funkcí a podporu motoriky. Plasticita mozku a jeho přizpůsobivost okolním podmínkám a ovlivnitelnost je tím větší, čím je dítě mladší. Je také mnohem více schopen regenerace a kompenzace již vzniklého poškození. Péče má interdisciplinární charakter, zahrnuje intervenci zdravotnickou, terapeutickou, dále pedagogicko-psychologickou a jiné. Velikou roli ve vývoji a terapii dítěte hrají rodiče, speciální pedagogové a terapeuti (Janovský, 2006).

Poradkyně rané péče a speciální pedagogové poskytují pomoc jak ambulantně, tak terénně. Ve středisku mají rodiče možnost zjistit z vyšetření informace o stavu smyslové funkce a schopnostech motoriky svého dítěte. Vyšetřující hodnotí aktuální stav pomocí variabilního množství pomůcek a vzápětí rodiči nabízí informace o možnosti smyslové stimulace. Pomůcky jsou výrazné tvary i barvami, takové, aby dítě motivovaly. Rodiče vnímají reakce svého dítěte, vidí, jak je pro ně stimulace prospěšná. Výhodou je možnost vypůjčení pomůcek rodině. Podle vývoje schopností dítěte zvolí poradce při každé návštěvě v rodině vhodné pomůcky. Během návštěvy v přirozeném prostředí pro dítě zjišťují poradci momentální rodinnou situaci, pomáhají vyřešit nově vzniklé problémy s dítětem a pokračují ve stimulaci funkcí. V ideálním případě vstupuje dítě během cvičení a terapie do vyšších vývojových stádií. V některých případech se stav jedince nemění, ale intervence je velmi důležitá. Bez ní by mohlo docházet k regresi stavu. Cílem střediska rané péče je nejen pomoci dítěti, ale také jeho rodině. Důležitým aspektem je psychická pomoc, která by neměla být opomíjena i v případě, kdy vývoj dítěte není progresivní. Poslání střediska je naplněno ve smyslu podpory rodiny (SPRP, 2011).

3.2 Den pracovníka Střediska pro ranou péči

Harmonogram dne pracovníka střediska pro ranou péči je rozdělen do pracovních povinností ve středisku, vyplňování dokumentace, kompletování

programů pro děti a rodiče, plánování dalších sezení s rodiči a terénních návštěv a vlastních diagnostických a terapeutických aktivit.

Práce je velice různorodá, od diagnostiky, pravidelných vyšetřování a vedení dokumentace, ambulantních i terénních služeb pro klienty až po přípravy na benefiční akce, seznamovací akce a s tím spojené zajišťování dobrovolníků a sponzorů. Každý pracovník střediska musí být velice flexibilní, jelikož náplň dne je velikou měrou určována klienty. Sám klient má předem domluvenou ambulantní nebo terénní schůzku. Během ambulantní návštěvy se může stát, že vyšetřované dítě není v dobré náladě. Na vyšetření a cvičení se nesoustředí, pláče, snaží se utéci, nebo se vzteká. Některým projevům lze zabránit, některé lze ovlivnit, jiné ne. Záleží na tom, jak je dítě staré a jak jsou zachovány jeho mentální funkce. Špatná nálada může být způsobena nevyspaním nebo nemocí dítěte. Dále bývá častou příčinou především u prvně sledovaných dětí strach z nového prostředí a z vyšetřujícího. Některé děti reagují negativně na změny. To se týká především klientů s poruchami autistického spektra. Pokud si například před odjezdem na vyšetření spokojeně hrají a následně jsou ze hry vytrženi, podpoří v nich tato změna bouřlivou reakci.

Každé vyšetření a cvičení musí být dítěti přizpůsobeno podle jeho schopnosti vnímat a soustředit se, podle jeho nálady a únavy. Poradci rané péče musí vždy reagovat aktuálně podle situace, která nastala. Věkové rozpětí klientů je do tří, maximálně do sedmi let. V raném dětství se děti i s nepatrným věkovým rozdílem svým vývojem výrazně liší. Z toho vyplývá důležitost odlišného přístupu ke každému z nich. Dalším aspektem odlišného jednání s malými klienty je míra postižení, přidružená postižení a délka trvání tohoto stavu. Jinak se chovají rodiny, které středisko navštěvovat začínají a jinak ty, které do střediska docházejí delší dobu. V prvním případě přicházejí s očekáváním a velikou vírou, že stav dítěte je možné ještě změnit. Některé děti jsou ale těžce postižené a středisko navštěvují déle. Rodiče jsou vyrovnanější, vědí, že s pomocí rané péče jsou schopni potomkovi poskytnout maximální možnou pomoc a péči. Při terénních návštěvách v přirozeném domácím prostředí se děti cítí lépe než v ambulantním zařízení. Podle toho se také

chovají. Jejich reakce jsou ukázkou, jak při různých situacích na podněty reagují. Jejich pozornost není zbytečně odpoutávána na cizí prostředí. Poradci a speciální pedagogové do rodin přicházejí s informacemi, které pomohou rodičům vyřešit nově vzniklé situace. Jako příklad lze uvést volbu vhodného jezdítka pro tříletého klienta s diparetickou formou DMO. Doporučené jezdítko, které si rodiče pořídili, nebylo pro dítě vhodné. Při odstrkování špičkami se klient kopal o kolečka do nožiček. Druhým nedostatkem byla nedostatečná podpora hlavy, která přepadávala do flexe. Vhodně upravené jezdítko mělo z misek vyrobené kryty na kolečka, které byly téměř nerozbitné a bez ostrých hran. Dále byla pozměněna podpora trupu, která původně měla horizontální polohu. Po upravení byla za instrukce speciálního pedagoga mírně skloněna tak, aby přední část zvedala horní polovinu trupu dítěte. To pak mělo možnost lépe vidět před sebe, což je zároveň stimulovalo ke zdvihání hlavičky. Dodatečně byl rodičům doporučen speciálně upravený krční límec. Jiným příkladem bylo dítě, které navštěvovalo terapeutické hodiny v bazénu. Rodiče řešili problém, že v běžné plovací vestičce dítě do vody přepadává a neudrží hlavičku. Terénní pracovník doporučil na plavání kruh, ve kterém je dítě podporováno do vzpřímené polohy a pro oporu hlavy a krční páteře byl použit krční límec. To jsou jen některé z postřehů, ale na každé návštěvě řeší rodiče mnoho problémů, se kterými si nevědí rady. S věkem, růstem a schopnostmi dítěte vznikají nové pro rodiče obtížné situace. Pracovníci střediska rané péče rodině dítěte s postižením zprostředkovávají informace o stavu dítěte. Kromě vyšetřování a stimulace také vyhledávají kontakty na centra, kde jsou ke koupi speciální pomůcky. Jedním z příkladů je dívka se semiokluzí levého oka, které nošení brýlí vadilo. Rodina hledala takové brýle, které by dívka mohla nosit, šlo o brýle s měkkými a pružnými nožičkami, odolné pádu, které byly velice lehké a barevně lákavé (SPRP, 2011).

Zájemci o informace ohledně postižení dítěte mají možnost vypůjčení odborné literatury v knihovně střediska. Jde nejen o odborné knihy, ale také speciálně zaměřené brožurky v limitované edici, které byly vydané pouze pro účely podobných zařízení. Samo středisko také vydává pro rodiče klientů

časopis, v němž mají možnost vyjádřit své postřehy z praxe, sdílet s ostatními rodiči své problémy, ale také napsat do střediska o radu.

Středisko rané péče průběžně připravuje sešlosti a akce pro rodiny dětí s postižením a pracovníky rané péče. Součástí je zajištění přednášek a praktických ukázek z canisterapie, seznámení účastníků s praktickým využitím psa nejen jako přítele člověka. Dobře vycvičený čtyřnohý přítel dokáže nemocnému podat mobilní telefon, otevřít skříň a přinést léky, přikrýt nemocného dekou, aj. Kromě terapie s pomocí psů je poskytnuta ukázka muzikoterapie s využitím bubnů. Mohou se zapojit děti se svými rodiči. Hudba a přirozená atmosféra děti motivuje k bubnování, trénují doprovázení rytmu, dokonce se zapojí do zpěvu. Doprovodný program zahrnuje hry a soutěže pro nejmenší, tombolu pro každého, dále divadelní představení a zpívání písní. Kromě příprav na každoroční setkání s rodinami klientů pořádá středisko také benefiční koncerty (SPRP, 2011).

4 PODPŮRNÉ METODY A PŘÍSTUPY V SPRP

4.1 Ergoterapie

Ergoterapie je v přímém překladu chápána jako léčba prací. Jde o terapii smysluplnou činností a velice důležitou součást léčebné rehabilitace. Je zaměřena na znovuzískávání funkce, která byla porušena vadou, úrazem či onemocněním. u dospělých lidí je zaměřená na sebeobslužné činnosti, soběstačnost a schopnost zajistit běžné denní potřeby. Dále se zaměřuje na pomoc při obnově pracovní schopnosti a zapojení v zaměstnání. Dětská ergoterapie využívá nejčastěji jako metodu hru (Janovský, 2006). Jejím cílem je vedení k soběstačnosti, vykonávání všedních denních činností a zvýšení kvality života. Využívá diagnostické a léčebné metody, postupy a činnosti při léčbě jedince každého věku, s různým typem postižení, který je trvale nebo dočasně

fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postižený (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Pro každé dítě je hra silně motivovaná činnost, která uspokojuje potřebu aktivity, zvědavosti a sociálního kontaktu. Rozvíjí osobnost a připravuje dítě pro učební, pracovní a jiné činnosti pro celý život (Přinosilová, 2007). Ergoterapie se rozvíjela u nás v 19. století, jako metoda byla používána v psychiatrických léčebnách. Smysluplná činnost je zaměřena na znovuoživení a kompenzování poškozené funkce, naučení nových dovedností, poskytnutí nových informací, dále posílení psychické a fyzické kondice a k získání náhledu na svou situaci. Ergoterapie se dělí na čtyři formy, mezi něž patří terapie cílená na postiženou oblast, na výchovu k soběstačnosti, terapie před pracovním začleněním a kondiční terapie. V rámci činnostní terapie hodnotíme motoriku, smyslové funkce, funkci horních končetin, schopnost vykonávat běžné denní činnosti. Dále se zabýváme kompenzačními pomůckami, prostředím, ve kterém jedinec žije a sociální situací (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Na rozdíl od dospělého není u dítěte cílem obnova postižených funkcí. Klienti Střediska rané péče jsou ve věku, kdy se motorika jedince teprve vyvíjí. Dochází tady k ovlivňování vývoje, jeho usměrňování. Hrubá motorika dítěte dozrává ve věku okolo čtyř let. Dozrává i stereognozie, což je schopnost rozpoznat předměty a okolí hmatem. Je to období, kdy se začíná rozvíjet jemná motorika, jež vrcholí mezi šestým a sedmým rokem, kdy je dokončen vývoj chůze. S touto souvisí také schopnost komunikace (Janovský, 2006; Vojta, Peters, 1995).

Ergoterapie je zaměřena na rozvoj jemné motoriky, hrubé motoriky, koordinace pohybů i vizuomotoriky, na komunikaci. Rovněž jako u dospělých zvyšuje soběstačnost, a tím napomáhá ulehčit práci rodičům (Janovský, 2006).

Hra se jako terapeutický prvek odvíjí od vývojového stádia dítěte. Podle ontogenetického vývoje lze hru dle Kurice rozdělit na funkční, manipulační, napodobovací, receptivní, úlohovou a konstruktivní. Hra by měla děti upoutat, neměly by k ní být nuceny. Platí pravidlo, že se terapie řídí podle dítěte. Nejen podle jeho aktuálního stavu, individuálně, ale také podle momentální nálady. Pokud by bylo dítě ke hře nuceno a ne motivováno, postrádala by terapeutický

účinek. Zároveň si sám klient řídí délku hry, je pouze usměrňován. Příliš dlouhé hry dítě unavují a způsobují ztrátu zájmu o podobné činnosti (Přinosilová, 2007).

Ergoterapie je z řad lékařů velmi často rodičům dítěte s DMO doporučována. V Austrálii proběhl v roce 2009 výzkum, který se jako první zaměřil na zhodnocení efektivity intervence ergoterapeutů. Výsledkem bylo zjištění, že péče je efektivní, pokud trvá nejméně po dobu osmi týdnů. Dochází pak k podpoře motorické aktivity horních končetin (Novak, 2009).

4.2 Animoterapie

Animoterapie je metoda využití zvířete jako léčebného prostředku pro člověka. Nejčastěji využívanými zvířaty jsou koně, psi a kočky. Jiné označení, které se ujalo v anglosaské literatuře je „léčení prostřednictvím domácích miláčků“. K nim mimo domácí zvířata patří také hmyz, ryby, dokonce i květiny. Pozitivních účinků zvířat na člověka je několik. Živý tvor je přijat jako člen rodiny, partner osamocených a opuštěných lidí, dále jako speciálně vycvičený pomocník. Příznivý vliv na lidské sebevědomí a úctu k sobě i druhým vyplývá ze závislosti zvířete na člověku. Při komunikaci mezi oběma zmíněnými živými tvory se člověk snaží porozumět potřebám zvířete. Odpoutá tak pozornost od svých potíží a problémů a učí se soustředěnému chování. Při kontaktu se zvířetem se klient cítí uvolněně, bez psychického napětí a úzkosti. V pečovatelských ústavech, kde je animoterapie podporována je snížena spotřeba antidepresiv, plen, uklidňujících a omezujících prostředků. Klienti, kteří jsou v pravidelném kontaktu se zvířaty jsou soběstačnější. Lidé starající se o čtyřnohé přátele si déle udrží schopnost postarat se sami o sebe. Jsou společenější a mají zvýšené kolektivní psychické vnímání (Nerandžič, 2006).

Hipoterapie využívá k léčebným účelům koně. Řadí se spolu s Kabatovou technikou a Bobathovým konceptem mezi techniky proprioceptivní neuromuskulární facilitace. Hipoterapie je spolu s léčebně

pedagogickým ježděním a sportovně rekreačním ježděním hendikepovaných součástí hiporehabilitace (Janovský, 2006).

Metoda využívá přenos pohybu koně na člověka. Základem terapie je rytmus, kterým zvíře kráčí. Záleží na jeho délce, frekvenci a způsobu provedení. Člověk na pohyb zvířete odpovídá balanční reakcí. Tím dochází ke stimulaci svalových a kloubních receptorů, k aktivitě svalů a nutnosti zvýšené pozornosti zapojení smyslů, je drážděn centrální nervový systém. Vzhledem k plasticitě mozku lze ovlivňovat nebo vytvářet pohybový vzorec jedince. Jde o vzor, který je shodný se vzorem pro chůzi člověka, lezení a plazení. Dále je ovlivňován rytmický chod všech orgánů, například pumpování srdce, střídavá svalová aktivita, dechový rytmus. Jízdou na koni je podporováno také vylučování. Dítě je v pohybu díky zvířeti a je současně zahříváno (kůň má o stupeň vyšší teplotu těla než člověk). Sed na koni podporuje uvolnění adduktorů stehna a protažení zkrácených Achillových šlach. Pozitivní vliv má terapie na zlepšení kontroly hlavy a trupu. Dochází i k rozvoji sensorického vnímání – orientace v prostoru a taktilní percepce. Působí na rozvoj řeči a podněcuje komunikaci. Podporovány jsou též kognitivní funkce a budování sebedůvěry. Terapie trvá maximálně tři až dvacet minut. Překročení optimální délky trvání by mohlo vést k únavě a vzpouzení zvířete, u dítěte ke svalové únavě a zvýšené aktivitě pomocných svalů a vzniku souhybů (Nerandžič, 2006, SPRP 2011).

Rehabilitace s využitím koně působí na klienta příznivě po fyzické, ale i psychické stránce. Dítě přijímá od koně informace pomocí dotyku, vnímáním pohybů zvířete, přenosem jeho tepla. Trénuje tak své smysly, koordinaci pohybů, obranné a rovnovážné reakce. Rehabilitaci vede fyzioterapeut se speciálním proškolením, jemuž vypomáhá asistent. O výchovu koně se stará hipolog. Indikaci k terapii určuje rehabilitační lékař nebo neurolog (Janovský, 2006).

Felinoterapie využívá kladného působení kočky na člověka. Terapie s využitím kočky snižuje stres a povzbuzuje mozkovou aktivitu, proto je vhodné ji využít na příklad v domově důchodců. U dětí pomáhá v rozvoji hudebního a estetického citění. Využívána je v herní terapii, při které děti

povzbuzuje ke komunikaci a smíchu. Prožívají radost a pocit bezpečí, kočky mají uklidňující a uvolňující vliv (Nerandžič, 2006).

Canisterapie (viz Příloha K) spočívá v kontaktu klienta se psem. Vhodné je její využití ve sportu zdravotně postižených. Veliký vliv má canisterapie na psychiku člověka, trénink řečových dovedností a sebeobsluhy, dále např. pomáhá v rozvoji představ. Jedinec spolupracující se psem trénuje své vyjadřovací schopnosti, zejména jednoznačné povely. Zároveň respektuje chování zvířete a poznává, že každý má své potřeby a nároky. Zvíře využívané v práci s dětmi s postižením má motivační charakter. Mnohdy s jeho pomocí dokáží řešit situace, které jsou pro ně v běžných podmínkách neřešitelné. Psi se stávají pomocníky pro rozvoj rozumových schopností, již zmíněných řečových, dále napomáhají rozvoji motoriky. Při komunikaci dítěte se psem se dítě učí odpovědnosti a toleranci vůči zvířatům a lidem (Nerandžič, 2006, Janovský, 2006).

Výsledky spolupráce se zvířaty jsou patrné ve zlepšení hrubé i jemné motoriky, rovnováhy a schopnosti sebeobsluhy. Děti, u nichž je využívána canisterapie, jsou samostatnější při příjmu potravy, netrpí zácpou, mají větší chuť k jídlu (Nerandžič, 2006).

Na začátku terapie s využitím psů probíhá jemná masáž dětí, kterou provádějí psi. Děti mají ve dlaních nebo na těle položeny piškoty, které psi slízávají. Tak jemně jazykem stimulují kůži a ovlivňují tak svalové napětí. Tento způsob pomáhá zejména dětem se svalovým oslabením a hypotonií (Nerandžič, 2006). Dále je využíváno polohování, kdy tělo psa a dítěte jsou v bezprostředním kontaktu. U hyperaktivních dětí s poruchou soustředěnosti a se zvýšeným svalovým napětím působí dechové pohyby psa na uvolnění jedince s postižením. Dojde k relaxaci svalů, jejich prohřátí vedením tepla z těla zvířete, a tím i k prokrvení. Polohováním je možné ovlivnit zkrácené svaly a zvolením vhodných poloh podpořit jejich protažení (SPRP, 2011).

Děti s velmi těžkým postižením a s kombinovanými vadami jsou schopny naučit se v rámci animoterapie při péči o zvíře základní sebeobslužné úkony. Česáním psa se mohou naučit používat hřeben, při nabízení potravy jsou schopny na psa zavolat nebo použít citoslovce spojené s přijímáním potravy.

Děti se při práci se psem zbavují úzkosti, strachu a bolesti, zejména v těžších případech je vhodné zpočátku zvolit terapii pomocí zvířete jako přípravou část před vlastní rehabilitací. Jsou známy případy, kdy vlastní rehabilitace úspěch neměla. Pokrok byl patrný až po využití zvířecí terapie. Canisterapie je jedněmi považována za podpůrnou léčbu, druhými za nový terapeutický přístup. Rozeznáváme několik kategorií psů, využívaných k léčebným účelům. Dosud jsme zmiňovali psa terapeutického. Podle sdružení Pomocné tlapky sem řadíme psa asistenčního, psa jako šikovného společníka, slepeckého a servisního psa. Psa lze také využít v diagnostice, zejména v práci s diabetiky, epileptiky, toxikomany (Nerandžič, 2006, SPRP 2011).

Terapeutická jednotka se psem trvá maximálně třicet minut. Pes by neměl být denně využíván déle než tři hodiny. Důležité je přihlížet k jeho náladě a únavě. Doporučováno je několik ras, není možno k terapii použít jakékoliv zvíře. Záleží na jeho charakteru a výcviku (Nerandžič, 2006).

4.3 Rehabilitační přístupy

Věk dítěte je aspekt, který výrazně ovlivňuje úspěšnost terapeutické péče. Terapeutické proto, že se nejedná pouze o přístup rehabilitační, ale též speciálně pedagogický, ergoterapeutický a ostatní. Podle profesora Vojty je primární zásadou péče o děti s DMO včasné odhalení patologie a především raný počátek terapie. Pravidelná rehabilitace a metody určené k rozvoji či zachování schopností jedince jsou celoživotní potřebou nemocného. Trénink funkcí, cvičení a terapie zaměřená na ovlivnění motorického vývoje jsou nejdůležitější v době, kdy lze vzhledem k plasticitě mozku ovlivnit pohybový vzor dítěte (Marešová, Joudová, Severa, 2011).

Mezi základní zásady terapie s aktivní účastí jedince patří správná volba obtížnosti cvičení. Zpočátku je vzhledem k motivaci klienta vhodné cvičení jednodušší, které je dále postupně vhodné prokládat cvičením obtížnějším. Variabilitou zajistíme zájem o cvičení. Velmi důležité je též stanovení cílů,

jejichž přibližováním podporujeme trpělivost a pocit sebevědomí (Gangale, 2004).

Bez tréninku funkcí by docházelo k útlumu pohybových schopností, nebo k jejich regresi. Zároveň také s pozdním nástupem terapeutické péče je zlepšení stavu podstatně nižší, než v rané péči. Rehabilitační metody, metodiky a koncepty, které jsou použity individuálně podle možností jedince, podle věku a vývojového stádia jsou základem úspěšné rehabilitace. Mezi nejčastěji využívané přístupy patří Vojtův koncept, SET koncept, konduktivní terapie a koncept Bobathových (Kolář, 2009).

Vojtův princip reflexní lokomoce je založen na vyvolání reflexní motorické odpovědi při stimulaci spouštěvých zón. Je nejčastěji využívaným konceptem v péči o pacienty s dětskou mozkovou obrnou. Podle ontogenetického fyziologického vývoje, kdy se dotykem, polohou a oporou o podložku aktivují příslušné svalové skupiny, jsou terapeutem stimulované pevně stanovené body na těle. Pravidelnou stimulací v různých polohách podle vývojového stádia dítěte dochází k přetváření motorického vzoru (Vojta, Peters, 1995).

SET koncept využívá závěsných popruhů, do nichž lze zavěsit končetiny, trup i hlavu. Je vhodný pro cvičení v odlehčení. V normálních podmínkách by podložka, na níž klient leží, vytvářela pro cvičícího nepřekonatelný odpor. Široké využití spočívá v možnosti vytvoření podmínek práce v uzavřených a otevřených kinematických řetězcích. Návčik pohybu v nich je základem pro posílení oslabených svalů, vyrovnání svalového napětí a schopnost jejich zapojení v přirozených podmínkách (Marešová, Joudová, Severa, 2011).

Konduktivní terapie je jinak zvaná Petöho metoda. Některými autoritami není považována za druh terapie, nýbrž za systém výchovy, která má za cíl učit a motivovat děti s DMO participovat se ve společnosti (Reddihough et al., 1998). S tím souvisí i možnost navštěvovat školu s maximální možnou mírou nezávislosti. Metoda je založena spíše na vzdělávací než na lékařské intervenci. Podle aktuálních schopností dítěte je aplikována skupinová výchova. Metoda využívá možného potenciálu dítěte bez využití kompenzačních

pomůcek a větší dopomoci (Darrah et al., 2004). Pro podporu a kontrolu pohybů jsou využívány básně a písňe. Starší děti dostávají verbální instrukce. Metoda je zaměřena na rozvoj jemné a hrubé motoriky, dále soběstačnosti, schopnosti si hrát, najíst se, jazykové schopnosti a chování (Reddihough et al., 1998).

Koncept manželů Bobathových je využíván k maximální podpoře funkce, inhibice vytvořeného patologického pohybového vzorce a zlepšení posturální kontroly. Zahrnuje trénink mobility a facilitaci specifických dovedností. Má vliv na svalový tonus, pohyb a funkci, které jsou porušeny postižením CNS (Kolář, 2009).

Studie, která zkoumala, jaký efekt má intenzivní rehabilitace dětí s DMO, došla k závěru, že dosáhneme stejných výsledků jako při běžné péči, ale v kratším časovém horizontu. Větší intenzita intervence má mnoho pozitivních výsledků. Časté opakování a intenzita cvičení a stimulací vytvoří lepší podmínky pro motorické učení. Dojde nejen ke zlepšení základních motorických schopností, ale též ke zlepšení sebeobslužných schopností. S tím souvisí snížená potřeba asistence při sebeobsluze a pohybu. Po třech týdnech péče došlo pouze k mírnému zlepšení jemné a hrubé motoriky dětí (Sorsdahl, 2010). Podobný průzkum, zaměřený především na pokroky v jemné motorice, proběhl v Chorvatsku. Výsledkem bylo zjištění, že výstup u pravidelně kinezioterapeuticky intervenovaných dětí byl shodný s výsledky těch, které se pravidelné intervence neúčastnily. Zjištění odporuje předpokladu, že intenzita terapie je základním kamenem účinnosti rané intervence. Jako jeden z možných důvodů uvádějí autoři frustraci při intenzivní intervenci (Naletilié, 2009).

Mezi podpůrné terapeutické metody patří synergetická reflexní terapie. Je využívána především u centrálních pohybových poruch, DMO. Podstatou je naráz působící větší počet reflexně terapeutických metod. Dochází tak k navýšení efektu účinnosti jednotlivých technik. Řadí se sem myofasciální technika, akupresura, masáže reflexních zón, chiroterapie, aj. (Janovský, 2006).

5 MOTORIKA

5.1 Jemná motorika

Jemnou motoriku zajišťují drobné svaly rukou a obličeje. Zahrnuje grafomotoriku, logomotoriku, mimiku, oromotoriku a vizuomotoriku. S jemnou motorikou souvisejí všechny manuální činnosti, a to pracovní, sebeobslužné, grafomotorické a kresebné (Opatřilová, 2010).

Hodnocením úrovně jemné motoriky se zabývá speciální pedagog, ergoterapeut, případně rehabilitační pracovník. Jemná motorika úzce souvisí s úrovní inteligence, schopností vyjadřování, hrubou motorikou. Dále také s množstvím poskytovaných podnětů a motivací jedince k tréninku pohybových funkcí. Podpora rozvíjení motoriky je tím úspěšnější, čím dříve se s ní začne. Již zpočátku je důležité zajistit optimální reedukaci a kompenzaci (Opatřilová, Zámečnicková, 2008).

V souvislosti s jemnou motorikou je potřeba zhodnotit rozvoj grafomotoriky. Stejně tak, jako v lokomočním vývoji je také v grafomotorice vývojové schéma, které podává informace o stupni zralosti zkoumaných funkcí. Každá etapa rozvoje motoriky, ať jemné nebo hrubé, má přibližně stanovený věk dítěte, pro který je typická. Na základě toho můžeme usuzovat na optimální rozvoj schopností, nebo naopak na opožděný vývoj (Přinosilová, 2007).

Pro novorozence je typický nepodmíněný uchopovací reflex, který vyhasíná až k šestému měsíci, kdy nastupuje dlaňový úchop oběma rukama. V dalším měsíci se začíná rozvíjet úchop mezi napnutý palec a ukazováček. Klešťový úchop je dotvořen v deseti měsících. V rozmezí jednoho roku až tří let nastává velký rozvoj motoriky a řeči. Dítě se učí stavět kostky na sebe, začíná si konstruktivně hrát. Ve dvou letech začíná rozvoj schopností sebeobsluhy, které vrcholí o rok později. Co se týče rozvoje kresby, ve dvou letech se dítě začíná snažit napodobovat kresbu. Do té doby jen bezmyšlenkovitě čmáralo na papír. Ve čtyřech letech nakreslí křížek

a hlavonožce, v pěti čtverec a za rok na to zvládne trojúhelník. Souhra oka a ruky je výrazněji rozvinutá kolem čtyř let věku (Opatřilová, 2010).

Jemnou motoriku lze zkoumat z několika hledisek. Podle charakteru jejího vývoje, dle stupně opoždění vývoje, dle koordinace a dále dle testů motoriky (Opatřilová, Zámečnicková, 2008).

Při vyšetřování jemné motoriky sleduje zkoumající celkovou hybnost a výkonnost ruky, hodnocení ruky v ergoterapii, úchopy, diagnostiku pohyblivosti prstů a laterality. U menších dětí je vhodnější vyšetřovací metoda pozorování při manipulaci s hračkami a během komunikace s rodiči. Standardizované testové metody nejsou vzhledem k obtížnému udržení pozornosti u malých dětí používány. Mezi nestandardizované testy patří např. zjišťování schopnosti jednotlivých úchopů, sebeobsluhy a hodnocení pro testování vhodných úkolů a her (Opatřilová, Zámečnicková, 2008).

Před vlastním cvičením je důležité zajistit vhodné prostředí a především stabilní a pohodlný sed dítěte. Chodidla by měla být podložena, záda opřená (Opatřilová, 2010). Základem pro práci ruky a zápěstí je volný pohyb ramene a dostatečně silné svaly ramenního pletence a lopatky. Odtud pohyb ruky vychází (Kolář, 2009). Následují ostatní svaly celé končetiny. Samotný jemný pohyb zajišťují svaly ruky. Pokud jsou příhodné podmínky pro práci s rukou, tedy posílené svalstvo a dostatečný pohyb v ramenním kloubu, je vhodné začít trénovat úchopy. Pro každý úchop jsou podstatné jiné svalové skupiny. Klasifikace úchopů jsou různé. Podle MUDr. Pfeiffera rozeznáváme úchop pinzetový, nehtový, klíčový, tužkový, klešťový, cigaretový, válcový a dlaňový (Opatřilová, 2010). Následuje jemná práce s drobnými předměty, nejlépe těmi, které běžně jedinec používá (Pfeiffer, 2001).

Zručnost velice úzce souvisí s kognitivními schopnostmi a volným motorickým řízením. Velký rozdíl bývá často mezi maximální kapacitou mozku a spontánním projevem. Jedná se o rozdíl mezi tím, co dítě dělat může a co dělá. Podle toto zjišťujeme, jak je dítě schopno zvládat denní manuální činnosti (Carnahan, Arner, Hägglung, 2007).

Pro trénink jemné motoriky lze využít předměty běžné denní aktivity, jako například tkaničky od bot, svetr s knoflíky, tužku, atd. Trénink je vhodný

např. na zapínání knoflíků u svetru, přenášení drobných předmětů prsty a jiná prstová cvičení. Mezi prstová cvičení řadíme znázorňování deště, drápků, roztahování prstů, střídavé izolované přizvedávání, spojování jednotlivých prstů aj. Vhodná doprovodná cvičení jsou hraní s pískem, mačkání měkké mokré houby, překládání papíru. To vše by mělo předcházet nácviku grafomotoriky. Trénink koordinace pohybů patří mezi těžší úkoly. Trénovat je lze cvičením pohybů v jednotlivých kloubech horní končetiny, překládáním předmětů na jiné místo, cvičením s hračkami a míčkem. Jemná motorika prstů je obtížná též pro diparetickou formu DMO, kde je motorika zachována. Během soustředění na činnost zkoumaný vytváří souhyby svalů obličeje a zaujímá napjaté držení těla. Zvýšené napětí je možné uvolnit tzv. imitovanými pohyby, jako je máchání prádla, třepání mokrých rukou (Opatřilová, 2010).

Profesor Kábele doporučuje během cvičení motoriky a řeči využít rytmus a říkadla. Rytmus zlepšuje koordinaci pohybů a jejich plynulost. Působí na jedince relaxačně. Cvičení grafomotoriky je řízené pohybové cvičení, při němž je pohyb graficky zaznamenáván. Záznam lze použít jako zpětnou vazbu, ale také pro zhodnocení a porovnání stavu po terapeutické intervenci. Cvičení by nemělo přesáhnout sedm minut s ohledem na soustředěnost dítěte. Grafomotorika je využívána k rozvoji jemné motoriky a zrakové koordinace. Cílem cvičení je uvolnění svalů zapojených končetin, tedy především svalů ramenního pletence, paže, zápěstí a ruky. Trénink také slouží k nácviku psaní. Trénink zrakových pohybů, analytických a syntetických zrakových funkcí, rozpoznání tvarů, odlišení velikostí a barev, sledování nehybného předmětu, jeho podrobné zkoumání a pozorování pohyblivého předmětu zahrnuje cvičení vizuomotoriky (Opatřilová, 2010).

5.2 Hrubá motorika

Hrubou motoriku zajišťují velké svalové skupiny. Zahrnuje všechny pohybové aktivity jedince, koordinace pohybu končetin, zajištění postury

a rytmu pohybu. V rámci hrubé motoriky posuzujeme účelné a volní pohyby dítěte, přesnost, rychlost, rytmičnost a jiné charakteristiky pohybů. Dále zkoumáme vybavitelnost pohybů a jejich zapamatování. Všimáme si možných stereotypů a vědomých provádění pohybů. Sledujeme také pohybové možnosti a omezení (Opatřilová, 2010).

Frekvence trénování motorických funkcí je důležitá pro motorický pokrok. Závisí to na mnoha faktorech, a to např. na přidružených postiženích a trénované funkci, kterou u dítěte máme v úmyslu rozvíjet. Dále na prostředí, ve kterém cvičení a trénink probíhá, na učících schopnostech dítěte a na použité metodě. Frekvence může hrát roli v úspěchu intervence (Ahl et al., 2005).

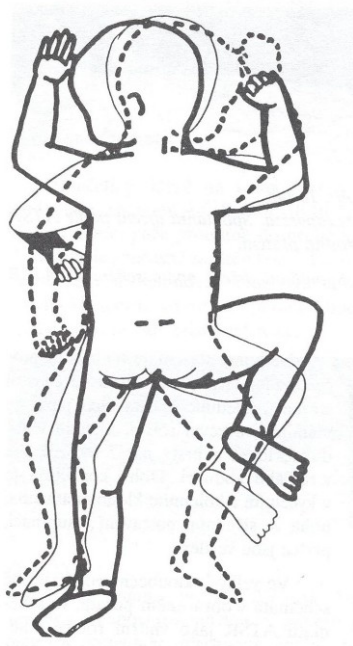
Švédský výzkum z roku 2007 zkoumal souvislost mezi hrubou motorikou a manuální dovedností jedince a DMO. Došel k závěru, že mezi oběma sledovanými motorickými projevy byla celkově velmi nízká korelace. Odlišnosti byly však patrné v jednotlivých subtypech postižení. U spastických hemiplegiků byla nižší úroveň zručnosti než úroveň hrubé motoriky. Bilaterální spasticita vykazovala v obou případech rozsáhlou variabilitu. Téměř bez rozdílu byly výsledky v případě dyskinetické formy DMO, u níž byla motorika hrubá i jemná výrazně limitovaná (Carnahan, Arner, Hägglung, 2007).

Jako první je při vyšetření nutné posoudit na první pohled patrný motorický projev dítěte. Jde o schopnost přetáčet se, přisouvat se, plazit se a vykonávat jiné pohybové aktivity. U dětí, které jsou schopny chůze, hodnotíme pohybovou koordinaci. Především u nespastické formy DMO je nutno sledovat mimovolní pohyby. Naopak u spastické formy bývají časté extrémní polohy těla. Pro testování svalového tonu slouží vyšetření sedu v kleku na patách a mezi koleny. Jako předpoklad pro nástup do školského zařízení je nutné posoudit unavitelnost dítěte a schopnost samostatného sedu s oporou i bez ní (Opatřilová, 2010).

Schopnosti mozku a projev hrubé motoriky spolu úzce souvisí. Rozdíl je patrný např. v porovnání aktivit dolních končetin s činností končetin horních. Při chůzi jsou používány obě dolní končetiny, jak zdravá, tak postižená. Naopak z manuálních činností klient často vyloučí postiženou horní končetinu, nepracuje tedy bilaterálně (Carnahan, Arner, Hägglung, 2007).

Veškerou aktivitu spojenou s rozvojem hybnosti je nutno spojit se zájmem dítěte. Jak jemnou, tak hrubou motoriku lze podpořit stimulací doteky, masáží a polohováním, důležité je též uvolňování pomocí měkkých technik (Opatřilová, 2010).

Rodina dítěte často vnímá jakékoli motorické pokroky za správné a nevyžadující větší pozornost. Jde na příklad o tvrzení, že dítě do dvou měsíců je šikovné, pokud se mu téměř podaří otočit se na břicho. V tomto období je pohyb prováděn nesprávně. Svalové napětí zádočných svalů je většinou jednostranně zvýšené. Navíc dochází k záklonu hlavičky. Mezi tzv. falešné úspěchy řadíme i fakt, že stejně staré dítě je tak zvědavé, že za rodiči stále otáčí hlavičku. V tomto případě se nejedná o schopnost sledovat okolí. Dítě ve skutečnosti např. nadměrně hlavičku zaklání a otáčí stále na jednu stranu. Jiným příkladem je domnělá schopnost chodit po špičkách v době, kdy ještě dítě neleze ani samostatně nestojí (Kleplová, Pilná, 2006).



Obr. 1: Schéma reflexního plazení dítěte (výchozí pozice – přerušovanou čarou, střední pozice – tenkou čarou, konečná pozice – silou čarou).

Zdroj: Vojta, 1993

6 RODINA A DÍTĚ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

Průběh vyrovnávání se s onemocněním nebo s postižením jak svým, tak svého blízkého byl popsán E. Kübler-Rossovou v osmdesátých letech dvacátého století. Rolišujeme celkem šest stádií, jimž předchází fáze nulitní, kdy si budoucí rodič uvědomuje pravděpodobnost postižení svého budoucího potomka, ale tuto možnost u sebe sama si nepřipouští. První reakcí při zjištění vady nebo onemocnění je šok. V tomto případě jedinec reaguje iracionálně, zoufale hledá odpověď na to, proč onemocněl právě jeho potomek (Kübler-Ross, 1995). Narození dítěte s postižením, vážným onemocněním či předčasné narození patří (spolu k úmrtím blízkého a sdělení závažné diagnózy) mezi nejzávažnější spouštěče traumatické krize. Na tento fakt reaguje rodič obrannými mechanismy. Patří mezi ně popírání problému, zdánlivá apatie, zpochybňování výsledků vyšetření, agresivita, hledání viníka a pocity viny. Během krize jsou rodiče obtížně schopni zapamatovat si jakékoli informace (Hradílková, Jungwirthová, 2010). Tyto mechanismy jdou dále popsány tak, jak za sebou následují v jednotlivých stádiích podle E. Kübler-Rossové. Stádium popření skutečnosti se vyznačuje tím, že rodiče nebo nemocní propadají naději, že existuje způsob léčby, který by nemoc vyléčil. Nedůvěřují lékařům a sami sebe přesvědčují, že nemoc neexistuje. Během etapy smlouvání se často snaží nalézt pomoc u Boha nebo léčitelů. Následuje stádium agrese, jež se vyznačuje zlostí. Rodiče nemocného dítěte se vzájemně obviňují, viní z nemoci své okolí. Nenávist bývá často zaměřena proti tomu, kdo určil diagnózu, tedy lékaři a zdravotnickému personálu. Následuje deprese a úzkost, smutek a sebeobviňování. Rodina se izoluje od společnosti, zabývá se pouze problémem onemocnění potomka. Bez odpočinku se o něj stará, otcové tráví více času v práci a často může dojít k syndromu vyhoření a k rozvratu rodiny. V jiných případech naopak dojde k prohloubení vztahů v rodině a psychickému posílení (Kübler-Ross, 1995). Posledním stádiem je akceptace onemocnění, při kterém hrají lékaři a ostatní zdravotníci výraznou roli. Pomáhají rodičům

překlenout nejobtížnější období a radí jim, jak o dítě pečovat. Způsob, jakým rodiče svého potomka přijmou, je ovlivněn způsobem sdělení diagnózy lékařem. Z tohoto důvodu je nutná zásada pěti P při sdělování diagnózy. Jde o pochvalu matky a dítěte, pohodlné prostředí, přítomnost otce, přípravu na rozhovor a poskytnutí informací (Hradílková, Jungwirthová, 2010). Coping je pojem, který označuje vyrovnání se s postižením dítěte (Janovský, 2006).

Při adaptaci na zátěžovou situaci jde ve skutečnosti o postupnou adaptaci v jednotlivých životních fázích. Pokud dojde k narušení rovnováhy, kterou si rodina vytvořila při snaze přijmout handicap dítěte a přizpůsobit se okolnostem, nastává znovu adaptace v dalším stádiu. Příkladem rušivé noxy může být zápis do školky, kdy rodiče obstarávají vše potřebné a reagují tak na změnu situace. Jiným příkladem je například handicap dítěte, který se stal viditelným až po několika letech, kdy dítě vyžrávalo (Raynor, Drouillard, 1993).

Úzkostliví rodiče své dítě chrání před okolím, a tím mu znemožňují přirozené poznávání. Předcházení sociálního strádání lze zajistit častým kontaktem s příbuznými, ale i známými, kteří si dítě chtějí pochovat a hrát si s ním. Dítě se kontaktem s novými osobami učí lidem důvěřovat. Tento fakt je důležitý pro schopnost vcítit se do pocitu druhých, navazovat přátelství. Rozliší také, že každého lze poznat podle barvy a hloubky hlasu. Podle intonace může dítě vytušit, jaké emoce vypravěč právě prožívá. Kontaktem s vrstevníky je zajištěn rozvoj sociálního citění. Dále dítě získá schopnost vžít se do problémů ostatních a odpoutat pozornost od vlastních potíží. Dítě při hře soustřeďuje pozornost na chování spoluhráčů, soucítí s nimi, má snahu jim pomoci. Pozitivními zkušenostmi, vzniklým kamarádstvím, obdržáním dárků, je povzbuzeno k příznivému vztahu během celého života. Zároveň však ale získá i nepříjemné zkušenosti, bude schopné rozpoznat vztek, závist, radost a lásku (Raynor, Drouillard, 1993).

Pokud rodiče budou dítě opečovávat a nedovolí mu žádné zpestření, mohou u něho rozvinout nezáměr o seberealizaci. Dítě by si mělo uvědomit, že pokud bude rychle utíkat, může upadnout. Při skákání do louže se ušpiní a bude mokré. Při hlazení zvířete si ušpiní ruce nebo může být zvířetem napadeno.

Taktéž nepříjemné zkušenosti jsou pro život důležité (Raynor, Drouillard, 1993).

6.1 Přístup rodičů k rané péči o dítě

Příznivý vztah mezi členy rodiny je základem pro vytvoření správného a podnětného prostředí, ve kterém se dítě může vyvíjet. Nejvýznamnější období je pro rodiče fáze šoku, kdy se u dětského lékaře dozvedí, že s potomkem není něco v pořádku. Následují pak další již specializovaná vyšetření pro zjištění diagnózy. Pokud diagnóza není dlouho jistá a vývoj dítěte je stále sledován různými odborníky, žijí rodiče v pochybách, zda léčba a přístup k postižení dítěte má smysl. V těchto případech začínají lékařům nedůvěřovat, jelikož jim nikdo nesdělil, jaké postižení či onemocnění jejich potomek má. Velice záleží na komunikaci lékařů s rodiči. Zde se také stává nejvíce chyb, které dále nepříznivě ovlivňují přístup k dítěti. Rodiče se snaží ujišťovat se v jiných zdravotnických zařízeních, že jejich dítě nemá žádné postižení. Někteří propadají deziluzi, postižení dítěte vnímají jako normu a lékařským návštěvám se brání. Nedostatek informací může vést k domněnku, že je dítě buď zdravé, nebo vážně nemocné. V druhém případě pak rodiče propadají panice a neracionálně řeší zdánlivě bezvýchodnou situaci (Hradílková, Jungwirthová, 2010; Kübler-Ross, 1995). Hned zpočátku náleží odpovědnost zdravotnického personálu za motivaci rodičů ke zvýšené péči. Mají za úkol rodiče seznámit s okolnostmi odlišného vývoje dítěte, s prognózou jeho stavu a především rodiče podpořit po psychické stránce. Vhodným způsobem podpory je nabídka návštěvy speciálního pedagoga, pracovníka rané péče nebo psychologa, který pomůže rodičům jejich situaci zvládnout. Především by rodiče měli být seznámeni s důležitostmi jejich vztahu k dítěti pro jeho vývoj, dále o potřebě aktivního přístupu při výchově a péči a pomoci během reedukace a rehabilitace. Již z počátku by měli být rodiče podporováni v přirozeném vztahu k dítěti. Měli by se naučit vnímat jeho pozitivní stránky (Hradílková, Jungwirthová, 2010).

Ze švédské studie z roku 2005 vyšlo najevo, že rodiče, kteří se aktivně zúčastnili na rehabilitaci svých dětí, jsou lépe schopni realistického pohledu na rozvoj schopností dětí během denních aktivit (Ahl et al., 2005).

Nejobtížnějším úkolem pro rodiče je přijetí skutečnosti, že potomek má postižení nebo nemoc, kterou nelze úplně vyléčit. Jedině akceptace stavu dítěte může vést k pozitivním změnám. Rodiče přestanou svého potomka chápat jako zdroj neštěstí, což zpočátku bývá časté. Mezi partnery nezřídka dochází k rozvratu vztahu, rozvodům, jelikož se jeden z rodičů nedokáže smířit s postižením dítěte. Většinou to bývá otec. Rodiče se často navzájem obviňují namísto toho, aby se psychicky podpořili a společnými silami své dítě učili a vychovávali k samostatnosti. Opačný problém může nastat, pokud jsou rodiče (především matka) na dítě fixováni. Spatřují ho jako rovné všem ostatním, nevnímají žádnou odchylku. To ale ve skupině zdravých dětí může činit problémy. Dítě s postižením mezi sebe nepřijmou, ono tomu nerozumí. Od některých rodičů pak slyší, aby si ostatních dětí nevšímal, protože jsou divné. Nesprávná výchova narušuje sociální vztahy, v dospělosti pak nebude jedinec schopen empatie a porozumění, protože všechny kolem sebe bude považovat za méněcenné. Jiní rodiče svého potomka nesprávně přeceňují a vnímají jako jediného inteligentního mezi ostatními. Přehnaná péče rovněž ovlivňuje jeho dospívání. Pokud je potomek starší, často se rodičům snaží vzdorovat. Může se v adolescenci uchýlit k rizikovému chování, začne kouřit, užívat návykové látky (Langmeier, 2006).

O integraci do školního zařízení rozhodují rodiče. V mnoha případech se stává, že je dítě se speciální poruchou umístěno mezi zdravé děti, jimž nestačí, nerozumí si s nimi a je středem posměchu. Ve škole zaostává, učení ho nemotivuje, protože nezažívá úspěchy. Zařazení do běžné školy někdy není nejvhodnějším řešením. Záleží na druhu a stupni postižení (Raynor, Drouillard, 1993).

Dítě s jakýmkoli postižením potřebuje zpočátku svého poznávání okolí pomoc od ostatních. Mělo by být pozitivně motivováno k hledání informací, trénování paměti, k poznávání a ke komunikaci a vztahu k živým tvorům a lidem. Potřebuje jistotu rodičů, pocit bezpečí. To neznamená ale být litováno

a rozmazlováno. Zmíněné jednání přispívá ke strachu jedince, sebelítosti a pasivitě. Již v počátku výchovy by mělo dítě znát své možnosti, mělo by vědět, čím se od ostatních liší. Zároveň ale postižení nebo vada nemůže bránit ve vykonávání činností, které by rádo vyzkoušelo (Raynor, Drouillard, 1993). I zdánlivě nemožné lze pro individuální potřebu přizpůsobit. Příkladem je jízda těžce zrakově postiženého na kole, které je kontrolováno jinou osobou nebo připevněno za jízdní kolo dospělého cyklisty. V dospělosti pak např. lyžování tělesně či zrakově postižených za pomoci přizpůsobeného náčiní a vodiče (Raynor, Drouillard, 1993).

Při komunikaci s rodinou dítěte s postižením je nutné brát v úvahu rozdílnost matčina a otcova pohledu na situaci. V jednom z výzkumů účinnosti intenzivní rehabilitační péče jedinců s DMO byl uveden dotazník, který vyplňovali oba rodiče nezávisle na sobě. Z dotazníku vyplynulo, že matky udávaly menší míru spokojenosti s intervencí než otcové dětí. Lze z toho usuzovat na realističtější pohled otců a prvotní nadměrné očekávání matek (Ahl et al., 2005).

Péči o narozené miminko by se měli věnovat oba rodiče. Matka proto, že je přirozeně schopná dítěti poskytnout potravu, čistotu, teplo a hlavně čas, a to nejen v době mateřské dovolené. Otec je naopak schopný bez jakýchkoli pravidel a předpisů s dítětem vymýšlet hry, které jsou více orientovány na hlubší poznání. Hry jsou dynamičtější, nápaditější a podnětnější. Matky používají k hraní spíše hračky než předměty každodenní potřeby, které probuzují dětskou fantazii (Raynor, Drouillard, 1993).

Mezi nejvíce žádané a nejefektivnější metody péče o dítě patří koordinovaná péče a péče zaměřená na rodinu. Nizozemská studie z roku 2006 se zabývá problémem týmové spolupráce pediatrických rehabilitačních pracovníků, speciálních pedagogů a rodičů. Kolaborace hraje v rámci rehabilitace dítěte klíčovou roli. Pro její podporu byly vytvořeny všeobecné stanovy. Mnoho profesionálů se snaží podpořit rodiče ve zvládnání psychických, fyzických, sociálních a výchovných problémů dětí s postižením (Nijhuis, 2006).

Ve výzkumu z roku 2005 ve Švédsku byl sledován pokrok v hrubé motorice, mobilitě, soběstačnosti a společenských funkcích. Skupina 14 dětí

s DMO byla po dobu pěti měsíců intenzivně rehabilitována za spolupráce rodičů, předškolních asistentů a terapeutického týmu. Výsledky byly následující. Hrubá motorika se výrazně zlepšila. Největší rozvoj byl patrný v prvních dvou měsících. To dokazuje, že přes specifitu zaměření habilitace byl výsledný účinek globální. Zajímavější byl pokrok ve zvládnání společenských funkcí. K rozvoji přispělo pravidelné setkávání s vrstevníky se stejným postižením během skupinových aktivit. Tým, který měl výzkum na starosti, komunikoval s dětmi a podněcoval je k vyjádření svých pocitů a názorů na způsob a řešení problematiky. Současně s rozvojem motoriky došlo ke snížení potřeby pečovatelské asistence. Je to patrné z faktu, že děti byly schopné samy cvičit již naučené dovednosti. Úroveň asistence ale nekorespondovala s pokrokem v samostatnosti a společenských funkcích (Ahl et al., 2005). V Brazílii zkoumal tým odborníků vývoj hrubé a jemné motoriky dětí v denních centrech. Došli k závěru, že rozvoj hrubé motoriky byl chudší než pokrok v motorice jemné. Větší individuální rozdíly mezi dětmi byly vyzorovány v jemné motorice, v hrubé a globální motorice tak patrné rozdíly nebyly. To může být způsobeno nedostatkem příležitostí k prozkoumání prostředí a k interakci s ostatními dětmi, pokud jedinci stráví většinu dne v postýlkách. Nemohou tak rozvíjet svůj pohybový potenciál (Souza et al., 2010).

6.2 Výchova

Pokud je dítě malé a neumí se o sebe postarat, potřebuje pomoc od svých bližních. Již v raném věku se však setkává se situacemi, které musí zvládnout samo. V péči o jakékoliv dítě, ať zdravé nebo s nějakým postižením, by rodiče měli rozlišovat, jakou míru pomoci dítě vzhledem ke svému věku potřebuje. V případě intenzivní úzkostlivé péče, kdy rodiče s dítětem tráví veškerý čas a neumožní mu kontakt s vrstevníky, vede k závislosti dítěte na jejich péči. Závislost je oboustranná. Většinou se jedná o rodiny, ve kterých se

vyskytuje vyšší věk rodičů. Dítě ztrácí možnost naučit se rozhodovat samo, neumí řešit jednoduché situace a úzkostlivě reaguje na změny a neúspěch. Potřebuje od ostatních psychickou podporu a neustálé utěšování. Jen tak se dokáže spokojit se svými aktivitami (Langmeier, 2006). Ať jde o dítě zdravé nebo s postižením, mělo by být motivováno k samostatnému pohybu. Prostředí pro ně musí být bezpečné, aby mělo možnost prozkoumat okolí podle své potřeby. Poradci ke vhodnému uspořádání bytu vzhledem k pohybu dítěte jsou odborníci na prostorovou orientaci. Pro usnadnění pohybu je vhodné uspořádat nábytek tak, aby dítěti v pohybu nepřekážel, ale zároveň pro něj vytvářel záchytný bod nebo možnost opory (Simmons, Maida, 2009). Jde většinou o speciální pedagogy se zaměřením na děti se zrakovým postižením. Bez neustálého směřování, postrkování a doprovázení rodičem se dítě nejlépe samo naučí orientovat se v prostoru. Pokud je motivováno a nenuceno, jeho zájem o okolí má trvalejší charakter. Zároveň zjištěné poznatky se déle uchovávají v paměti. Samostatně by si mělo umět i hrát, oblékat se a zajistit základní hygienu. Ve věku, kdy je dítě schopné vyjádřit svoje přání, by rodiče měli brát ohled na jeho potřeby, ptát se dítěte na jeho názor na výlet, jídlo, ale i oblečení, které se mu líbí. Má také své názory (Raynor, Drouillard, 1993).

Potomek, který má zrakové postižení, potřebuje poznávání okolí usnadnit podrobným popsáním věcí a prováděných činností. Rodiče často chybují a místo přesnějšího popisu úkolu používají slova „tady“ a „tam“. Dítě k těžkou poruchou zraku jim nerozumí, jelikož jsou pro něj velice abstraktní. Při postižení zraku a pohybových schopností je důležité trénovat funkci ostatních smyslů a kognitivních funkcí. Posilování schopnosti zapamatovat si usnadňuje jedinci učení. Jde však i o trénink paměti rodičů, kteří jsou přirozeně nuceni vzpomenout si, co svého potomka učili, co je podstatné k zopakování a zapamatování. V činnostech se dítě dobře procvičuje, pokud je vedeno k pomáhání členům rodiny. Lépe si aktivity zautomatizuje a dokáže je provádět rychleji (Raynor, Drouillard, 1993). Posilování hmatu je především u zrakového postižení důležitý kompenzační prvek. Dítě by mělo poznat rozdíly mezi různými materiály a tvary, mezi příjemnými a nepříjemnými vjemy. Vzhledem k tréninku poznávacích schopností a bližšímu poznání může dítě sahat na různé

potravinu a jíst rukama, aby je dokázalo identifikovat. Mnohdy matky zabraňují dětem v činnostech, během kterých se ušpiní. Tento negativní výsledek ale obohacuje jejich poznání (Raynor, Drouillard, 1993).

Jako hru lze využít třídění předmětů, které k sobě náleží. Jde o trénink syntetických funkcí. Naopak vyřazování předmětu, který mezi ostatní nepatří, je funkce analytická. Samostatnost se projevuje i ve schopnosti samostatného hraní. Ne vždy je k tomu nutná přítomnost další osoby. Samostatné hraní podporuje představivost, tvorbu dobrodružných příběhů a fantazii (Přinosilová, 2007).

6.3 Motivace ke smyslovému vnímání

Bez ohledu na druh postižení je velice důležité u dítěte rozvíjet všechny smysly. Jen tak si může vytvořit komplexní představu o okolí. Smyslové vnímání nesmí být rušeno hlukem, např. televizí či rádiem. Zhoršovalo by soustředění, dítě by bylo neurotizováno. Na nadbytek zvuků mohou děti reagovat vztekáním, některé ale též ztišením a pasivitou. Pro dítě se zrakovým postižením jde o nadměrné zahlcení vjemy, které neumí analyzovat. Zvuky jsou ale důležitým zdrojem informací z okolí. Pro podpoření zájmu dítěte o okolí jsou vhodné hračky ze šustivých materiálů, s rolničkami, pískající hračky a jiné hračky, které vyluzují zvuky. Vytváření motivující podmínky pro poznávání hravým způsobem (Simmons, Maida, 2009). Už jako malé by rodiče měli dítě podněcovat k neustálému a každodennímu tréninku smyslových a kognitivních funkcí. Dítě by mělo znát různé vůně – vůni matky, oblíbeného pokrmu, rostlin, trávy, ale i zápachy. Vždy je potřeba ke vjemu přiřadit termín, aby si dítě zvykalo, že vše má své opodstatnění. Hmat zajistí rodiče hračkami různých tvarů a materiálů, trénovat je vhodné i vnímání tvarů jazykem a ploskami chodidel. Chuť dítě vnímá automaticky při příjmu potravy, zvuky z okolí by se neměly přehlušovat, rovněž je nutné k nim vysvětlit, co znamenají. Některé z nich jsou příjemné, jiné nikoli. Pro stimulaci zraku jsou nejlepší pomůcky

a hračky s kontrastními barvami a velikými jednoduchými obrázky. Podmínkou vnímání je dobré osvětlení. Učení hrou je pro dítě příjemné a zábavné. Motivací se naučí více a zapamatuje si snáze detaily. Každou činnost a veškeré věci, které dítě poznává, musí rodiče vysvětlit, přiblížit dítěti jejich účel (Raynor, Drouillard, 1993).

Dospělý člověk má na vhodné hračky pro dítě odlišný pohled. Volí ty, které jsou bezpečné, čisté, barevné, krásné a dlouho vydrží, mnohdy se stává, že dítěti se ale líbí jiná hračka. Rodič však nakonec koupí hračku dle vlastní volby. K tomu by docházet nemělo. Dítě si hračku vybírá podle toho, zda je pro ně něčím zajímavá, zda upoutá jeho pozornost. Když dítě chceme obdarovat něčím krásným, nemusí se to líbit nám. Rodiče často kupují drahé dárky, o které jejich potomek nejeví zájem. Zároveň mu zakazují hrát si s krabicí, miskou a jinými běžnými, pro nás nezajímavými předměty (Raynor, Drouillard, 1993).

6.4 Motivace k pohybu

Pohyb je jedním ze základních projevů života. Pomocí něj je snazší vnímání prostoru, orientace v něm a trénink stability a jistoty. S nimi souvisí sílící sebedůvěra a samostatnost. U dítěte, které ještě není schopno samostatného pohybu, je nutné probudit o pohyb zájem. Lze toho docílit nošením dítěte po místnosti, venku, během domácích prací. Každý úkon dítěti je nutné vysvětlovat a povídat si s ním. Dítě, s nímž rodiče nekomunikují, nebo rozmlouvají pouze málo, je deprivováno v potřebě sociální komunikace (Raynor, Drouillard, 1993). Pociťuje, že pro své rodiče není důležité. Vztah mezi nimi je narušený. Rodiče jsou mylně přesvědčeni, že dítě nepotřebuje slyšet řeč když jí nerozumí a samo není schopno komunikovat. Je to zásadní chyba, jelikož bez podnětu dítě o řeč ztrácí zájem a nerozvine ji v takové podobě jako ten, k němuž okolí hovoří. Naopak potomek rodičů, kteří mu vyprávějí a vše vysvětlují, aniž by čekali na odezvu, je příjemně motivován ke komunikaci, zpočátku neverbální aktivním nasloucháním, později verbálním

rozvíjením své vlastní řeči. Zlepšuje schopnosti komunikace a navozuje přívětivý vztah k rodičům (Langmeier, 2006). Malé dítě by mělo mít dostatek prostoru pro rozvoj pohybových funkcí, pro válení, lezení, později pro chůzi po čtyřech a po dvou končetinách. Pokud ho rodiče nechají po dlouhou dobu ležet v postýlce, bude sice v bezpečí a hodné, ale ztratí možnost poznávat okolní svět a přestane se o něj zajímat (Kárová, 2008). Pokud nastane čas odpočinku v postýlce a kočárku, dítě by mělo být ukládáno v různých polohách. Pouze vleže na zádech by jeho zrak byl soustředěn stále jen na bílý, nepodnětný strop. Rodiče z tohoto důvodu zavěšují barevné hračky nad hlavičku dítěte. Leh na břicho u dítěte stimuluje aktivitu svalů, napřimování a snahu otáčet se, vstávat a pohybovat se (Raynor, Drouillard, 1993). Hračky, které upoutají pozornost, jsou pestrobarevné, vydávají zvuky či blikají, nutí dítě, aby se jich dotýkalo a manipulovalo s nimi. Bez podobných rozptýlení je ochuzeno o podněcování k aktivitě – poznávání a pohybu (Langmeier, 2006). Prostor určený k pohybu batolete by měl být tak veliký, aby ho rodič bez obtíží dokázal uhlídat. U zrakově postiženého dítěte je podstatné, aby v místnosti slyšelo hlas rodiče. Zvuky, vyluzované při vaření, uklízení a podobně pomáhají dítěti orientovat se v prostoru, určit, kde se jiné osoby nacházejí a co dělají. Při hraní by mělo dítě rozeznávat různé místnosti. Bude tak připraveno na samostatný pohyb v nich a k jakému účelu slouží. Odlišný je pocit lezení na parketách od chození na příjemně měkkém a teplém koberci. Každá místnost je jiná, ale stejně jsou si všechny podobné. Zpočátku, když je dítě se zrakovou poruchou malé, není vhodné nábytek přemísťovat a měnit. Dítě se pohybuje a poznává místnosti podle nábytku. Když je větší, mohou rodiče spolu s dítětem nábytek přesunovat tak, aby dítě vnímalo změnu a uvědomovalo si ji. Dítě s postižením by mělo být vedeno k poznávání všemi smysly a částmi těla. Pokud je to možné, vhodné je nechat dítě běhat bosé. Vjem ploskou nohy je dokonalejší, zároveň stimuluje nožní klenbu a podporuje pohybový vývoj (Raynor, Drouillard, 1993). Ploskami lze rozeznat hrubý povrch betonu od měkkého trávníku, mokrou louži od suché země, atd. Nejvhodnější obuv pro malé děti jsou návleky z kůže, které chrání před prochladnutím a umožňují nožní klenbě adaptovat se na změnu terénu. Stejný efekt má také zahřátí kotníkovými návleky. Nožka, která má

zateplené kotníky, nepotřebuje zahřívát plosku. Nožka se termoregulační schopností zahřeje sama. Za nejzdravější chůzi je pokládána chůze naboso. Nožní klenba se utváří do čtyř let věku. To je důvod, proč je na volbu obuvi a stimulování plosek na různém povrchu kladen velký důraz. Stav nohy, její klenby a síla stabilizačních svalů kotníků je báze, od které se odvíjí problémy v dalších etážích života. Děti mají rády změnu a nové situace – vnímají ji jako hru, pomocí níž se učí. Tancováním s dítětem v něm probouzíme cit pro hudbu, rytmus a pohyby, které mu připadají zábavné. Houpáním trénujeme jeho stabilitu a posilujeme svaly celého těla. Cvičením na míči dítě vnímá pružný povrch míče a jeho vychylování nutí dítě udržovat rovnováhu (Raynor, Drouillard, 1993).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 CÍLE PRŮZKUMU

Práce se zabývá oblastí činnosti střediska rané péče a jeho úlohou v ovlivnění vývoje dětí s postižením. Zdůrazňuje význam kooperace speciálních pedagogů a poradců střediska rané péče s terapeutů. Jedním z jejích cílů je posouzení efektivity práce s dítětem s tělesným a kombinovaným postižením během navštěvování střediska rané péče. Průzkum byl proveden na 10 rodinách dětí s kombinovaným postižením, ve většině případů dětí s DMO. Šlo o klienty ve věku od 1 měsíce do téměř 2 let. Jednalo se o retrospektivní studii informací z dokumentace pracovníků rané péče. Na základě svých vyšetření pravidelně hodnotili vývoj každého dítěte v různých oblastech. Z těchto informací jsme pomocí tabulek vyhodnotili vývojový věk, který v daném věku dítěti odpovídal. Ze změny hodnoty této veličiny jsme usuzovali na změnu ve vývoji dítěte. Zjištěné informace jsme zhodnotili s přihlédnutím k nám známým vnitřním a vnějším faktorům, které na vývoj dítěte měly vliv. Pro doplnění představy o názoru rodičů na přínos rané péče a na její důležitost jsme použili dotazníkovou metodu. Hodnotné jsou též informace týkající se procentuálního odhadu účinnosti rané intervence. Na dotazníkovém šetření se podílelo 11 respondentů z řad rodičů a 10 z řad odborníků na ranou péči.

Dalším cílem je zaměřit se na postup práce speciálního pedagoga a shrnout nejvíce používané metody. Dále pak zdůraznit důležitost zapojení rodiny do terapeutického a rehabilitačního programu. Důležitým aspektem je též zjištění míry vlivu přídatného postižení k tělesnému a optimální přístup k němu.

V praktické části jsou uvedeny dvě modelové kasuistiky pro snazší vytvoření představy o intervenci v rámci terénní návštěvy poradce rané péče. V příloze nalezne čtenář formuláře dvou dotazníků, využitých k doplnění informací a ke zpřesnění zkoumaných oblastí.

7.1 Výzkumné otázky

Výzkumný problém spočívá ve zhodnocení efektivity intervence rané péče na vzorku 10 dětí s centrální koordinační poruchou či dětskou mozkovou obrnou. Spolupráce jednotlivých rodin dětí se střediskem rané péče trvala odlišně dlouho. Terénních služeb využily sledované rodiny celkem od 22 do 41 za celkovou dobu spolupráce s ranou péčí. Zlepšení motoriky bylo hodnoceno podle dosažené změny ve vývoji jemné i hrubé motoriky. Jemnou motoriku jsme hodnotili podle rozvoje úchopů, hrubou motoriku z hlediska schopnosti pohybu. V příložených grafech a tabulkách jsou informace o vývoji jemné a hrubé motoriky zjištěné podle tabulek psychomotorického vývoje.

- O 1: Do jaké míry může intervence rané péče ovlivnit motorický vývoj dítěte?
- O 2: Jaký je vztah mezi pokrokem ve fyzickém stavu a pokrokem ve vztahu psychickém?
- O 3: Lze efektivitu intervence střediska rané péče hodnotit pouze na základě kvantitativního měření?
- O 4: Podílí se spokojenost rodičů a subjektivní pohled poskytovatelů péče na vnímání efektivity intervence?

7.2 Použité metody, techniky a postupy

Výzkum je založený na spolupráci s poradci a jinými pracovníky Rané péče Eda o.p.s. (dále jen RP).

Dotazníková metoda byla použita i v případě zjišťování informací od pracovníků rané péče. Pomáhá nám pro představu shrnout, jaké je věkové rozpětí dětí, kolik dětí s kombinovaným postižením má současně pohybové postižení. Důležitým bodem je otázka týkající se přístupu rodičů k péči poradců rané péče. Je velice důležité, aby rodiče o spolupráci měli zájem a nadále aplikovali získané rady v průběhu domácí péče o dítě. Jen tak je možné dosáhnout uspokojujících výsledků. To znamená, zabránit regresi postižení, podpořit pokrok nebo také pouze udržet stav dítěte neměnný na aktuální úrovni.

Pro zjištění informací ohledně rodiny a jejího přístupu k dítěti s postižením jsme využili dotazníkovou metodu. V ní se zaměřujeme na zjištění míry informací, které rodiče o svém potomkovi mají. Přibližně dvě třetiny otázek jsou zaměřeny na diagnózu dítěte, dále na stav jeho jemné a hrubé motoriky. Otázky jsou formulovány nepřímou, rodiče mají za úkol zodpovědět, jakou činnost je dítě schopno vykonat. Podle věku dítěte, jeho motorických dovedností a přidružených onemocnění či postižení lze dále usuzovat na tíži postižení. Dotazník má za úkol podrobněji zjistit informace ohledně aktivit dítěte a zároveň i všímavosti rodičů vůči jeho pokrokům. Třetina zbylých otázek se zabývá komunikací střediska rané péče s rodiči dětí s postižením. Zjišťujeme v nich, jak dlouho už rodiče se střediskem spolupracují, jak často probíhá intervence poradců a speciálních pedagogů. Dále nás zajímalo, zda rodičům pracovníci rané péče podávají navíc informace o možných pomocných a terapeutických metodách. Zda doporučují současně spolupráci s rehabilitačními pracovníky. Poslední otázka je nepřímou zaměřená na zjištění, zda si rodiče po době intervence všímají u sebe nebo svého potomka nějakého pokroku nebo změny. V této otázce se nezaměřujeme na účinnost péče Střediska. Zajímá nás vyjádření pocitů rodičů a jejich pohled na přínos pracovníků rané péče nejen jejich potomkovi, ale především jim samotným.

Dotazníky slouží ke shrnutí informací od rodičů a RP. Pomáhají čtenářům utvořit si představu o práci střediska a o jeho nepostradatelnosti při rané péči o dítě s postižením. Ke stejnému účelu bylo využito též pozorování aktivit pracovníků RP.

Kromě dotazníků jsme využili metodu přímého pozorování a nestandardizovaného testování. Sledovali jsme vyšetření zrakové ostrosti dětí s kombinovaným postižením, stimulaci zraku, dále základní motorické projevy. Zraková ostrost má vliv na orientaci dítěte v prostoru. V této kategorii jsme stručně posuzovali, jak přítomné zrakové postižení působí na schopnost motorické reakce v neznámém prostředí. V samostatné podkapitole jsou uvedeny metody použité pro vyšetření a stimulaci zraku a příklady vyšetření a tréninku motoriky a soběstačnosti.

Dále jsme využili analýzu dat. Jde o informace z dokumentace sepsané v průběhu spolupráce rodin s ranou péčí během terénních návštěv. Doba spolupráce se u jednotlivých rodin liší. Některé rodiny využívaly služeb rané péče po dobu než dítě dovršilo věku sedmi let, jiné rodiny skončily dříve. Individualitu lze vysledovat též v četnosti terénních návštěv, která je uzpůsobena podle potřeb a přání rodičů. Existují rodiny, které žádají častou intervenci a radu terénních pracovníků, ale také rodiny, jež o častou návštěvu nestojí. Tomuto hledisku je důležité přikládat význam především v případě, že sledujeme vztah rodiny k dítěti s postižením, jeho přijetí, ale zároveň též vztah mezi rodiči.

Z dokumentace jsme čerpali informace o jemné a hrubé motorice dítěte. Dále jsme si všímali poznámek o vztazích v rodině a dodatků ohledně vyšetření a zdravotního stavu dítěte. Z hybnosti jsme se zaměřili na motoriku hrubou, kde jsme hlavní koncentraci zaměřili na schopnost samostatného pohybu a motorického vývoje podle stanovených motorických stádií. Dále jsme zkoumali jemnou motoriku, v níž nás zajímala obratnost ruky při herních aktivitách dítěte. Zmínili jsme též přidružená postižení, jako např. zrakové a sluchové, která se u dětí vyskytovala nejčastěji.

V závěru diplomové práce jsou uvedeny modelové kasuistiky dvou vybraných jedinců s různým postižením. Jde o děti odlišné věkem, diagnózou,

pohlavím, ale také motorickými schopnostmi a rodinným a sociálním zázemím. V kasuistikách je stručně popsána anamnéza dítěte a jeho rodiny, stav dítěte, ale také nastíněna intervence rané péče.

7.3 Harmonogram postupu práce

Pro začátek výzkumu je nejdůležitější volba souboru probandů. Skupina, kterou jsme zkoumali, zahrnuje děti s postižením a jejich rodiny, které ranou péči navštěvovaly v posledních dvaceti letech. Se střediskem rané péče spolupracovaly po dobu nejméně 3 let, a to v závislosti na potřebě. Za dobu spolupráce využily nejméně 22, nejvíce však 41 terénních návštěv pracovníků rané péče. Celkem jsme vybrali 10 rodin. Náš zkoumaný vzorek je malý, ale je doplněný informacemi z dotazníků od dalších 10 rodin. Naším cílem je zhodnotit na vzorku probandů efektivitu intervence rané péče. Snažíme se ukázat, že každý jedinec na péči reaguje jiným tempem a dosáhne různě velkého pokroku. Pro naše účely není nutný vzorek větší, jelikož nezkoumáme procentuelní úspěšnost činnosti rané péče, ale uvádíme její vliv na rozvoj motoriky u konkrétních variabilních klientů. Jde o cílený výběr klientů s kombinovaným postižením. Při úkolu, který jsme si v rámci výzkumu stanovili, nelze totiž využít reprezentativního náhodného výběru. Jedná se pouze o sledování těch klientů, kteří ranou péči navštěvovali nebo navštěvují. Druhým důvodem je variabilita postižení každého ze zkoumaných dětí. Raná péče Eda o.p.s. v Praze se zabývá klienty s kombinovaným postižením, v jehož případě se jedná především o postižení zraku a motoriky, případně jiných přidružených vad. Pro validitu výsledků zjištěných naším výzkumem nebylo potřeba většího množství zkoumaných různorodých probandů.

Nejdříve jsme zjišťovali základní informace o zkoumaných probandech, jejich stručnou anamnézu. Pokračovali jsme v průzkumu zápisů z jednotlivých terénních návštěv. Zaměřili jsme se přitom na motoriku. Každá z návštěv pracovníků rané péče v přirozeném domácím prostředí měla jiné cíle a zabývala

se jiným problémem. Oblast schopností dítěte (jak kognitivních, tak motorických, smyslových, nebo sociálních), na kterou byla terénní intervence zaměřená, volili rodiče. Činili tak na základě svého pozorování a zjišťování aktuálních potřeb dítěte. Z tohoto důvodu se poradci nezaměřovali na všechny oblasti rozvoje, ale na určitou oblast, kterou spolu s rodiči zhodnotili jako podstatnou a aktuální. V dokumentaci je tedy vždy nejvíce probírána tato oblast. Nejedná se vždy o jemnou či hrubou motoriku, přestože se o ní pracovníci rané péče alespoň okrajově zmínili. Informace, které jsme zjistili, jsou přehledně uspořádané do tabulek a grafů. Podle zjištěného motorického vývoje jsme vypočítali přibližný retardační kvocient. Na jeho základě bylo dále možné pokračovat v posouzení pokroku ve vývoji hrubé motoriky. Jemnou motoriku jsme hodnotili pouze na základě schopnosti vykonat jednotlivé dále zmíněné činnosti, a to podle psychomotorických tabulek. Např. šlo o schopnost zapnout knoflíky na svetru nebo zavázat tkaničky, ale také umět uchopit předmět.

Současně jsme zkoumali též odpovědi z dotazníků, které byly rozeslány do 11 rodin dětí, jež služeb rané péče aktuálně využívají. K doplnění informací byly použity dotazníky pro pracovníky rané péče.

Následujícím krokem bylo podrobnější seznámení čtenáře s aktivitami střediska a jeho zaměstnanců. K tomu nám posloužil jak dotazník, tak sledování aktivit a účast na nich. Část aktivit pracovníků je zmíněna též v kasuistikách vybraných klientů (doplňující informace viz Praktická část práce). Část vytváří samostatnou kapitolu, která podává informace o vyšetření a stimulaci zraku a motoriky.

7.4 Charakteristika souboru

Pro naše výzkumné účely jsme si zvolili dva soubory. Soubor č. 1 sestává z 10 vybraných klientů rané péče, kterých jsme využili k retrospektivní studii. Jde o děti, které kolem věku jednoho roku začaly využívat služeb rané

péče. U některých dětí již byl diagnostikován některý z typů DMO, u ostatních máme záznamy pouze o prozatímní centrální koordinační poruše (dále jen CKP). Dále již nevíme, zda byla CKP v pozdějším věku diagnostikována též jako DMO. Děti mají různé přidružené vady o různém stupni. Je tudíž velmi obtížné tuto variabilní skupinu dětí porovnávat. Každé z nich má jiný smyslový, řečový, motorický a kognitivní potenciál. Každé z dětí je ovlivněno prostředím, ve kterém se narodilo a ve kterém je vychováváno. Je proto nutné zohlednit i jeho psychickou stránku, která vyplývá z rodinných vztahů. Současně se však zaměřujeme na jejich rodinu, aktivity rodičů, komplexnost rodiny a péči.

Soubor č. 2 zahrnuje celkem 11 rodin, které aktuálně ranou péči navštěvují a které s námi byly ochotné při výzkumu spolupracovat. Druhý soubor byl zkoumán dotazníkovou metodou, aby doplnil informace ohledně klientů rané péče a subjektivního pohledu rodin na pomoc rané péče. Záměrem především dotazníkového výzkumu je poukázat na fakt, že s pomocí rané péče jsou rodiče schopni dítěti poskytnout lepší podmínky pro rozvoj, cíleně dítě stimulují a podílejí se na pokroku v jeho vývoji. Podpora rodičům dává na vědomí, jak důležití pro svého potomka jsou. Rodiče se také naučí vnímat dítě s postižením jako každé jiné dítě, které potřebuje podporu, jež mu jsou sami schopni poskytnout. Nalézají ve své činnosti smysl, cítí se užiteční pro své dítě a dokáží se lépe s problémy za pomoci rané péče vypořádat. U někoho přetrvává negativistické období, zoufalost a reakce na stádium šoku déle, u jiných je potřeba spolupráce s psychology. Někteří rodiče se dokáží k problémům postavit čelem a snaží se je vyřešit, avšak s nimi po delší dobu nemusejí být smířeni. Jiní rodiče vnímají dítě s postižením stejně jako dítě zdravé. K tomu však je také potřeba pomoci, kterou zprostředkovává raná péče. Ti, co se s odchylkou ve vývoji svého potomka smíří, jsou schopni pokračovat dál v běžném životě. Naopak ti, kteří odmítají připustit, že se jim narodilo dítě s postižením, mají tendenci k sociální izolaci.

Současně z dotazníku zjišťujeme, jak často rodiny využívají rehabilitaci a jiné formy terapií. Na základě toho máme možnost usoudit na snahu rodičů využít pro svého potomka co možná nejvíce podpůrných metod. Můžeme z toho též usuzovat na zvýšený zájem o pokrok ve vývoji dítěte. Nutné je ale

přihlédnout k tíži postižení, jelikož u velmi těžce postižených jsou rodiče seznámeni s tím, že efekt jakékoli podpůrné činnosti nemusí být patrný nebo se nemusí dostavit vůbec. Některé děti mají tak hluboké postižení, že je vhodnější nezatěžovat je nadměrným množstvím stimulů. Terapie a rehabilitace se v těchto případech ubírá směrem relaxačním, zklidňujícím a uvolňujícím.

Hlavní zkoumanou skupinou je skupina č. 1, u níž se zaměříme na motorický vývoj každého jedince. Budeme zkoumat jemnou a hrubou motoriku a jejich progresi nebo stagnaci ve vývoji. Zohledníme však zároveň přidružená postižení, rodinnou situaci a míru spolupráce rodiny s ranou péčí a přístup k dítěti. Aktivita rodičů byla nezávisle na jejich přítomnosti zhodnocena terénními pracovníky, kteří s rodinou spolupracují. Dále byli někteří rodiče posouzeni podle svého chování, podle komunikace s dítětem a zájmu o péči během ambulantní návštěvy poskytovatele rané péče.

8 SBĚR POTŘEBNÝCH DAT

8.1 Sběr dat z dokumentace rané péče

K výzkumu jsme čerpali z archivní dokumentace z posledních 20 let. Raná péče, jak jsme již zmínili, spolupracuje s rodinami až do 7 let dítěte. Tento dlouhý interval je vysvětlením, proč jsou některé dokumentace starší sedmi let. Je to také důvod, proč jsme zvolili metodu čerpání dat z historie. K vytvoření průzkumu o klientech, kteří navštěvují ranou péči v nynější době bychom měli pouze málo poskytnutých informací, taktéž z již sepsané dokumentace.

Následující tabulka č. 2 přehledně shrnuje základní anamnestické údaje o jednotlivých probandech. Jedná se o skupinu č. 1. Z nich jsme větší pozornost věnovali věku dítěte při první intervenci rané péče, pohlaví, zjištěné diagnóze, komplexnosti rodiny a četnosti využitých terénních návštěv.

Při posuzování četností domluvených terénních návštěv je potřebné vzít v úvahu četnost ambulantních návštěv v rané péči, ale i současnou paralelní účast na rehabilitacích či různých formách terapií. U některých klientů tyto informace byly uvedeny, u jiných nikoli. V tabulce jsou ambulantní návštěvy zmíněné v závorce u četnosti terénních návštěv. Současně využívané terapeutické metody a rehabilitace mají svou samostatnou kolonku. Ze sledovaných rodin současně s ranou péčí využívaly služeb rehabilitace všechny rodiny. U většiny z nich se konkrétně jednalo o Vojtův koncept, klient č. 4 podstupoval krom Vojtova konceptu též koncept Bobathových. Čtyři z deseti rodin pravidelně navštěvovaly hodiny plavání. Z tabulky vyplývá, že většina rodin s dítětem navštívila krom rehabilitace také alespoň jednu z podpůrných terapií. Nejčastěji šlo o canisterapii, a to především u dětí s těžším motorickým postižením (DMO). Krom návštěv terapie s využitím psů dvě z rodin uvedly, že si pořídili psa domů (rodiny dětí č. 1 a 6 – též děti s DMO). Hipoterapie je druhou z nejčastěji využívaných podpůrných terapií. Z našich probandů ji pravidelně využíval pouze jeden. Na základě informací o službách RP a jejich nabídce a doporučení rodičům se lze domnívat, že hipoterapii v rámci nabídky pracovníků rané péče navštívilo více z našich zkoumaných klientů, ale pouze občasně. Proto u nich není v tabulce uvedena. Nejedná se o hrazenou službu, rodiče ji musí platit. Podle hipoterapeutky rané péče jde o jedinečnou formu terapie, při které je kůň využíván mimo jiné k navození motorického vzoru chůze dítěte. Kůň jako jediný má chůzi zadních končetin shodnou s chůzí člověka. Tuto formu terapie je ale potřeba navštěvovat pravidelně.

Z tabulky č. 2 je patrné, že ve většině případů jde o děti předčasně narozené. Jak jsme již v teoretické části zmínili, následkem zlepšení péče o nedonošené děti a pokroků v jejich léčbě dochází stále k narůstání počtu jedinců s postižením. Polovinu zkoumaných probandů tvoří děti s centrální koordinační poruchou (dále jen CKP), což je abnormalita v motorickém vývoji dítěte (v tabulce označeny modře). Vyskytuje se s prevalencí 30%. Dělí se na 4 stupně, a to na velmi lehkou, lehkou, středně těžkou a těžkou CKP. U dětí s CKP nemáme uvedeny informace o jejím stupni. CKP je diagnostikována od narození do jednoho roku dítěte. U středně těžké CKP je riziko vývoje v DMO

45%, u těžké až 90%. První dva stupně nemají riziko větší než 20%. U poloviny dětí byla v době začátku rané péče již diagnostikována DMO různého typu (v tabulce označeny červeně). Všichni probandi měli současně přidružené zrakové postižení. Všichni se účastnili pravidelných zrakových vyšetření a stimulací. Pouze dvě z dětí chodily do Centra augmentativní a alternativní komunikace (dále jen CAAK). Šlo o děti, jimž vada řeči a zraku znemožňovala bezprostřední způsob komunikace s okolím. Ne všechny zkoumané děti s výraznými problémy v komunikaci CAAK navštívily. U dvou z dětí se vyskytla současně sluchová vada.

Některé vyšetřované děti pocházejí z úplných rodin, polovina je z rodin rozvedených. Hvězdičkou jsou označeny neúplné rodiny s problematickými vztahy. V rodině klienta č. 1 došlo k rozvodu v průběhu spolupráce s ranou péčí. Zpočátku se o dítě aktivně starali oba rodiče, snažili se, oba vyráběli pomůcky a stimulační hračky pro dítě. Dva roky před ukončením rané péče se rodiče rozvedli. Otec s matkou přestal spolupracovat, synovi nosil dárky, ale nestaral se o něj. Při konfliktu rodičů dítě plakalo. V rodině dítěte č. 5 se otec po narození dítěte zřekl. Matka se s otcem soudila po dobu necelých dvou let, během nichž navštěvovala ranou péči. U dítěte č. 10 se jedná o mladou rodinu, kde došlo k rozchodu rodičů již zpočátku po narození dítěte. O dítě spolu s matkou pečuje nevlastní otec.

Raná péče má největší úspěch, pokud je dítě stimulováno v nejranějším věku. Z tabulky vyplývá, že 8 z rodin využívalo rané péče před prvním rokem věku dítěte. Pouze 2 děti byly starší jednoho roku. Důvod, proč rodiče ranou péči nenavštívili dříve, můžeme pouze odhadnout. Jednou z možností je nedostatek informací o možnostech péče a o službách pro děti s postižením. Jiným aspektem může být závažné onemocnění, četnost onemocnění nebo dlouhodobější léčba dítěte, která vyžaduje klid. Jiným z důvodů může být problém v přijetí dítěte s postižením do rodiny, vztahy mezi rodiči, nebo také rozvod, stěhování, atd. Četnost terénních návštěv pracovníků rané péče byla vysoká, rodiče měli zájem o pravidelnou návštěvu minimálně 22x za dobu spolupráce s ranou péčí. u většiny ze zkoumaných klientů probíhala terénní návštěva v rozmezí přibližně 2 měsíců, podle potřeb rodiny dokonce i častěji.

V některých případech byl interval až 4 měsíce, a to u dětí s lehčí formou postižení. Delší časová prodleva mezi jednotlivými návštěvami byla způsobena např. odjezdem na dovolenou, účastí na pobytu rodin dětí s postižením, nebo také onemocněním dítěte či plánovanou operací.

Tab. 2: Anamnestické údaje jednotlivých klientů rané péče

	Věk	Pohlaví	Zjištěná diagnóza	Přidružená postižení	Rodina	Četnost terén. návštěv	Terapeut. metody, RHB a sdružení
1.	7m	CH	předčasně narozen (26. týd.), DMO – pravostr. spast. kvadruparéza	nedoslých., centrální postižení zraku (+3D bilat.), vada řeči, epilepsie	neúplná* pečuje matka	27x	CAAK, RHB, hipoterapie, canisterapie
2.	5m	CH	předčasně narozen (23. týd.), CKP	retinopatie nedonoš. II. st., dominance P oka, porucha řeči	úplná, zdravý souroz., dobré vztahy	25x	pravidelné setkávání s rodiči dětí s postižením, RHB
3.	8m	CH	nedonošen (36. týd.), CKP , parciální geneze corporis calosi	centrální postižení zraku (P +3D, L +4D), vada řeči, epilepsie	úplná	19x (20x ambu)	RHB, ergoterapie, kraniosakrál. terapie, plavání, Vv, CAAK
4.	11m	D	hydrocephalus, DMO - diparéza	kortikální postižení zraku (L oko hůře vidí)	úplná, 2 zdraví souroz.	22x	RHB, canisterapie
5. !	5m	CH	nedonošen, CKP , mentální retardace?	retinopatie nedonoš. V. st.	neúplná* zdravý souroz.	32x	RHB, plavání
6. !	1r. 9m	CH	susp. lehčí forma DMO - diparéza či monoparéza	hypoplázie disci optici bilat., nystagmus	úplná	32x	do tří let také raná péče, RHB
7. !	1r. 1m	CH	hypoxie in utero, cystická leukomalácie, DMO	hypoplázie n. opticus, sluchová vada	neúplná, pečuje matka	22x	RHB, canisterapie
8. !	5m	CH	CKP , defekt komorového a síňového septa	atrofie papily n. optici, nystagmus, vada řeči, epilepsie	neúplná	41x	RHB, plavání

9.!	11m	D	nedonošena (32. týd.), CKP, difúzní atrofie mozku	atrofie disci optici bilat.	úplná	35x	RHB, plavání
10.!	1m	CH	mikrocefalus, DMO - hypotonie	atrofie a malformace disci optici, nystagmus horizont.	nevlastní otec*	25x	RHB, canisterapie

Vysvětlivky

CKP – centrální koordinační poruchy, DMO – dětská mozková obrna, CAAK – Centrum augmentativní a alternativní komunikace, CH – chlapec, D – dívka, L – levý, P – pravý, D – dioptrie, Vv – výtvarná výchova, * - rodiny s problematickými vztahy, ! – označení pro děti s diagnostikovanou těžkou zrakovou vadou.

Na základě rozboru archivované dokumentace jsme podle motorického chování každého z dětí během pravidelných terénních návštěv zhodnotili, jaký je retardační kvocient jak u hrubé, tak u jemné motoriky (viz Příloha B). Z něj lze přibližně usuzovat na případný progres ve vývoji. Každé z dětí podstupovalo odlišné množství stimulací během návštěv poradců rané péče. Lišil se také interval, ve kterém jednotlivé návštěvy byly prováděny. Jak je z tabulky č. 2 patrné, raná péče byla u jednotlivých probandů započata v různém věku.

U dětí s vývojovou poruchou je velice obtížné zhodnotit, jakému vývojovému věku jejich motorické dovednosti odpovídají. V našem případě jsme postupovali podle tabulek psychomotorického vývoje zdravého dítěte. Při jednotlivých motorických dovednostech jsme posuzovali kvantitu, nikoli kvalitu. To znamená, že např. u dítěte, které je schopné se ze zad přetočit na břicho, hodnotíme fakt, že tento úkol splnilo. Neohlížíme se ale na způsob, kterým dítě pohyb provedlo. V patologickém vzoru se často při přetáčení objevuje záklon hlavičky, chybí spolupráce končetin nebo se jedná o švih. Pro každé dítě uvádíme z důvodu přehlednosti samostatnou tabulku (viz Příloha L, Tab. 1 – 10). Je to proto, aby bylo přehledné, v kolika letech při terénním vyšetření a stimulaci odpovídal motorice ten který retardační kvocient. Děti s CKP či již diagnostikovanou DMO mají odlišný motorický vývoj od zdravých jedinců. Pouze děti s lehčí formou CKP mohou během svého motorického vývoje dosáhnout normy, která odpovídá motorice zdravého dítěte ve stejném

věku. Většina ze zkoumaných dětí má postižení těžšího charakteru. Předpokládáme tedy, že retardační koeficient (dále jen RQ) se bude zmenšovat v závislosti na opoždění ve vývoji. To bude patrné u dětí, které ve vývoji nikdy nedosáhnou normy, nýbrž u nich dojde k ustrnutí vývoje. Abychom mohli sledovat pozitivní změnu ve vývoji, porovnáme vývojový věk dítěte na začátku a na konci spolupráce s ranou péčí.

Jednotlivé tabulky (viz Příloha L, Tab. 1 – 10) přehledně čtenáře informují o vývoji motoriky dítěte a o pravidelně vypočítaném RQ. V tabulkách nejsou záznamy ze všech terénních návštěv a hodnocení vývoje. Některé návštěvy byly zaměřeny na problematiku odlišnou od té, jíž se v práci zabýváme. Řádky v tabulce vyznačují věk dítěte během jednotlivých vyšetření. První řádek nemusí z již zmíněného důvodu korespondovat s věkem, kdy dítě začalo být ranou péčí intervenováno. Druhým důvodem, proč nejsou zmíněna všechna motorická vyšetření, je nejednoznačný zápis v dokumentaci. Pro přesnější zpracování informací jsme vybrali ta data, na jejichž základě je možné alespoň přibližně odhadnout odpovídající motorický věk dítěte a jeho RQ.

Při tvorbě grafů (viz Příloha M, Graf 1 – 10), které znázorňují vývoj motoriky jsme zvolili lineární grafy pro jemnou a hrubou motoriku pro každé dítě zvlášť. Vyloučili jsme z tabulky ty hodnoty, které nebyly z důvodu nedostatku informací kompletní.

Z dokumentace jsme si zároveň poznamenali důležité poznámky poradců rané péče k jednotlivým rodinám. K nim můžeme přihlédnout během vyhodnocování výsledků. Dodatečné informace jsou shrnuté v tabulce č. 3.

Tab. 3: Podrobnější informace zjištěné z dokumentace

Dítě	Dodatečné informace
č. 1	praktická nevidomost; od 5 let pouze s matkou, která je velmi aktivní, otec již nespolupracuje; využívá crawler; domů si pořídili psa - rozkousal brýle, tak je dítě již nepoužívá
č. 2	více upřednostňuje L HK; matka stále porovnává, co s otcem ve stejném věku dělali stejně, matka se s otcem v názorech na výchovu rozchází, je rázná, nedává najevo emoce; dítě je společenské a má rádo děti; rozumí a poslechne; v prostoru se orientuje, ale na svém těle orientaci odmítá
č. 3	okluze P oka; matka velmi aktivní, psychicky velmi nevyrovnaná rodina; využívá houpačku WINGBO; společenský; vyzkoušeli léčitele; nemoc - neštovice

č. 4	L oko hůře vidí; optimistická rodina, matka nemá ráda časté návštěvy rané péče, před otcem to ale nedá najevo, ? zda se věnuje pravidelnému cvičení s dítětem
č. 5	susp. střední mentální retardace; otec se vzdal otcovství - soudní řízení během spolupráce s ranou péčí; problémy s bytem;
č. 6	domů si pořídili psa; rodinu je potřeba pobízet k aktivitě, patrná nervozita, pokud nejsou výsledky, rodina někdy bezradná a čeká na pomoc rané péče; hudební sluch
č. 7	suspektní sluchová vada; jednodušší rodiče; otec o dítě nejeví zájem
č. 8	rodina zklamána, že nejsou vidět pokroky; doporučeny masáže rukou; během RHB střídání fyzioterapeutů
č. 9	nevyhrazená lateralita; výchozí nízká zraková a pohybová motivace
č. 10	mladí rozvedení rodiče; cytomegalovirová infekce v těhotenství

8.2 Sběr dat pomocí dotazníkové metody

Dotazníkovou metodu jsme využili jak pro získání potřebných informací od rodičů, tak od samotných pracovníků rané péče. Z rodičů nám odpovědělo 11 respondentů, z poradců celkem 10. skupinu rodičů jsme pro naše účely nazvali skupinou č. 2.

Následující tabulky shrnují zjištěné poznatky. Tabulky č. 4 a 5 obsahují informace od rodin, které navštěvují středisko rané péče v nynější době. Jde ve skutečnosti o jednu tabulku, kterou jsme pro množství informací a přehlednost rozdělili na dvě části. Pro naše účely jsou nejvíce důležité informace o tom, jak rodiče ranou péčí a její pomoc vnímají. Zkoumali jsme, v čem rodiče spatřují největší pomoc poskytovatelů rané péče a zda jsou si vědomi nějakého pokroku či změny u dítěte nebo v rodině. Ani jedna z dotazovaných rodin neuvědla žádné negativní postřehy. Všechny rodiny byly s péčí spokojené. Nejdůležitější pro nás ale je, že také všechny si jsou vědomy pokroku ve vývoji nebo v chování svého potomka. K tomuto aspektu je nutné přihlížet při zhodnocování účinnosti péče, kterou jsme zkoumali též sběrem informací z archivované dokumentace. Data z dokumentace jsme se pomocí RQ snažili převést do tabulek a vývoj přenést do grafů. Obtíž je, že péči a její efektivitu není možné

kvantifikovat takovým způsobem, abychom ji mohli definitivně zhodnotit. Z tohoto důvodu přikládáme též informace z dotazníků.

Ze skupiny poskytovatelů péče byly pro nás nejdůležitější odpovědi týkající se pokroku ve vývoji stimulovaných dětí. Poradci rané péče měli za úkol procentuelně odhadnout, kolik procent dětí, jimž se dosud věnovali, dosáhlo ve vývoji pokroku a kolik nikoli. Při vyhodnocování pokroku jsme zahrnuli též domnělé důvody, díky nimž k pokroku ve vývoji nedošlo. Podrobnější informace o jednotlivých klientech rané péče jsou shrnuty v tabulce č. 5.

Tab. 4: Informace získané od rodičů v dotazníkovém šetření – část 1

Rodina	Věk dítěte	Dg., přídatné zrak. postižení	Motorické dovednosti	Současně navštěv. RHB	RHB v rámci RP
1	2r. 2m.	DMO hypotonická, strabismus	leze po čtyřech s dlaněmi v pěst	ANO	NE
2 !	1r. 10m.	DMO , epilepsie, mikrocefalie, vada zraku (těžká) a sluchu	bez schopnosti se samo přetočit	ANO	NE
3 !	3r. 6m.	DMO - spastická kvadru., epilepsie, těžká vada zraku	občas se přetočí z břicha na záda a opačně	ANO	ANO
4	3r.	CKP , zatím není dg. stanovena	uchopí a zvedne předmět	NE	ANO
5 !	5r.	DMO spastická, epilepsie, stf. až těžká ment. retardace, těžká ROP	bez schopnosti se samo přetočit	ANO	ANO
6	3r. 3m.	CKP , konverg. zraku, slabozrak.	chodí po špičkách, obrací listy knihy, hraje si	NE	NE
7	3r.	DMO , lehká zraková vada	pohyb pomocí ležítka, neschopen úchopu	ANO	ANO
8 !	2r. 5m.	DMO - spastická kvadru., epilepsie, těžká vada zraku	bez schopnosti se samo přetočit	ANO	NE

9 !	2r.	DMO - spastická kvadru., epilepsie, těžká vada zraku	bez schopnosti se samo přetočit	ANO	ANO
10	2r. 5m.	CKP , snížená zrak. ostrost (5D L oko)	chodí, obrací listy knihy, hraje si	NE	NE
11	9m.	CKP , opakovaně zánět P oka	přetáčí se, leze, uchopuje	NE	NE

Vysvětlivky

CKP – centrální koordinační poruchy, **DMO** – dětská mozková obrna, **L** – levý, **P** – pravý, **D** – dioptrie, **!** – označení pro děti s diagnostikovanou těžkou zrakovou vadou.

Tab. 5: Informace získané od rodičů v dotazníkovém šetření – část 2

Rodina	Největší přínos rané péče	Podpůrné terapeutické přístupy	Délka spolupráce s RP, frekvence návštěv	Změna u dítěte či v rodině
1	doporučení pro stimulaci zraku; pocit rodiny, že o ně má někdo zájem, že nejsou vyčlenění, psychická podpora	NE	1,5r., 1x za měsíc	dítě není tak apatické, má větší radost, chuť do života, rádo poznává nové hračky, snaží se spolupracovat; rodiče vidí pokroky, naplňuje je to
2 !	informace a rady o sociálním zabezpečení a možnostech získat rehabilitační; zapůjčení hraček a pomůcek; inspirace zkušenostmi ostatních rodičů	snoezelen ve SPC Teplice	11m., 1x za 2 měsíce	dítě začíná reagovat na zrakovou stimulaci, směje se, sleduje předměty; rodiče vděční za pokroky
3 !	stimulace zraku; výměna hraček	NE	2r., 1x za měsíc	dítě lépe sleduje, snaží se komunikovat
4	kontakty na lékaře; informace o shánění pomůcek; zapůjčení knih; rady k péči o dítě	NE	2r., 1x za 2 měsíce	dítě lépe spolupracuje
5	informace; zapůjčení pomůcek; komunikace	musicoterap., animoterapie (pes, kočka, králík)	9m., 1x dle dohody	bydliště, návštěva školy, zaměstnání matky, asistenční pes, soud - otec chce dát dítě do ústavu

6	zraková stimulace; půjčování pomůcek, informace	NE	3r., 1x za 3 měsíce	zlepšil se oční kontakt, zájem o okolí, spolupráce
7	půjčování pomůcek, rady jak přizpůsobit prostředí doma, kontakty	canisterapie	2r., 1x za 2 - 3 měsíce	zájem o pohyb, schopnost udržet hlavičku na chvíli vzpřímenou, úsměv
8 !	psychická podpora, možnost sdílet problémy s ostatními rodiči	canisterapie, musicoterap.	2r., 1x za 3 měsíce	vyrovnanější psychika rodičů, upevnění vztahů
9 !	sdílení potíží; informace o možnosti pomoci dítěti; psych. podpora	canisterapie	1,5r., 1x za 3 měsíce	patrný větší klid dítěte, vyrovnanost rodičů
10	zraková stimulace; informace o kompenzačních pomůckách	NE	2r., 1x za 2 měsíce	zlepšení zraku díky zrakové stimulaci
11	zraková stimulace, půjčování hraček, stimulace pohybu	NE	4m., 1x za měsíc	zájem o pohyb a okolí, spolupráce při stimulaci

Vysvětlivky

L – levý, P – pravý, D – dioptrie, ! – označení pro děti s diagnostikovanou těžkou zrakovou vadou.

Z tabulek č. 4 a 5 vyplývá, že odpovědělo celkem 11 rodin. Sedm z nich mělo dítě s diagnózou DMO, 3 z nich byly diagnostikovány pouze jako CKP a 1 jako CKP bez prozatímního přesného určení diagnózy.

U všech dětí je přítomná přidružená zraková vada. U 4 dětí byla diagnostikována jako těžká (označeno vykřičníkem). Jde o děti s diagnózou DMO. Vzhledem k faktu, že zrak je velmi důležitý k zajištění přísunu informací o okolí, můžeme usuzovat na ztížené podmínky pro rozvoj motoriky u dětí s přidruženým zrakovým postižením. V druhé části tabulky je patrné, že rodiče všech dětí zaznamenali pokrok alespoň v jedné oblasti. Jde nejen o rodiče dětí s lehkou zrakovou vadou, ale též rodiče dětí s těžší poruchou zraku zmínili pokrok.

Z dotazníku vyplývá, že spolupráce s ranou péčí probíhá přibližně 1x za dva měsíce. Záleží na potřebách rodiny dítěte. Děti s velmi těžkým postižením navštěvují RP méně často, jde spíše o konzultování vhodných pomůcek, jako

např. pro příjem potravy, řešení aktuálních problémů rodiny. U těchto dětí bývá stav neměnný, bez možnosti dalšího pokroku. Návštěva RP plní u jejich rodičů především funkci informační a psychologickou.

Významným jevem je fakt, že většina rodin využívá možností rehabilitace. Čím větší je informační vstup, tím lepší jsou podmínky pro ovlivnění vývoje a jeho pokroku. Spolupráce s rehabilitací a podpůrnými terapeutickými metodami je základem pro vytvoření optimálních podmínek pro rozvoj jedince. Téměř polovina rodin z našich dotazovaných využívá podpůrných forem terapií, nejčastěji jde o animoterapii a muzikoterapii. 9 z 11 rodin současně navštěvuje rehabilitaci, 5 z nich využívá možnosti konzultace a spolupráce s fyzioterapeutem ve středisku rané péče.

Jako největší pomoc zmínili rodiče možnost půjčování pomůcek, sdělování informací, možnost dostat se do společnosti rodičů s podobnými problémy. Nejdůležitější však je psychická podpora, kterou všemi svými činnostmi středisko rané péče rodinám zajišťuje.

Informace získané od poradců rané péče v dotazníkovém šetření nám potvrdily, že pokrok ve vývoji a schopnostech dětí není možné kvantitativně měřit a zajistit tak správnost výsledků. Ze stanovených kritérií měření nezískáme veškeré informace, rovněž na základě výsledků není možné posuzovat všechny oblasti vývoje dítěte. Poskytovateli rané péče je úspěšnost jejich intervence na základě odpovědí z dotazníků subjektivně ohodnocena na 90%. To znamená, že 10% z intervenovaných dětí z nějakého důvodu patrného pokroku nedosáhlo. Důvody jsou spatřovány v těžké formě onemocnění a vážném kombinovaném postižení.

8.3 Vyšetření zraku a jeho stimulace pracovníkem rané péče

Poruchy zrakových funkcí patří mezi časté přídavné vady s tělesným postižením. Ve většině případů jsou součástí kombinovaných vad. Velikou měrou přispívají k dalšímu vývoji dítěte. Ovlivňují jeho poznávání a motivaci, mají vliv také na rozvoj motoriky jedince, jeho kognitivních funkcí a vytváření vztahu s ostatními lidmi. Mezi zrakové funkce řadíme zrakovou ostrost, vnímání zorného pole, barvocit, adaptaci, akomodaci, binokulární vidění, citlivost na kontrast. Jsou předmětem podrobnějšího vyšetření u oftalmologa zejména v případě dětí, které jsou schopny spolupracovat, eventuálně dospělých. U malých dětí, lidí s poruchou komunikačních schopností, mentální poruchou, nebo poruchou autistického spektra se více využívá nestandardizovaného vyšetření. V rámci potřeby speciálně vyškolených speciálních pedagogů rané péče je vyšetření dětí prováděno za přítomnosti rodiče ve středisku, nebo v přirozeném prostředí doma. Pro vyšetření pedagog vychází z přirozeného zájmu dítěte o poznávání okolí a o hru. Vyšetření má svůj sled, kdy jsou nejprve zjišťovány schopnosti vidět na určitou vzdálenost. Předměty jsou posléze vzdalovány, zmenšovány, nebo používány ve stínových variantách. Dítě má za úkol poznat rozdíly, určit polohu obrázku, popsat ho, atd. Vždy se ale volba použití vyšetřovacích předmětů, délka vyšetření a výběr hraček řídí podle potřeb a zájmů dítěte, hlavně pak dle postižení (viz Příloha H).

- Určení zrakového pole – vyšetření je prováděno pomocí červeně svítící baterky (světlo upoutává dětskou pozornost, dítě světlo hledá) – nejprve dítěti ukazujeme světlo z různých stran, nahoře a dole – zjišťujeme kvalitu motoriky očí, zda se na světlo dítě podívá, zda je pohyb očí synchronní, popřípadě substituci pohybu očí otočením hlavy. Pak světlo necháme přímo

vpředu a pohybem tyčky s připevněným výrazně barevným předmětem, který je rovněž pro dítě zajímavý, ze strany zjišťujeme, kdy si dítě předmětu na tyčce všimne. Jde o starší typ vyšetření periferního vidění. (viz Příloha H, Obr. 5)

- Sledování svítícího červeného světla baterky přes otvory v černé desce – dítě ukazuje, kde světlo svítí. Pokud baterkou zasvítíme nad deskou nebo pod ní, dítěti chvíli trvá, než světlo najde. Dítě se zmenšeným zorným polem světlo nevidí a soustředí se pouze na desku, nehledá mimo ni. Světlo ho neupoutá.
- Trénink a vyšetření prostorového vidění a představivosti – vhodné jako hra, kterou lze vyrobit doma. Základem je deska s obrázky (např. berušky na listí), na které jsou položeny stejné předměty. Dítě má za úkol sebrat všechny dřevěné berušky z plochy. Lze využít např. kroužky, které si rodiče vyfotografují a vytisknou a tytéž kroužky pak použijí jako trojrozměrné předměty. (viz Příloha H, Obr. 6, 7)
- Mozaika – na podkladu „pláště“ jsou připevněna různobarevná okénka, která musí dítě najít a sebrat. Podklad je bílý, některá okénka jsou taktéž bílá (jde o nejsložitější kombinaci) zjišťujeme, jak ostře dítě vidí, zda rozliší bílý předmět na bílém podkladu. (viz Příloha H, Obr. 10)
- Poznávání obrázků a trénování základních tvarů pro možnost dalšího vyšetření zraku při pokročilem věku pomocí optotypů. Jedná se o dům, jablko, čtverec a kruh. (viz Příloha H, Obr. 3)
- Poznávání obličejů z fotografií známých, příbuzných osob, rozpoznávání jejich výrazů a emocí.
- Kuličky na dráze – zjišťujeme, zda je dítě schopno sledovat pohyblivé předměty, zda je motorika očí dostatečně rychlá, sledovat pohyb je velmi obtížné. (viz Příloha H, Obr. 11)
- Dosazování předmětů do jamek podle barvy – sledujeme, zda je dítě schopno rozlišovat různé barvy a jak je jeho jemná motorika rozvinutá, zda zvládá jednoduché úchopy, trefí se do jamek. (viz Příloha H, Obr. 8)

- Podle barev seřadit míčky do barevných polí – trénink motoriky, vyšetření schopnosti rozlišovat barvy a vyšetření zrakové percepce. (viz Příloha H, Obr. 9)
- Vyšetření ostrosti zraku = TAC (Telerovy karty ostrosti) – hledání šrafovaného pole, nejjednodušší je pole se širokými pruhy, nejobtížnější jsou pruhy úzké. Vyšetřovací karta má v jedné polovině pruhovaný čtverec. Uvnitř karty je otvor, kterým vyšetřující sleduje směr pohledu dítěte, zároveň má schovaný obličej, protože by nejvíce upoutával pozornost dítěte. Karty měří ostrost v cyklech. Standardní vzdálenost pro vyšetření je shodná s délkou karty pro snadné a rychlé změření, tj. 57 cm. (viz Příloha H, Obr. 4)
- Vyšetření zrakové ostrosti – zjišťujeme, jak dalece dítě rozeznává stíny. Ze dvou obrázků (bílého a obrázku s obličejem) ukazuje obrázek, na kterém vidí obličej. Podle schopnosti vidět různé odstíny šedé zjistíme míru snížení zrakové ostrosti. (viz Příloha H, Obr. 1)
- Zrcadlo na stěně, pro malé děti na plyšovém podstavci - rády zkoumají lidskou tvář – upoutává jejich pozornost. (viz Příloha H, Obr. 13)
- Referenční karty CARDIFF - poznávání předmětů na obrázcích – nejprve dítě obdrží známý předmět (autíčko, botu, hrnek, ponožku,), poté dítěti ukážeme dvojici fotografií, z nichž na jedné je předmět, který drží dítě v ruce. Dítě má za úkol na fotografii ukázat onen předmět. Hru si doma mohou vytvořit sami. (viz Příloha H, Obr. 12)
- Stínové obrázky – bílé obrázky na šedé ploše – obrys obrázků je odstupňován silou čáry - dítě ukazuje, v jakém místě obrázek vidí. Zjišťujeme zrakovou ostrost, na jakou vzdálenost dítě obrázek vidí. (viz Příloha H, Obr. 14)
- Rozpoznávání částí těla na vzdálenost metru a potřeby dítěte se přibližovat – nejprve vyšetřujeme pomocí velké panenky, postupně zkoumaný předmět pomalu zmenšujeme, nejobtížnější je rozpoznávání na fotografii v malé knížce.
- PADS „plácačky“ – podobný princip jako TAC, test vhodný k vyšetření zrakové ostrosti, kontrastní plácačka je pro tentokrát šedá. Opět zjišťujeme

cykly, tzn. počet pruhů na 1 cm (velice jemné šrafování = 2 cykly, výrazné šrafování = 8 cyklů). (viz Příloha H, Obr. 2)

- Sledování pohybu lesklého a nápadného (např. stříbrného) míčku po dráze – vyšetřování schopnosti očí rychlé motoriky, periferního zorného pole. Vyšetřované dítě chvíli míček nevidí, (pokud je na kraji dráhy a vidění brání okluze oka).
- Kutálení míčků různých barev po zemi – zjišťujeme, na jakou vzdálenost dítě míček vidí.
- Hmatové kastlíky pro rozeznávání povrchu – hmatový trénink při těžké poruše zraku. (viz Příloha H, Obr. 17, 18)
- Hmatová knížka – děti se zhoršeným zrakem mohou trénovat hmat čtením z hmatové knížky. (viz Příloha F)

8.4 Vyšetření jemné motoriky a její trénink pracovníkem rané péče

Začátek vývoje jemné motoriky nelze určit přesně, bývá však datován kolem věku šesti let. Úzce souvisí s dozráváním hrubé motoriky. Podle některých zdrojů lze počátky jemné motoriky spatřit již při snaze dítěte uchopit předměty v okolí. Tato činnost je typická pro 7. měsíc věku.

Při vyšetření je vhodné zaměřit se nejen na manuální činnosti, ale také na samoobslužné schopnosti. Během hraní sledujeme schopnost úchopu, využívání opozice palce, ohybnost prstů, důležité je též zaměřit se na koordinaci oka a ruky. Mnoho schopností sebeobsluhy vyžaduje též manuální zručnost. Jde například o zapínání knoflíků, zipu, šňěrování tkaniček, nasazování čepice a vázání šátku.

- Nasouvání předmětů s otvorem na tyčku – vyšetření cílených pohybů.

- Deska s předměty na suchý zip – dítě trénuje hrubou i jemnou motoriku horních končetin, má za úkol předměty uchopit a z desky je sundat nebo přemístit:
 - malé děti – na desku připevňujeme větší, dítěti známé kontrastní předměty, např. plyšová zvířátka (viz Příloha I, Obr. 1)
 - větší děti – různě barevné geometrické tvary (viz Příloha I, Obr. 2)
 - Schopnost uchopit a přemístit předmět (souvisí např. se schopností samostatně jíst, hrát si se stavebnicí).
 - U starších dětí – schopnost zapnout zip, knoflíky, zavázat si tkaničky u bot.
 - Schopnost listovat v knize.
 - Taktilní stimulace – hmatové knihy, stimulační pohádky, ... (viz Příloha F, G).
 - Zkoušky senzomotorických dovedností – kresba, testy obkreslování, psaný projev.
 - Skládání kostek – puzzlů, mozaikových obrázků, navlékání těstovin a korálek, provlékání šňůrek, uzlování stříhání, trhání papíru, obtiskování dlaně, tvarování modelíny, třídění korálek, stavění obrázků ze špejlí, nalepování semínek na předkreslený obrázek.
 - Hra na vaření na pískovišti – zjišťujeme, jak je dítě schopné vytvořit bábovičku, můžeme též zhodnotit špetkový úchop.
 - Kreslení – zjišťujeme, zda přítlak na tužku není přílišný, vyšetříme též lateralitu ruky, kresba také vypovídá a intelektu a psychickém vývoji dítěte.

8.5 Vyšetření hrubé motoriky a její trénink pracovníkem rané péče

Vyšetření hrubé motoriky je možné provést jak přirozenou, tak záměrnou formou. U přirozené diagnostiky necháváme dítě bez zásahu

provádět aktivitu, dítě nesmí vědět, že je pozorované. Při záměrné diagnostice vytváříme dítěti situace, ze kterých zhodnotíme jeho schopnosti a dovednosti. Hrubá motorika je na rozdíl od ostatních schopností patrná pouhým okem.

Trénink motoriky je vhodné provádět formou hry. Cvičení u předškolních dětí nevhodná jsou hluboké záklony, široké rozkročné stoje, kotouly vzad, vzpory, přetahování, dále skoky na tvrdou podložku a vyšší seskoky. Učení hrou bezprostředně motivuje dítě a zároveň nezpůsobuje jednostranné přetěžování (Nevěčná, Nevěčný, 2010).

- Vyšetření vzpřímeného stoje – nutné je naučit dítě stát vzpřímeně tak, aby posílily stabilizační svaly, které mají obrannou funkci pro páteř. Nejvhodnějším způsobem pro rovnoměrné posílení svalů a fyzickou kondici je plavání.
- Vyšetření podle vývojových stádií odpovídajících věku.
- Vyšetření pohybu za pomoci pomůcek, jejich užívání.
- Vyšetření stoje se zavřenýma očima – vyšetřujeme a trénujeme rovnovážnou reakci těla.
- Stoj na jedné noze – např. holubička, čáp.
- Chůze po schodech vzhůru i dolů – při jejím nacvičování lze využít tzv. opičí dráhy, což je větší množství různorodých překážek s rozličnou obtížností pro zdolání.
- Chůze po šikmé ploše – lze využít např. bezbariérových vstupů.
- Poskoky na jedné noze – např. S využitím panáka na chodníku.
- Přecházení po čáře.
- Procházení po okraji chodníku, v obtížnějším případě po lavičce či kladině.
- Překročení překážky.
- Přeskočení překážky snožmo.
- Stoj na špičkách a na patách.

- Běh – u zdravých dětí na vzdálenost 20 metrů nebo 10 vteřin.

9 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Dokumentace pracovníků rané péče je velice rozsáhlá. Zahrnuje stručnou anamnézu dítěte, rodiny a rodinných a sociálních vztahů, dále vychází z lékařských zpráv o zdravotním stavu a kvalitě smyslů dítěte, na které navazuje vyšetřeními z řad speciálních pedagogů. To vše je doplněno postřehy poradců rané péče během ambulantních a terénních návštěv. Nalezneme zde informace o pomůckách, které rodiny využívají, o kontaktech na jiné odborníky a specialisty, dále také doklady o účasti na terapeutických pobytech, podstupovaných doplňkových metodách, které raná péče zprostředkuje. V našem výzkumu jsme se zaměřili na sledování údajů o jemné a hrubé motorice s přihlédnutím na výše zmíněné součásti dokumentace.

Každého jedince jsme nejprve zkoumali zvlášť. V tabulkách v Příloze L (Tab. 1 – 10) jsou podrobně zpracovány údaje zjištěné z několika terénních návštěv. Z grafů z Přílohy M (Graf 1 – 10) je znázorněný průběh vývoje jednotlivých oblastí motoriky. Vycházíme z vývojového věku, jemuž odpovídá kalendářní věk během jednotlivých návštěv. Z grafů můžeme na příklad usuzovat, zda byl rozvoj vyšší v oblasti jemné či hrubé motoriky, zda obě oblasti motoriky dosáhly na konci rané intervence stejné úrovně. Podle strmosti přímků lineárních grafů lze odhadnout, zda byl pokrok rychlý a veliký, nebo pomalý a nevýrazný. Toto hledisko je nutné ale posuzovat s přihlédnutím na osu y, která má u jednotlivých grafů odlišný rozsah hodnot. Na ose y je

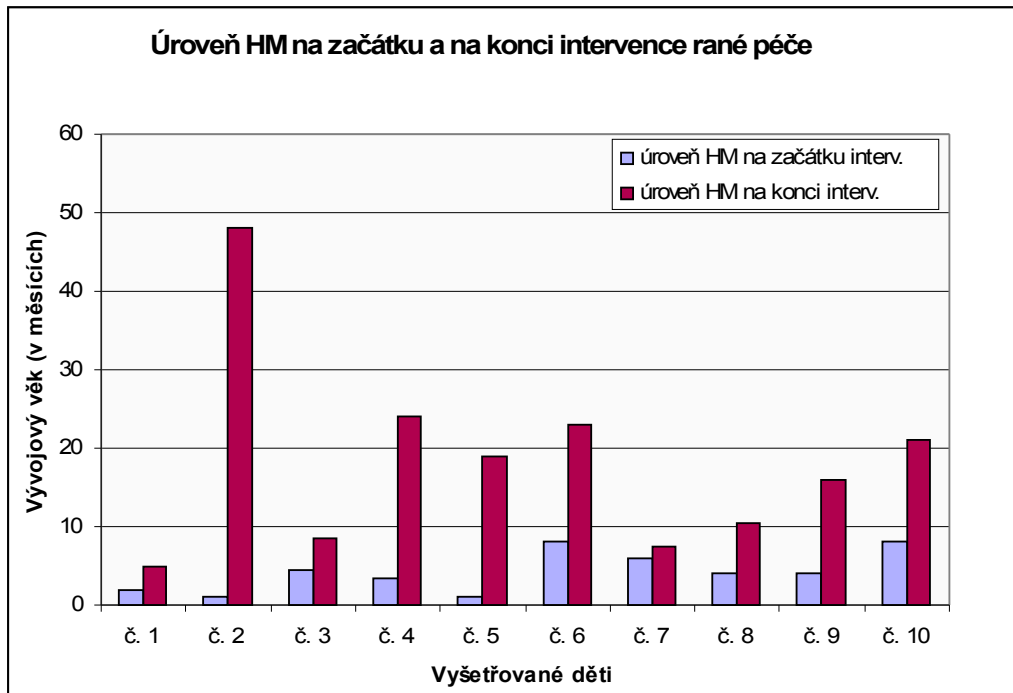
zaznamenán vývojový věk, který nám říká, jakého motorického stádia dítě dosáhlo v jemné a hrubé motorice. U některých dětí je vymezen čísly do 10, a to u dětí s nevýrazným pokrokem. Jedná se konkrétně o děti č. 1, 3 a 7. Dvě z nich mají diagnostikovanou DMO (č. 1 a 7), dítě č. 3 zatím jistou neurologickou diagnózu určenou nemělo. Rodiny dvou dětí (č. 1 a 7) jsou neúplné, třetí dítě (č. 3) je sice z úplné rodiny, ale psychicky nevyrovnané. Ostatní děti mají dosažený vývojový věk vyšší než 10 let. Nejlepšího výsledku ve vývoji dosáhlo dítě č. 2. Za dobu intervence rané péče se jeho vývoj vyrovnal s vývojem zdravého dítěte. Byla u něho diagnostikovaná CKP. Podle našich výsledků můžeme tvrdit, že se jednalo o její velmi lehký stupeň. U dítěte dominovala zraková vada, nikoli motorická. Shodně úrovně dvou oblastí motoriky dosáhl vývoj tří dětí – č. 1, 2 a 5.

V rámci zkoumání efektu intervence rané péče jsme vytvořili souhrnný graf, v němž je zaznamenán vývojový věk každého dítěte v době začátku spolupráce s ranou péčí a v době jejího ukončení zvláště pro jemnou a hrubou motoriku. Je z nich patrné, že intervence v raném věku dítěte má své opodstatnění. Z výsledků nemůžeme ale usuzovat, zda jde o účinek intervence rané péče, účinek rehabilitace, nebo pouze o přirozený vývoj dětí s postižením. Ze zkušeností rodičů dětí s postižením a na základě informací od pracovníků rané péče máme na příklad informace o tom, jak smyslová a motorická stimulace podpořila rozvoj konkrétního úkonu nebo činnosti. Rodiče s dětmi mají za úkol pravidelně cvičit, poskytovat jim nejrůznější stimuly. Zábavnou formou trénují tak smysly, motoriku, řeč aj. Bez pravidelného přísunu podnětů, jak z rané péče, tak z jiných forem terapií a rehabilitací, by jedinec pokroku v takové formě nedosáhl. Je sice nutné respektovat individualitu a také individuální schopnosti, ale bez cílené intervence by dítě s motorickým postižením nebylo schopné např. uchopit hrníček a napít se, nebo také dosáhnout vzdálených předmětů. Na efektivitu stimulace můžeme usuzovat z jednotlivých pokroků, ke kterým došlo během intervalu mezi jednotlivými terénními návštěvami. Některé pokroky mohou být dosažené spontánně v rámci vývoje, jiné naopak potřebují podporu zvenčí. Jako příklad pro druhou skupinu může posloužit potřeba dítěte využít nějakou z kompenzačních pomůcek. Děti,

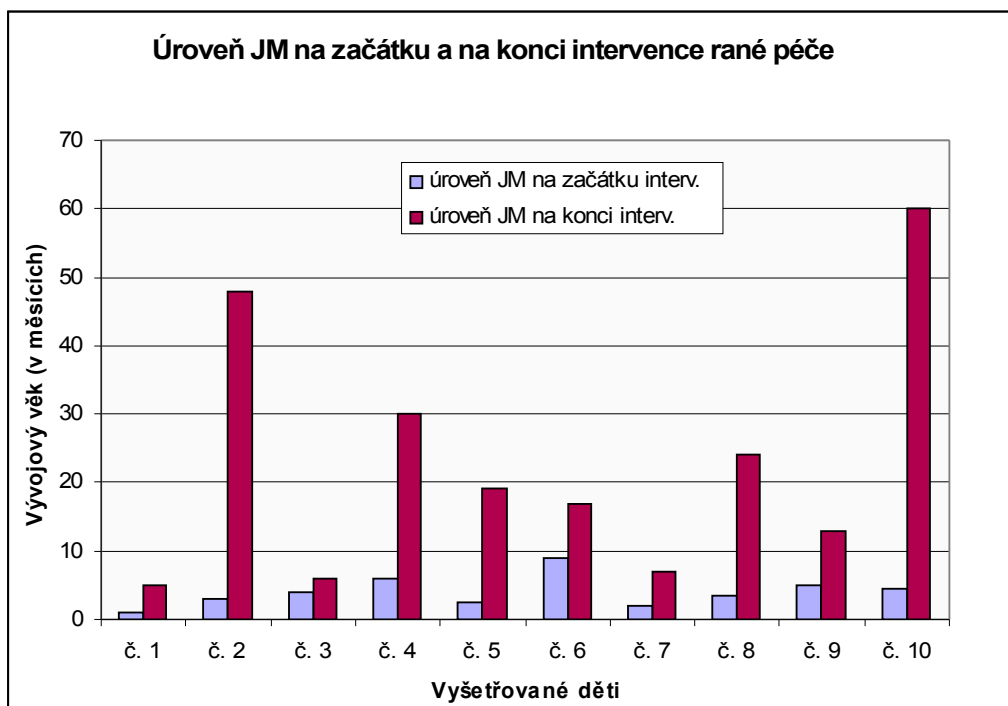
kteře jsou ve vývojovém stádiu před rozvojem chůze a nemají potřebné podmínky, by chůzi posilovat nemohly. Pomocí chodítka se některé naučí chůzový stereotyp, pomocí crawleru mohou jiné děti posilovat funkci rukou a hlavy, díky závěsným houpačkám mohou některé podporovat vzpřímený stoj. Bez pomůcek, stimulačních hraček a neustálého smyslového podněcování by byl rozvoj motoriky méně patrný.

Na základě našeho zjištění ale nelze potvrdit, zda je vývoj zlepšen na základě rané péče. Můžeme se tak pouze domnívat. Raná péče nastupuje totiž první a v době, kdy je mozek dítěte ke změnám a adaptaci nejvíce vnímavý. S opožděnou péčí, terapií a rehabilitací nelze dosáhnout vyšších úspěchů. S věkem klesá plasticita mozku jeho schopnost přetvářet se. To je také důvod, proč je z počátku hned po určení diagnózy dítěte zahájit velmi úzkou spolupráci s rodiči. Jsou to ti, kteří s dítětem sdílejí stejný prostor, stejné problémy a radosti. Dítěti jsou, nebo by ideálně měli být, nablízku. Mají jako jediní možnost svého potomka neustále podporovat, často podněcovat k aktivitě a stimulovat. Bez jejich pomoci by občasná intervence nenaplnila očekávání. Záleží na rodičích, jejich pohledu na postižení dítěte, spokojenosti s ranou péčí a psychické vyrovnanosti. Tyto a další jiné aspekty mají vliv na jednání s dítětem, na snahu mu pomoci a přijmout jeho odlišnost jako fakt.

Graf 1: Úroveň HM na začátku a na konci intervence rané péče



Graf 2: Úroveň JM na začátku a na konci intervence rané péče



U většiny dětí (až na dítě č. 2) se RQ dočasně zlepšoval (viz Příloha L, Tab. 1 – 10), pak poklesl – již nestačily dohnat vývoj zdravého dítěte. Vývojové nároky byly vyšší, než jejich neurologický motorický potenciál. Z našeho výzkumu vyplývá, že každé ze zkoumaných dětí dosáhlo pokroku ve vývoji. u každého dítěte se tento pokrok projevil jiným způsobem. Některé děti dosáhly zlepšení v motorice, jiné (především jedinci s těžkým postižením) dosáhly zlepšení ve schopnosti komunikace a koncentrace, ve zvýšení zájmu o okolí, aj. tyto informace vyplývají z dotazníkové studie rodičů (viz Příloha L, Tab. 3 a 4).

Probandů s diagnostikovanou těžkou zrakovou vadou bylo celkem 6 z 10 zkoumaných. Tři z nich (č. 5, 8 a 9) měli určenou CKP, ostatní DMO. Pokud přihlídneme k jednotlivým grafům vývoje (viz Příloha M), zjistíme, že u tří z dětí s těžší poruchou zraku bez ohledu na diagnózu byl patrný pozvolný počáteční nástup rozvoje motoriky, který se po určité době změnil na strmější. Šlo konkrétně o děti č. 6, 8 a 10. U ostatních rozdíl není tak patrný. Můžeme z toho vyvodit, že zhoršená zraková schopnost má vliv na vývoj motoriky, ale záleží i na jiných aspektech, jako je míra stimulace, možnosti ostatních smyslů dítěte, tíže primárního onemocnění, přístup rodičů, aj. Přesnější odvození míry vlivu jednotlivých působků nelze na základě našeho malého vzorku stanovit.

Účinnost intervence podpůrných a rehabilitačních metod je známá z předchozích výzkumů. Níže zmíněné proběhly formou dotazníků. Na výsledky dotazníkových výzkumů musíme pohlížet z několika úhlů. Rodiče, kteří se podíleli na dotazníkovém šetření, mají odlišné názory a zkušenosti s předchozí péčí o jejich potomka. Liší se nejen jejich rodinná situace, ale také vnímání postižení dítěte a jeho potřeb. Tyto aspekty jsou podrobněji probrány ve švédském výzkumu, který zjišťuje vnímání kvality intenzivní terapeutické péče rodiči dětí s postižením. Faktory, které ovlivňují vnímání kvality péče jsou předchozí zkušenosti rodičů, jejich očekávání od intervence, životní situace rodiny a samotný výsledek intervence.

Pro rodiče je velice důležité zjištění informací o problémech a naopak o schopnostech dítěte. Zároveň také oceňují informace o možnostech následné péče. Ve studii, která zjišťuje vnímání kvality péče, jsou zmíněny též jiné aspekty, které ovlivňují pozitivní hodnocení péče rodiči. Patří sem např. dostatek času, který terapeuti poskytují rodině, dále způsob terapie, zvolený podle individuálních potřeb dítěte, porozumění dítěti a jeho problémům a potřebám (Ödman, 2007).

Pravděpodobnost posouzení péče jako úspěšné je nižší u rodičů s vysokým očekáváním zlepšení stavu dítěte a u rodičů dětí s více vadami.

Výzkum založený na zjištění subjektivně vnímané účinnosti péče rodiči dětí s postižením není reliabilní (Ödman, 2007). Výsledky není možno využít pro posouzení skutečné účinnosti intervence, přestože výsledky objektivního a subjektivního měření spolu souvisejí. Nejsou však totožné. Vnímání rodičů je ovlivněno mnoha již zmíněnými faktory. Sami rodiče často vnímají potřeby a schopnosti svého dítěte odlišně od skutečných potřeb a schopností zjištěných kvalitativním a kvantitativním měřením. Někdy se dokonce jedná spíše o snahu naplnění potřeb rodičů, než vnímání opravdové změny funkčního stavu dítěte. Avšak na základě vnímaných změn u potomka můžeme usuzovat na pokrok, který rodiče sami zaznamenali. Podle dotazníkové studie si každá rodina dítěte s postižením všimla nejméně jednoho progresu ve stavu dítěte, jeho motoriky a chování. V tabulce 5 jsou zmíněny pokroky jednotlivých dotazovaných rodin. Důležitou informací je též vnímání efektivity péče samotnými jejími

poskytovateli. Efektivitu ohodnotili vysoko, přibližně na 90%. Touto informací doplníme výsledky měření pokroku vývoje u naší první zkoumané skupiny.

Podobným tématem se zabývá tentokrát i britská studie, která zkoumá reliabilitu rodičovského hodnocení hrubé motoriky dětí s DMO. Autoři zjistili, že reliabilita je vyšší, pokud profesionálové hodnotí stav dítěte metodou pozorování a ne z výsledků klinických měření (Moris et al., 2006).

Z dotazníkového průzkumu, během kterého nám odpovědělo 11 rodin, můžeme doplnit výsledky analýzy archivované dokumentace. Každý z respondentů uvedl několik pozitivních výsledků práce poradců rané péče. Často rodiče spatřovali největší pomoc od poskytovatelů rané péče právě v poskytnutí psychické a sociální podpory. Velice si cenili poskytnutých rad a informací o možnostech spolupráce při stimulaci dítěte, a to nejen zrakové, ale i pohybové, sluchové aj. Jako veliké pozitivum zhodnotili také možnost vypůjčení hraček, pomůcek a specializovaných knih. Nepostradatelným bylo pro ně středisko rané péče v době, kdy sháněli kontakty na lékaře, výrobce speciálních kompenzačních pomůcek a jiné specialisty. Všichni byli s intervencí jednoznačně velice spokojeni. Ranou péči označili za pomoc, díky níž se jejich potomek mohl lépe vyvíjet. Jako pokroky ve vývoji svého dítěte spatřovali dotazovaní rodiče větší zájem o okolí, komunikaci, schopnost se soustředit. Dále si u dítěte všímali větší radosti z aktivit s lepší spoluprací.

Jak vyplývá z nizozemské studie z roku 2006, spolupráce pediatrických rehabilitačních pracovníků, speciálních pedagogů a rodičů hraje v rámci rehabilitace dítěte klíčovou roli. Spolupráce během zdravotní péče a výchovy může podpořit rodinnou situaci. Mottem idey je „Jedno dítě, jeden tým, jeden plán“. Spolupráce se liší na úrovni instituce a na úrovni dítěte. Výstupem analýzy je poukázání na urgentní potřebu spolupráce pediatrických středisek a škol. Studie poukazuje na důležitost integrovaného plánu, který hraje hlavní roli v týmové spolupráci. Záleží též na počtu členů týmu. Čím je jich méně, tím je tým stabilnější a jeho členové lépe spolupracují. Komunikace mezi jednotlivými členy týmu je lepší a úspěšnost spolupráce je tak vyšší (Nijhuis, 2006). Podobným tématem se zabývá i australský průzkum z roku 2005. zaměřuje se na zhodnocení na rodinu orientovaných služeb během poskytování

péče dětem s DMO. Výsledkem je vysoké ocenění podpory rodiny a dítěte a nízké ohodnocení poskytovaných informací. Hodnotitelé jsou jak z řad rodičů, tak poskytovatelů péče. Nápravným východiskem je poskytování sepsaných všeobecných informací o dítěti s postižením, o péči a potřebě rodičovské spolupráce během intervence. Dále též detailnější informace o terapii a poskytování podpory rodinám dětí s postižením. Rodiče vyjádřili požadavek na neměnnost terapeutů a pečovatелů, kteří rodině pomáhají. Zmínili se též o potřebě vyjádřit své pocity a konzultovat své obavy a názory (Dyke, 2006). Rovněž i švédský průzkum z roku 2007 zdůrazňuje potřebu spolupráce rodičů. S ní souvisí zdokonalení dovedností v péči o dítě a jeho vedení k dosažení dalších pokroků (Ödman, 2007).

Zkoumali jsme také dotazníky zaměřené na zjištění informací od poskytovatelů péče, tedy od jejich poradců. Zmíněná skupina čítala celkem 11 odborníků na ranou péči. Sami pracovníci rané péče měli mimo jiné za úkol procentuelně odhadnout, kolik dětí s postižením díky jejich péči dosáhlo pokroku ve vývoji. Pokrok může být ovlivněn též vnitřními a vnějšími vlivy. Z vnitřních jde např. o vrozené předpoklady, tíži postižení, prezenci a míru přídatných postižení, vývoj intelektu a duševní vývoj jedince. Z vnějších jsou to vliv prostředí a výchovy, kvalita a kvantita podnětů, ekonomická stránka rodiny. Při odhalování nedosaženého pokroku ve vývoji jsme zjišťovali důvody stagnace vývoje. Specialisté v oboru rané péče jsou v úzké spolupráci s rodinou, umějí odhadnout, jakých pokroků je u dítěte možné dosáhnout. Dotazovaní v průměru udávali 90% úspěšnost své péče na základě pokroků, které u dětí byly patrné. Zbylé procento neúspěchů přičítali vážnému kombinovanému postižení dítěte, dále přidruženým vadám a rozsáhlosti postižení CNS.

Účinnost péče závisí na využití množství technik, metodik a stimulací, které vytvoří dostatečný přísun informací vyvíjejícímu se jedinci. Z tohoto důvodu jde o potřebu týmové spolupráce rodičů, speciálních pedagogů jako poskytovatelů rané péče, sociálních pracovníků, kteří rodinám napomáhají, ale též lékařů a rehabilitačních pracovníků. Není možné dosáhnout úspěchu ve vývoji na základě orientace pouze na jednu složku vývoje, nutné je ovlivňovat jedince jako celek. Jen tak lze dosáhnout uspokojivých výsledků.

10 VYBRANÉ KAZUISTIKY

10.1 Kazuistika I

Chlapec – 3 roky a 3 měsíce, dg. – srostlý lebeční šev, slabozrakost bilaterální, strabismus, konvergence levého oka (hůře vidí levým okem), spodní víčko pokleslé. Rodiče a sourozenec zdraví, bez zrakového a tělesného postižení.

Stav do 3 let věku:

Vývoj hrubé motoriky je opožděn o $\frac{3}{4}$ dle tabulek psychomotoriky. To znamená, že se dítě motoricky posune o 3 měsíce za dobu 4 měsíců. Samostatná bipedální chůze se rozvinula v 16 měsících. Během rozvíjení motoriky přeskočil stádium kvadrupedální lokomoce. Je charakterizováno chůzí po dvou s přidržováním se oběma rukama. Dítě chodí pomocí úkroků do strany. Místo kvadrupedálního stádia začal zkoušet chůzi po dvou ve vzpřímené poloze. Během jejího zdokonalování utrpěl mnohá zranění. Při pokusech byl velice nestabilní. Zakopával o špičky, neodvíjel chodidlo od země podle fyziologického vzoru (od paty přes laterální okraj plosky k malíčku, palcem konče). Občas se u něho vyskytovala chůze po špičkách, která mu vytvářela snazší podmínky pro lokomoci, avšak s velkou pravděpodobností dalšího pádu. Do tří let nemluvil. Pouze při nesouhlasu vydával hučící zvuky, ale bez náznaků jakýchkoli hlásek. Opoždění řeči stále přetrvává. Chlapec vykazuje známky autismu, ten však přímo diagnostikován nebyl. Stále není přesná diagnóza plně stanovená, známky autismu přetrvávají. V komunikaci s blízkými osobami byl chlapec přibližně do dvou let a šesti měsíců pasivní. Nesnažil se o navázání komunikace, jak verbální, tak neverbální. Neudržel žádný oční kontakt. Od narození mu postupně byly dle zrakových vyšetření přidávány dioptrie po dvou až na současných osm na obou očích. Pomalé přidávání dioptrií umožní

adaptaci zraku na změnu, jde o prevenci vegetativních obtíží, bolestí hlavy a zvracení. Tyto příznaky jsou často způsobeny právě rychlým nárazovým zvýšením dioptrií, na které jedinec není zvyklý.

Vztah rodičů k dítěti, spolupráce s RP a její intervence:

Chlapec pochází z úplné rodiny. Péči o potomka poskytují oba rodiče, více matka – iniciativně vyhledává informace z dostupných prostředků, médií, hledá pro dítě vhodné pomůcky. Od speciálních pedagogů střediska rané péče si půjčují hračky a pomůcky pro stimulaci zraku, knihy pro trénink koncentrace, kognitivních funkcí a knihy zaměřené na podporu sebeobsluhy dítěte. Matka aktivně hledá vhodné brýle pro rostoucí dítě, navštěvuje kromě oftalmologa středisko rané péče, pravidelně se synem chodí na neurologická a oftalmologická vyšetření, nyní čeká na testy genetiky a metabolismu. O syna má zájem, během konzultace se stále dotazuje a doplňuje si poznatky. Při pozorování matčina jednání během rozhovoru se speciálním pedagogem nechala dítě odběhnout z pokoje pryč a až po pár minutách požádala asistentku o dohled nad ním, nebyla vystrašená. Matka neměla s sebou na konzultaci se speciálním pedagogem aktuální výsledky z posledních oftalmologických vyšetření.

Stimulace zraku a motoriky je omezená na hračky typu aut, ostatní předměty chlapce zajímají pouze po krátkou dobu, pak přestává spolupracovat. Vzhledem ke schopnostem rychlého pohybu a běhu rodina fyzioterapii nenavštěvuje. Vhodné by ale bylo doporučení pro trénink stability, chlapec má občas potíže udržet vstoje a při chůzi rovnováhu. Posilování stabilizačních svalů by ho vedlo ke větší jistotě, zmírnilo by strach z nepatrných výšek, který se u chlapce projevuje. Výrazné je to během hraní s velkými auty, kdy se dítě bojí na auto posadit a křičí.

Matka se synem pravidelně dochází na stimulaci zraku a zrakové vyšetření. Během něj se spolu s terapeutem snaží nalézt vhodné předměty, pomocí nichž by dítě trénovalo nejen svůj zrak a jemnou motoriku rukou, ale též kognitivní funkce. Paměť je možné trénovat na příklad na základě

referenčních karet CARDIFF, na obrázcích v knihách, nebo na schovávání a nalézání předmětů.

Dnes, po roce intervence:

Chlapec chodí, běhá svižně. Z patologických motorických projevů přetrvává občasná chůze po špičkách a stereotypní motorické projevy (např. S hračkou, která vydává zvuky běhá okruh po pokoji, vždy se zastaví u matky a zasměje se na ni – asi 20x opakuje). Občas se objeví známka nestability při stoji a chůzi. Při komunikaci s asistenty neudrží oční kontakt a mává do země. Pohyb vychází pouze ze zápěstí. Nereaguje na jméno, nemluví, vyluzuje zvuky jako hekání, nelze z tváře jednoznačně vyčíst radost – emoce jsou oploštělé. Pouze velká radost je projevovaná smíchem a v případě, když se smějí ostatní a pozornost je koncentrovaná na jeho činnost (předvádí se). Nemá radost z běžných hrátek, ze kterých zdravé děti radost mají (zvedání, houpání a poskakování). Při hře s auty opakovaně sleduje, jak auta jezdí a točí se jim kola, dělá mechanické pohyby, nejde o hru na něco (vydrží dlouho). S matkou udrží krátký oční kontakt během mazlení a v případě, že ji chce na něco upozornit. Řeči rozumí, ale stále nemluví. Pokud má náladu a chce, tak na výzvu reaguje. Nedokáže se dlouho koncentrovat. Pokud se soustředí na knihu, tak pouze na téma, které ho zajímá. Má velice úzkou oblast zájmu – baví ho pouze auta. Rád si prohlíží knihy s motivy aut, hraje si s autíčky, zkoumá opravdová auta. Vše velice zblízka na vzdálenost cca 10 cm. Při přiblížení k zrcadlu došel těsně k němu, zkoumal ho taktilním vjemem obličeje a rukou, nepozoroval se, nevnímal obraz. Nechodí na nočník, má pleny. Matka se opakovaně pokoušela syna přimět k používání nočníku, vždy se vztekal a sedět nevydržel. Při neúspěchu pokaždé snahu rychle vzdala. Nevysvětlovala dítěti, že je nutné se naučit hygienickým zásadám, nepoužívala názorné ukázky pomocí knih a plyšových zvířat. Chlapec o nočník nejevil zájem. Při hraní s auty se dle výpovědi matky bojí na autíčko sednout. Rád poslouchá hudbu (i vážnou), sám si zapne rádio a hraje si při poslechu. Hudba ho zklidňuje, vydrží se déle na činnost soustředit. Prsty na rukou jsou nemotorné, není schopen pinzetového ani špetkového úchopu, uchopuje pomocí prstů proti dlani

nebo smete se stolu předměty celou rukou. Trvá mu asi 15 minut v novém neznámém prostoru, aby ho prozkoumal, pobíhá po místnosti od jednoho místa k druhému, otevírá skříňky, šoupá se stolem, vytrvává v činnostech, které vydávají zvuky, poté se mírně zklidní a je možné s ním spolupracovat. Matka na něj mluví dětinsky a příliš něžným hlasem, např. „To by šikula zvládl, přines mamince balón, ty nechceš být šikula?“ Neustále prozkoumává okolí. Jde kam ho napadne, nebojí se a nedává pozor na překážky. Často padá, má snížený práh bolesti, nic ho nezastaví. V metru sahá na vlak, kdyby ho matka nehlídala, spadl by do kolejí. Pořídila pro něj bezpečný kočárek na sezení.

Z výsledků nestandardizovaného vyšetření zraku vyplývá následující. Zorné pole chlapce není zúžené, je schopen pozorovat předmět pomocí periferního vidění. Předměty vnímá prostorově a je schopen s nimi manipulovat. Rozliší bílý předmět na bílém podkladě. Při rozpoznávání obrázků na některé z nich reaguje, použije citoslovce, která jsou pro ně typická. Většinou ale sledované dítě chytá prst matky, aby za něj obrázky ukazovala a pojmenovávala. Chlapec má úzký okruh zájmů, zajímají ho pouze auta. Ostatní knihy rychle prolistuje a odhodí. Je zvyklý listovat ze stran. Neporadí si s listováním zdola vzhůru, neznámou knihu prolistuje celou, pokud ho něco zaujme, tak se k tomu vrátí.

Známé osoby na fotografiích nepoznal. Ze zkušeností matky máme zjištěno, že nejbližší a často vídané osoby pozná, běží k nim a raduje se. Při sledování pohyblivých předmětů se bez problémů rychle orientuje podle jejich pohybu. Barvy rozpoznává, umí umístit předměty podle stejného zbarvení. Při testování dosazování barevných kolíčků do jamek je patrná nedokonale rozvinutá jemná motorika. Chlapec při vyšetření citlivosti zraku pro vnímání stínových obrázků poznal nejrychleji obrázky nejvýrazněji vyznačené, ostatní po delším zkoumání vyhledal také. Na zrcadlo nereagoval, nerozpozná svůj obraz, prozkoumával ho pouze hmatem dlaní a jazyka. Na předměty a obrázky CARDIFF nereagoval, zajímal se pouze o knihu Auta, kterou mu vyšetřující ukázala. Odpoutala tak jeho pozornost až do konce vyšetření. Při dalším vyšetření nejevil o CARDIFF předměty zájem, opět ho zaujalo pouze auto jako jeden z mnoha předmětů. Nepochopil úkol, nevěděl, co se od něho očekává.

Přiřazení předmětu ke stejnému obrázku nezvládl, zatím není schopen syntaktického ani analytického myšlení.

10.2 Kazuistika II

Chlapec 3 roky - DMO, po narození asfyxie, nejde o progresivní neurologické vyšetření, postižena bílá mozková hmota, nemluví, konvergence levého oka, hypotonie končetin (především horních). Rodiče a čtyři sourozenci zdraví, bez zrakového a tělesného postižení.

Stav do 2 let věku:

Chlapec není schopen samostatného sedu, s oporou v sedačce vydrží sedět jen chvíli, při delším sezení je mrzutý a neklidný. Vleže v ohrádce setrvává v poloze na zádech, neumí se přetočit na strany. V poloze na zádech je schopen do hraček cíleně plácát, upřednostňuje pravou horní končetinu. Nemluví, oční kontakt udrží pouze na krátkou dobu. Problémy jsou patrné především při stravování, obtíže mu dělá polykání. Stravu dostává v tekutém stavu, pije pomocí injekční stříkačky, kterou mu matka do trávící trubice vstříkne tekutiny. Obtíže jsou patrné též při dýchání, vážné koordinace dechu při příjmu potravy.

Vztah rodičů k dítěti, spolupráce s RP a její intervence:

Chlapec pochází z úplné rodiny, má tři zdravé sourozence. Rodina kromě rané péče pravidelně navštěvovala rehabilitaci, doma cvičili dle Vojtovy techniky a na velkém míči. Cvičení na míči podporuje zapojení stabilizačních svalů, posturu a rovnovážné reakce. Matka si na cvičení pořídila speciální Vojtův stůl. Dále synovi pořídili ležítka. Jde o stoličku s kolečky, na které leží břichem, odstrkuje se dolními končetinami. Jelikož byla stolička vyšší a při pohybu je nutné zapojit i ruce, musela být snížena. Zároveň byly využity plastové misky pro vytvoření ochranných krytů na kolečka, na které dítě

naráženo dolními končetinami. Chlapec měl doma možnost zkoušet chůzový stereotyp v závěsném zařízení. Matka pravidelně podle instrukcí rané péče stimulovala synovi obličejové svaly a svaly ústa dutiny ústní, aby podpořila tvorbu slin, žvýkací pohyby, pohyby jazyka a polykání a s tím spojenou aktivitu obličejových a žvýkacích svalů. Podle poradce rané péče byla během přijímání stravy doporučena umělá lžička. Je na rozdíl od kovové lepší volbou, jelikož kovová při skousnutí ničí zuby a podporuje slinění, umělohmotná je plošší, lze zajistit menší sousta. Dennodenně před každým jídlem matka využívá orofaciální stimulaci. Pro podporu polykání palcem tiskne dno čelisti. Tlak na horní či dolní čelist lze též využít pro logopedii. Nacvičuje s dítětem foukání pomocí her „já tobě fouknu na dlaň, ty mně“, foukání do pírek, díky kterým dítě pochopí, že vyfoukávaný vzduch způsobuje pohyb pířka. Foukání je trénink pro špulení úst, posilování svalů úst a tváří, které jsou rovněž nutné pro usnadnění příjmu a zpracování potravy. Pro usnadnění cvičení i zlepšení zrakové percepce je vhodná kyslíková inhalace. Dítě na cvičení lépe reaguje, lépe se soustředí. Tuto metodu vyzkoušela rodina také, pravidelně před cvičením ji aplikují.

Do postýlky byly suchým zipem na desku připevněny pestrobarevné hračky, které mají dítě stimulovat ke zkoumání, rozvíjet u něj zvědavost a přimět k využití ruky jako manipulačního prostředku a k tréninku úchopu. Pro stimulaci funkce ruky a jemné motoriky pravidelně matka kartáčovala vnější stranu ruky a horní končetiny. Funkce ruky souvisí úzce s logopedií, vhodné je proto stimulovat současně jak ruku, tak řečové schopnosti jedince. V podpořeném sedu mu byly poskytnuty pomůcky, které měly též zvukový efekt. Více upoutávaly pozornost dítěte. Příkladem je barevné pianko s válečky, které při otočném pomoci výstupků zavadí o hrací plošku. Je určeno pro uvolnění pohybů ruky, zmírnění spastického držení.

Od poradce měla matka doporučeno změnit kašovitě složení stravy, čas od času přidat i kousky pevné potravy, aby se dítě snažilo i kousky pevné stravy rozmělnit. Předmětem tématu v rodině bylo zjištění informací o kruhu na plavání s podporou hlavy, kdy poradce matce poskytl potřebné informace. Dále se projednávala brzká návštěva školky, kam také docházejí pracovníci rané péče.

Dnes, po roce intervence:

V opoře o upravené ležítko jeví chlapec zájem o pohyb, využívá k němu odstrkování střídavě oběma dolními končetinami. Horní končetiny v souhybu nejsou využívány. Potíže spočívají v nedostatečné zrakové kontrole prostředí, ve kterém se pohybuje, jelikož není schopen po delší časový úsek udržet vzpřímenou polohu hlavy. Pohybuje se tímto způsobem rychle, je patrná radost z pohybu. Během upevnění na závěsnou houpačku s oporou hlavy se projevuje tendence k chůzi po špičkách. Pokud je poponášen, snaží se došlapovat na špičky, ale neudrží váhu svého těla proti gravitaci. Vleže je stále jistá predilekce hlavy vpravo, vsedě a bez opory padá do záklonu, ale je schopen hlavu na krátkou dobu přizvednout. Pohyb v ramenou je zachován, jemná motorika není možná (neovlivní pohyb v zápěstí a v prstech), ale opakovaně již uchopil předmět a přitáhl jej k sobě. Reaguje na tváře a řeč, pozná základní denně používané předměty (umí si vybrat mezi CocaColou a vodou, CocaColu pozná podle barvy). Udržuje oční kontakt a dává najevo radost, směje se a neverbálně komunikuje motorikou svalů obličeje se členy rodiny.

DISKUSE

Hlavním cílem našeho výzkumu bylo posouzení efektivity práce s tělesně a kombinovaně postiženým dítětem během spolupráce s ranou péčí. Přihlédli jsme též k vlivu přídatného onemocnění a zdůraznili důležitost zapojení rodiny do rehabilitačního programu.

Výzkum byl proveden na základě zpětného zpracování dat z archivované dokumentace. Požadované informace se týkaly deseti probandů, tedy dětí s kombinovaným postižením. Šlo konkrétně o děti s postižením tělesným buď symptomatickým, nebo kauzálním, jež bylo doprovázeno přidruženým postižením. Jako přídatné se v našem případě jednalo u všech dětí o zrakové postižení, v jednom z případů byla přítomna též vada sluchová. U poloviny dětí byla přesněji určená diagnóza DMO, u druhé poloviny zatím jen stanovená CKP o různých stupních. Současně se výzkumu nepřímo zúčastnili také rodiče a poradci rané péče, a to jako respondenti dotazníkového šetření. Zjišťovali jsme, jak se efekt intervence rané péče projeví na změně motoriky dítěte. Přesněji můžeme říci, že šlo o pozorování vývoje jednotlivých dětí a porovnání vývojového věku na začátku a na konci rané intervence.

Během sběru dat a informací se objevilo několik nedostatků. Prvním a zřejmě nejdůležitějším byla pro naše účely nedostatečně podrobná dokumentace. Práce poradců rané péče má široké spektrum zaměření. To je také důvod, proč není možné všechny zkoumané oblasti sledovat podrobně, jde spíše následně o úkol dalších specialistů. Naše zaměření bylo orientováno úzce, pouze na stav motoriky. Záznamy z hodnocení motoriky během terénních návštěv v rodinách dětí s postižením nebyly vždy dostačující k určení vývojového věku. Ten jsme odhadovali na základě aktivit a motorických dovedností, které odpovídají určitému vývojovému věku podle psychomotorického schématu. Šlo o přibližné posouzení vývojového stupně, které bylo v některých případech potvrzeno záznamem z vyšetření od fyzioterapeuta. Proto jsme zaznamenali hodnoty pouze z několika zápisů z terénních návštěv. K získání reprezentativních hodnot by bylo potřeba mít k dispozici vyšetření od rehabilitačních pracovníků. Na jejich základě by byl vývoj posouzen s větší přesností. Podmínky zjišťování příslušného vývojového věku byly ztíženy též odchylkami ve vývoji, nejen jeho opožděním.

Druhým nedostatkem bylo posuzování vývoje podle retardačního kvocientu. Slouží sice k vyhodnocení účinnosti intervence na základě kvantitativního měření, ale nerespektuje individualitu, kapacitu jedince a okolní vlivy. U dětí s retardací vývoje má retardační kvocient během jednotlivých vyšetření sestupnou tendenci. Kdybychom během výzkumu hodnotili pouze tuto veličinu bez ohledu na dílčí pokroky ve vývoji, došli bychom k závěru, že péče nebyla dostatečně účinná. Jako jiné hodnotící kritérium jsme si stanovili vývojový věk dítěte. Na jeho základě lze lépe usuzovat na jednotlivé motorické pokroky. Zvláště jsme hodnotili vývojový věk pro jemnou a pro hrubou motoriku. Ne vždy se výchozí hodnoty shodují. Naopak je to vzácné. U všech zkoumaných dětí jsme došli k závěru, že vývoj byl progresivní. Nebyl ale tak veliký, aby se vývojový věk dětí s CKP či DMO vyrovnal dětem bez postižení. To se stalo pouze v jednom z našich případů. Šlo o jedince s lehčí formou CKP. U hodnocení vývoje odchylujícího se od normy je vyžadována značná erudice. Tato skutečnost může mít negativní dopad na správnost našeho šetření.

K našemu výzkumu není nutný větší vzorek vyšetřovaných, přestože jde o variabilní skupinu, jejíž jednotliví členové mají mnoho společného. Zabýváme se posuzováním změn ve vývoji vybraných jedinců. Zohledňujeme jejich odlišnou reakci na intervenci, která je ovlivněna mnoha vnějšími i vnitřními faktory. Větší množství probandů by ale upřesnilo informace o procentuelním úspěchu intervence rané péče. Opět bychom se ale ocitli v kvantitativním hodnocení kvalitativních jevů, což v praxi není možné. Z tohoto důvodu jsme do práce zahrnuli též podrobnější poznámky k jednotlivým rodinám. Šlo o postřehy pracovníků rané péče během domácích návštěv. Ty nám mohou např. odpovědět na to, proč se pokrok v některém časovém intervalu zdá menší než v jiném, proč je u jednoho z dětí vývoj strmější, proč nikoli. Nezávisí zde pouze na míře postižení, ale také na rodinném a sociálním zázemí. To lze spatřit třeba u dítěte s lehčí formou postižení, u něhož je vývoj pomalejší, než u jedince s postižením větším. Zároveň ale nejde o jednoznačné určení důvodu. Každý jedinec má jiné kognitivní schopnosti a jiný mozkový potenciál. Také jsme přihlédli k již zmíněné dotazníkové metodě, která naše měření doplňuje. Dotazníků se účastnily ty rodiny, které aktuálně využívají služeb rané péče. Jde sice o odlišnou skupinu, než jsme zkoumali, ale problematika potomka s postižením všechny rodiče spojuje. Všichni řeší podobné problémy. Fakt, že jsme se nedotazovali rodin dětí, které byly zaznamenány v dokumentaci, neovlivňuje v našem případě validitu šetření. Jde ve skutečnosti o rozšíření původního zkoumaného vzorku.

V žádném z dostupných literárních a internetových zdrojů jsme nenalezli informace o podobně pojaté studii, která by se zaměřovala na zjišťování efektivity intervence rané péče u dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Hlavním důvodem je odmítavý postoj poskytovatelů rané péče k převádění poskytnuté péče do statistických hodnot. Jde o oprávněný názor, jelikož každé z intervenovaných dětí má jiná specifika. Raná péče u každého z nich probíhá jiným způsobem. Zároveň péče není zaměřena pouze na dítě, ale také na jeho rodinu. Ovlivňuje jejich sociální a psychickou stránku, jež se obrazí ve vztahu k potomkovi. Bylo by mylné se domnívat, že péče, která nemá statisticky prokázaný úspěch, je ve skutečnosti neúspěšná. Naší prací bychom rádi upozornili na fakt, že raný věk dítěte s postižením je obdobím, které se neobejde bez časně pomoci. Mnoho dětí je díky ní schopno základní komunikace a některé z forem pohybu. Dochází u nich k psychické rovnováze, která vyplývá z chování rodičů. Reprezentativnější výsledky měření by se dostavily v případě, že bychom během získávání dat více spolupracovali s fyzioterapeutem a zrakovým specialistou, ale též psychologem jako odborníkem přes rodinné vztahy.

Naše výsledky a použité postupy slouží pro přehled o vývoji dítěte během spolupráce rodiny s ranou péčí. V ideálním případě by měla být studie založena na zkoumání dvou skupin dětí. Jednu by tvořily děti s přídatným zrakovým postižením lehkého stupně, druhou naopak děti s těžším postižením zraku. Lépe bychom tímto způsobem vyhodnotili vliv přídatného postižení. V našem případě jsme měli pouze jednu skupinu, u které jsme si poznamenali děti s těžším postižením zraku a přihlédlí k němu během hodnocení výsledků.

Práce má informační charakter. Má za úkol zprostředkovat zjištěné informace širší veřejnosti. Hlavní cíl, přestože je stanoven jako výzkum efektivity, má spíše upozornit na chyby v povědomí o rané péči. Účinnost rané péče není možné převést na číselné hodnoty, je potřeba ji rozvíjet a podporovat. Hlavním důkazem její efektivity je vnímání rodičů. Jedním z důkazů je odpověď jedné z dotazovaných matek: *„Středisko rané péče bylo pro nás jako záchrana. Pocit, kdy máte nějakým způsobem postižené dítě a snažíte se s tím vyrovnat, i když v koutku duše doufáte, že to bude lepší, je nepopsatelný. Poradkyně rané péče nám ukázaly cestu, kterou se máme vydat, začaly nám doporučovat, co by bylo dobré a jakým způsobem stimulovat zrak, aby naše dítě začalo trochu spolupracovat. Za tuto pomoc jsme moc rádi, neboť je strašně krásný pocit, že o Vás někdo jeví zájem, má zájem pomoci, že nejste jen část puzzlíku, které někdo jen tak odsune.“*

ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ

Na začátku výzkumu jsme položili několik výzkumných otázek. V první z nich se snažíme nalézt odpověď na vliv intervence na motorický vývoj dítěte. Aspekty poukazující na pozitivní odpověď vývoje dítěte na ranou péči spatřujeme především v pozitivních výsledcích zkoumání motorického vývoje v průběhu spolupráce s RP. Křivky, které znázorňují rozvoj motorických schopností v závislosti na věku, jsou ve většině případů pozvolna vzrůstající. Po určité době je též patrná stagnace či zpomalení vývoje, která je pro děti s CKP charakteristická. Argumenty proti úspěšnosti péče mohou být předpokládané nedostatečné motorické stimulace při terénních a ambulantních návštěvách bez využití současného působení rehabilitačního pracovníka, nespolečné rodíčů při rané intervenci, velmi těžké postižení dítěte, vliv přidruženého postižení a na rodinu orientovaný přístup. Můžeme je zohlednit v případě, že předpokládáme dosažení lepších výsledků v motorickém vývoji vzhledem k počátečnímu stupni vývoje. Otázkou je, zda by u skupiny probandů, kteří nebyli do RP zahrnuti, došlo ke shodnému výsledku v úrovni motorických schopností. Provádění takové studie by nebylo etické, jelikož má každý z potřebných právo na co největší možnou pomoc. V celkovém výsledku však došlo ve všech případech ke zlepšení vývoje. Na základě výsledků naší studie usuzujeme na pozitivní vliv RP na motorický vývoj dítěte. Nejsme však schopni analyzovat, do jaké míry má na vývoj vliv právě péče SPRP, jelikož je výsledek ovlivňován mnoha jinými faktory. Mezi ně patří faktory vnitřní, které charakterizují jedince a vnější, které na něho působí a ovlivňují ho. Přesto hrají výše zmíněné aspekty v podpoře vývoje dítěte velkou roli. Při dalším případném výzkumu většího a rozmanitějšího vzorku je nutné je vzít v úvahu.

Následuje výzkumná otázka, zda existuje vztah mezi pokrokem ve fyzickém stavu a pokrokem ve vztahu psychickém. Pozitivní odpověď na ni potvrzují odpovědi z dotazníků, které vyplňovali rodiče. Ti si všimli u svých dětí nejen většího zájmu o okolí, ale ve většině případů u dětí zpozorovali psychickou vyrovnanost, projevy radosti a emocí. Současně ale lze zmínit fakt, že sami rodiče měli díky rané péči možnost přijmout postižení svého dítěte a na základě toho se oprostít od dopadů prvotního psychického traumatu. I oni

vykazovali optimismus a radost, především též na základě pokroků, které jejich potomci zvládli. Každý z dotazovaných rodičů u dítěte spatřil určitý pokrok. Některé dítě se zlepšilo v motorice, jiné v komunikaci. U někoho se zdokonalily zrakové funkce, u jiného soběstačnost. Všechny zmíněné oblasti spolu souvisejí. Jsou závislé na stimulaci mozkové aktivity, změny se projevují jak ve schopnosti pohybu, tak v rozvoji kognitivních funkcí a komunikaci. Na tuto navazuje otázka další, zda lze efektivitu intervence SPRP hodnotit pouze na základě kvantitativního měření. Efektivitu práce rané péče nelze jednoznačně kvantitativně změřit, ale změnu nejlépe posoudí rodiče. Efektivita bude zrcadlem spokojenosti rodičů. Tímto tématem se zabývá celá praktická část výzkumu. Apelujeme na toto zjištění, které odporuje snahám statistiků kvantifikovat údaje, které jsou ovlivněny mnoha aspekty, liší se individualitou každého jedince a jsou založeny na jejich kvantitativním i kvalitativním potenciálu. Odpovídáme tím též na poslední výzkumnou otázku, zda se spokojenost rodičů a subjektivní pohled poskytovatelů péče podílí na vnímání efektivity intervence. Jde o velice hodnotné informace, které nelze statisticky zpracovat. Bez nich ale není možné výzkum na námi zvolenou tematiku kvalitně provést.

Výzkum je pouze ukázkou, jak lze pouze obtížně, přibližně a nepřesně zkoumat účinnost rané péče a její efektivitu. Pro další případnou práci, jež by na náš výzkum navazovala, doporučujeme bližší spolupráci s neurologem, který stanovil diagnózu, speciálním pedagogem, psychologem, který rodinu podporuje a zná její úskalí, dále s fyzioterapeutem a poskytovateli rané péče. Průzkum je vhodné založit na šetření z řad rodičů, rozšířit oblast dotazovaných a zároveň uzpůsobit dotazníkové otázky. Abychom zjistili, zda naměřený pokrok ve větší míře způsobila intervence rané péče, bylo by vhodné vytvořit kontrolní skupinu o stejném počtu probandů, kde by ale na rozdíl od poměřované skupiny ani jeden nenavštěvoval rehabilitaci. Z výsledků bychom posoudili, zda vývoj dosáhne podobné změny i bez současného navštěvování fyzioterapeuta. Ještě kvalitnějších výsledků bychom dosáhli, pokud by kontrolní skupiny byly dvě. Druhá by zkoumala stejně staré děti bez intervence rané péče. to ale v reálných podmínkách uplatnit nelze. Bylo by velmi neetické přes znalost nutnosti rané péče dítěti šanci na zlepšení stavu neumožnit.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

AHL, L. E. et al. Functional therapy for children with cerebral palsy: an ecological approach. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2005, roč. 47 - III, č. 9, s. 613 – 619. ISSN 0012-1622.

AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha : Galen, 2006. ISBN 80-7262-433-4.

BENDOVÁ, P., JEŘÁBKOVÁ, K., RŮŽIČKOVÁ, V. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1436-8.

CARNAHAN, K. D., ARNER, M., HÄGGLUND, G. Association between gross motor function and manual ability in children with cerebral palsy. A population-based study of 359 children. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2007, *BMC neurology*. London: BioMed Central, 2007, č. 8, s. 50 – 57. Elektronický časopis.

Časopis středisek pro ranou péči Liberec, Plzeň, Praha, 2011, č. 0.

DARRAH, J. et al. Conductive education intervention for children with cerebral palsy: an AACPD evidence report. *Development Medicine & Child Neurology*, 2004, roč. 46, č. 3, s. 187 - 203. ISSN: 0012-1622.

DYKE, P. et al. Use of the Measure of Processes of Care for families (MPOC-56) and service providers (MPOC-SP) to evaluate family-centred services in a pediatric disability setting. *Child: care, health and development*, 2006, roč. 32, č. 2, s. 167 - 176. ISSN 0305-1862.

GANGALE, D. C. Rehabilitace orofaciální oblasti. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0534-6.

HIELKEMA, T. et al. LEARN TO MOVE 0-2 years: effects of a new intervention program in infants at very high risk for cerebral palsy; a randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*. 2010, roč. 10, č. 76. ISSN 1471-2431. Dostupné z WWW: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/10/76>>.

HRADÍLKOVÁ, T., JUNGWIRTHOVÁ, I. „Když“. 2. vyd. Praha : Press servis, 2010. ISBN 978-80-254-4614-0.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-55.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L.: *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KÁROVÁ, M. *Raná péče u dětí s DMO*. Duben 2008 [cit. 2011-10-08]. Dostupné z WWW: < <http://www.rodina.cz/clanek6267.htm>>.

KLEPLOVÁ, V., PILNÁ, D. *Našemu sluníčku – buď fit od narození po školu*. Olomouc: ANAG, 2006. ISBN 80-7263-357-0.

KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Galen, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOLÁŘ, P. Význam posturální aktivity pro včasný záchyt pacientů s dětskou mozkovou obrnou. *Pediatric pro praxi*, 2001, roč. 2 , č. 4, s. 190 – 194. ISSN 1213-0494. Dostupné z WWW: < <http://www.prakticka-medicina.cz>>.

KRAUS, J. A kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Praha: Tvorba, 1995.

LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha : Grada 2006, ISBN 80-247-1284-9.

LEE, M., MacWILLIAM, L. *Učíme se společně*. Praha: Společnost pro ranou péči, 2009. ISBN 978-80-254-4652-2.

LUDÍKOVÁ, L. A kol. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

MAREŠOVÁ, E., JOUDOVÁ, P., SEVERA, S. *Dětská mozková obrna. Možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-703-5.

MORRIS, C. et al. Who best to make the assessment? Professionals' and families' classifications of gross motor function in cerebral palsy are highly consistent. *Arch Dis Child*, 2006, roč. 91, č. 8, s. 675 – 679. ISSN 0003-9888.

NALETILIC, M. et al. Cerebral Palsy. Early Diagnosis, Intervention and Risk Factors. *Collegium Antropologicum*, 2009, roč. 33, č. 2, s. 59 – 65. ISSN 0350-6134.

NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006. ISBN 13-713-006.

NEVĚČNÁ, A., NEVĚČNÝ, J. *Velká kniha předškoláka – Jak připravit dítě k zápisu do školy*. 1. vyd. Olomouc: Rubrico, 2010. ISBN 978-80-7346-121-8.

NIJHUIS, B. J. G. Et al. Towards integrated pediatric services in the Netherlands: a survey of views and policies on collaboration in the care for children with cerebral palsy. *Child: care, health and development*, 2007, roč. 33, č. 5, s. 593 – 603. ISSN 0305-1862.

NOVAK, I., CUSICK, A., LANNIN, N. Occupational Therapy Home Programs for Cerebral Palsy: Double-Blind, Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*, 2009, roč. 124, č. 4, s. 606 – 615. ISSN 1098-4275.

NOVOSAD, L. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky – somatopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2002. ISBN 80-7083-563-X.

ÖDMAN, P., KREVER, B., ÖBERG, B. Parents perceptions of the quality of two intensive training programmes for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2007, roč. 49 - I, č. 2, s. 93 – 100. ISSN: 0012-1622.

ÖDMAN, P., ÖBERG, B. Effectiveness of intensive training for children with cerebral palsy – a comparison between child and youth rehabilitation and conductive education. *J Rehabil Med*, 2005, roč. 37, č. 4, s. 263 - 270. ISSN 1650-1977.

OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. 2.vyd. Brno: MSD s.r.o., 2010. ISBN 978-80-210-5266.

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0.

PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-157-7.

RAYNOR, S., DROUILLARD, R. *Už mi to jde 1 a 2*. Praha: ČUNS, 1993.

REDDIHOUGH, D. S. et al. Efficacy of programmes on Conductive Education for young children with cerebral palsy. *Development Medicine & Child Neurology*, 1998, roč. 40, č. 11, s. 763 - 770. ISSN 0012-1622.

RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0532-6.

SIMMONS, S. S., O'MARA MAIDA, S. *Dosahování, Lezení, Chůze...Dejme se na cestu!* 1. čs. vyd. Praha: Společnost pro ranou péči, 2009.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

SORSDAHL, A. B. et al. Change in basic motor abilities, duality of movement and everyday activities following intensive, goal-directed, activity-focused physiotherapy in a group setting for children with cerebral palsy. *BMC Pediatrics*, 2010, roč. 10, č. 26. ISSN 1471-2431. Dostupné z WWW: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/10/26>>.

SOUZA, C. T. et al. Assessment of global motor performance and gross and fine motor skills of infants attending day care centers. *Rev Bras Fisioter*, 2010, roč. 14, č. 4, s. 309 – 315. ISSN 1413-3555.

TROJAN S. et al. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN: 80-2470-031-X.

VOJTA, V. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-8542-498-3.

VOJTA, V., PETERS, A. *Vojtův princip*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-0040X.

Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 116/2011 Sb. (novela vyhlášky 72/2005 Sb.) o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, in zákon č. 317/2008 Sb., školský zákon, ve znění pozdějších předpisů.

SEZNAM ZKRATEK

CAAK – centrum augmentativní a alternativní komunikace

CKP – centrální koordinační porucha

CTP - centrální tonusová porucha

DMO – dětská mozková obrna

HM – hrubá motorika

JM – jemná motorika

RHB – rehabilitace

RP – raná péče

RQ – retardační kvocient

SET koncept – Sling Exercise Therapy

SPRP – Středisko pro ranou péči

TAC – Telerovy karty ostrosti

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK a GRAFŮ

Seznam obrázků

Obr. 1 Schéma reflexního plazení dítěte.....	45
--	----

Seznam tabulek

Tab. 1 Spektrum DMO podle různých autorů	25
Tab. 2 Anamnestické údaje jednotlivých klientů rané péče	67
Tab. 3 Podrobnější informace zjištěné z dokumentace	69
Tab. 4 Informace získané od rodičů v dotazníkovém šetření – část 1.....	71
Tab. 5 Informace získané od rodičů v dotazníkovém šetření – část 2.....	72

Seznam grafů

Graf č. 1 Úroveň HM na začátku a na konci intervence rané péče	83
Graf č. 2 Úroveň JM na začátku a na konci intervence rané péče	84

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Přehledné rozdělení forem DMO	I
Příloha B – Retardační kvocient	I
Příloha C – Lokomoční stádia podle V. Vojty	II
Příloha D – Hemiparetická forma DMO	III
Příloha E – Pohádka pro stimulaci smyslů	IV
Příloha F – Hmatové knihy pro děti	VI
Příloha G – Pomůcky a hračky pro rozvoj hmatu	VIII
Příloha H – Pomůcky pro vyšetření a stimulaci zraku	IX
Příloha I – Pomůcky pro trénink jemné motoriky	XIII
Příloha J – Kniha „Víš, co má v plínce myš?“	XIV
Příloha K – Canisterapie	XIV
Příloha L – Tabulky s hodnotami odpovídajícího vývojového věku pro JM a HM a s hodnotami RQ pro každé zkoumané dítě..	XV
Příloha M – Grafy zobrazující změnu ve vývoji JM a HM u jednotlivých dětí.....	XIX
Příloha N – Dotazník pro rodiče.....	XXIII
Příloha O – Dotazník pro pracovníky rané péče.....	XXIV
Příloha P – Psychomotorické tabulky.....	XXV

PŘÍLOHY

Příloha A – Přehledné rozdělení forem DMO

Zdroj: Kraus, 2005

1) SPASTICKÁ

- a) diparetická forma
- b) hemiparetická forma
- c) oboustranná hemiparéza
- d) kvadruparetická forma s kmenovou lézí

2) NESPASTICKÁ

- a) dyskinetická forma, extrapyramidová dystonicko-dyskinetická, atetózní
 - hyperkinetická
 - atetóza
 - chorea
 - choreoatetóza
 - dystonická
 - dystonicko-hyperkinetický syndrom
- b) hypotonická forma

3) SMÍŠENÁ

Příloha B – Retardační kvocient

Zdroj: Kraus, 2005

$RQ = \text{vývojový věk} / \text{kalendářní věk}$
--

Poznámky:

vývojový věk – aktuální vývojové stádium dítěte, kalendářní věk – aktuální věk

Příloha C – Lokomoční stádia podle V. Vojty

Zdroj: Vojta, 1993

Celkem rozeznáváme deset lokomočních stádií, která popisují motorický vývoj dítěte od narození do čtyř let. Jde o uměle vytvořenou pomůcku, pomocí níž je možno určovat prognózu a sledovat vývoj. Stádia jsou zaměřena na kvantitu motorického vývoje. S jejich pomocí lze snáze předpovědět, zda bude dítě schopno chodit a kdy.

Stádium 0 – dítě se nepohybuje vpřed, předmět neuchopí ani se k němu neotočí

Stádium 1 – neumí se pohybovat vpřed, otočí se k předmětu, aby se ho dotklo nebo ho uchopilo (odpovídá 3-4 měsícům věku dítěte)

Stádium 2 – v poloze na břicho se dítě opře o paže, snaží se přiblížit k předmětu, ale nepohybuje se vpřed, uchopuje (konec 4., začátek 5. měsíce)

Stádium 3 – dítě se plazí (7. – 8. měsíc věku)

Stádium 4 – dítě hopká, opírá se o zápěstí nebo pěst (9. měsíc)

Stádium 5 – dítě leze, opírá se o otevřené dlaně (11. měsíc)

Stádium 6 – dítě se vytahuje do stoje pomocí horních končetin, umí se pohybovat do strany pomocí horních končetin, později vpřed s oporou o jednu horní končetinu (12. – 13. měsíc)

Stádium 7 – chodí samostatně

Stádium 8 – umí stát na jedné noze po dobu tří vteřin (3 roky)

Stádium 9 – umí stát na jedné noze po dobu déle než tři vteřiny, na obou dolních končetinách (4 roky)

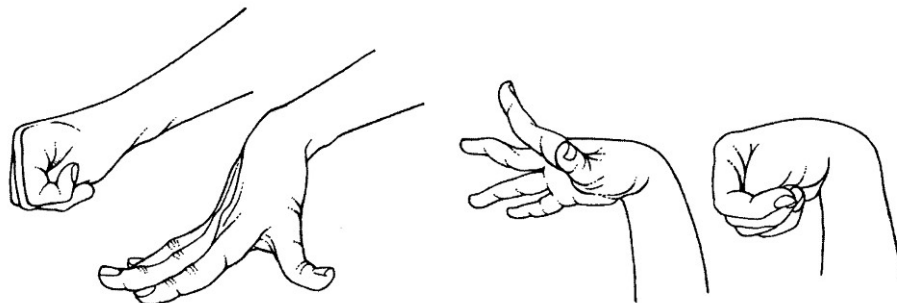
Ad stádium 8, 9 – jde o zkoušky zralosti hrubé motoriky

Příloha D – Hemiparetická forma DMO

Zdroj: Kraus, 2005



Obr. 1 Držení při hemiparetické formě DMO



Obr. 2

Obr. 3

Obr. 2 Flexe prstů je možná pouze při dorzální flexi zápěstí, extenze prstů při současné palmární flexi

Obr. 3 Sekundární subluxace metakarpofalangeálních kloubů palce a interfalangeálních kloubů prstů (tzv. labutí prsty) je patrná při extenzi prstů, při flexi prstů dochází k addukčnímu postavení palce s palmární flexí v zápěstí a přetrvávajícímu reflexnímu úchopu

Příloha E – Pohádka pro stimulaci smyslů

Zdroj: autor

Využití pohádek u dětí se smyslovým postižením:

- poznávání předmětů, snazší představivost děje, pokud dítě může hlavní postavy vidět na vlastní oči, osahat je a prozkoumat
- použité předměty: dětské nůžky, zmuchlaný papír, kámen, obroušený střep vzhledem k bezpečnosti, obrázky obličejů

V nedaleké vesnici poblíž skalnatého města žily byly velice nafoukané a zlé nůžky. Myslely si o sobě, že jsou nejkrásnější, nejmoudřejší a nejlepší na celém světě. Jejich břit byl tak ostrý, že ho nedokázal nikdo předčít. Nůžky se chovaly náladově, velice často měly však náladu špatnou. To se pak mstily všem koho potkaly.

Jednou, když opět nůžky měly špatný den, rozhodly se, že půjdou ven a dokážou celému okolí, jak silné a schopné jsou. Na své cestě, která neměla cíl, jako první nůžky potkaly zmuchlaný papír. Papír byl tak zmuchlaný, že se nemohl bránit větru, nemohl sám volně létat, a ani posloužit jako součást nějakého výrobku nebo obrázku. Nůžky se zaradovaly. Viděly v papíru něco, čemu se mohly pomstít. Když se mstily, nálada se jim zlepšila. A tak zlé nůžky ve vzteku rozstříhaly papír na kousíčky. Ublížily a s lepším pocitem pokračovaly ve své pouti dál. Papír netrpěl, naopak byl šťastný. Konečně volný a navíc si ho malý Jirka všiml a použil ho pro svůj obrázek. Nalepil kousíčky papíru do namalované krajiny. Z papíru se najednou stal sníh. To však nůžky netušily. A to bylo jen dobře. Kdyby věděly, že svým zlým činem někomu prospěly, jejich náladu by to ještě zhoršilo.

Rozzlobené nůžky seskočily se stolu a šly dál pokojem, až došly ke krásné veliké květině v květináči. Jmenovala se aloe, takové vznešené jméno. Pod květináčem si nůžky všimly malého kamínku. „Ach, jak malý a bezbranný. To je přesně to, co mě nejvíce potěší. Ublížit něčemu, co se neumí bránit.“ Byl to kamínek z onoho květináče, který vypadl ven, když Jirkova maminka květinu zalévala. Nůžky se připravily na stříhání. Rozevřely svá veliká ústa a přiblížily se ke kamínku. Malý kamínek jim klidně řekl: „Nedělejte to, nechci

nikomu ublížit, rád se přátelím se všemi.“ Nůžky se zasmály „Ty nikomu ani ublížit nemůžeš tak bezbranný. Zato já ano: a hned ti to ukázu“ dořekly, a už kamínek držely v čelistech a pevně svíraly. Ať se snažily sebevíc, kamínek nepřestříhly, přestože byl tak maličký. Svíraly větší a větší silou, až kamínek vystřelily do vzduchu. Zmatený kamínek, který nevěřil svým očím, jak nůžky dokážou být mstivé, dopadl zpět do svého květináče. Pro kamínek platilo: vše zlé je pro něco dobré. Rozčilené nůžky rychle utekly hledat jiného dobráka. „Dobrákům se musím pomstít“ řekly si.

Jirkova maminka právě vyráběla pevný pásek z kůže, který by obtočila kolem větví keře. Chtěla kožený, který by zabránil rozpínání větví a zároveň by dlouho vydržel. Na ustřížení ale potřebovala nůžky. Vzala je do ruky a šla stříhat. Ale nůžky, ty nejlepší a nejostřejší, vůbec nestříhaly. Otupil je docela malý kamínek. A tak maminku napadlo, že k řezání místo nůžek či nože použije ostrý střep z kočičí misky, kterou kocour Šimon převrhl a rozbil. Střep byl krásně ostrý a maminka byla spokojená, jak nádherně řeže. Nůžky už nebyly rozčilené. Byly smutné, protože viděly, že jejich sláva není nekonečná. Uznaly, že střep je lepší, přestože k řezání původně vůbec nesloužil. Začaly se stydět. Celý život se mstily jiným za jejich dobrotu, aby všem ukázaly, že jsou nejlepší. A nakonec je přemohl obyčejný střep z misky. Od teď se zařekly, že už nikdy znovu nebudou zlé a budou ostatním jen pomáhat. Až je někdo nabrousí, budou vděčné. Již vědí, že ten, kdo jim naostří břit, jim dodává velikou schopnost – být ostré. Bez ní by byly k ničemu.

Od této chvíle už žádné nůžky nejsou zlé, jsou přesně takové, jaké je chceme mít.

Zdroj: <http://dotknisesveta.cz/aktualne.php?lang=cs> (15.7. 2011)

Hmatové knihy jsou ručně vyrobené knížky pro děti s poruchami zraku. Na kartonových stránkách jsou jednoduché obrázky, vytvořené z různých materiálů. Využívány jsou přírodní materiály, látky, aj. Použité materiály jsou zvoleny tak, aby na dotyk připomínaly vlastnosti skutečných předmětů, které znázorňují (ptáček má peříčka, strom je ze dřeva, zvíře z kožešinky, hříbek z měkké pěny). S obrázky je možná jemná manipulace – pohladit zvířátko, zatahat ho za ucho, za ocas, otevřít okénko, atd. Dítě se učí se rozlišovat velikost, poznávat plochy, linie, nalézat podobnosti. Setkává se s různými vlastnostmi materiálů. Mohou být tvrdé, měkké, hladké, drsné, apod. Rozvoj hmatu je u nevidomých dětí výborným tréninkem a nezbytnou přípravou na výuku Braillova bodového písma. Cvičí si jemnou motoriku a rozlišovací schopnosti. Text knihy je psán černotiskem, na každé straně je vložena fólie s textem v bodovém písmu. Příběhy jsou vhodné pro děti předškolního, mladšího školního věku, ale i pro starší.

Prohlížením reliéfních obrázků se děti cvičí i v orientaci na ploše. Učí se rozpoznávat, kde znamená dole, nahoře, vpravo, vlevo, vedle, apod. Těchto informací mohou v budoucnu využít pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb. Zkoumáním hmatových obrázků s rodiči si dítě rozšiřuje slovní zásobu. Přiřazuje názvy k symbolům a vytváří si představy o světě. Hmatem děti zkoumají, co je příjemné, co nikoli. Během „čtení“ hmatové knihy spolu s rodiči dochází k prohlubování potřeb dítěte – vzájemného sdílení, projevení pozornosti a podpory.





Zdroj: <http://dotknisesveta.cz/aktualne.php?lang=cs> (15.7. 2011)



Příklad hmatové knížky: C. Kraemer – Liščí večere

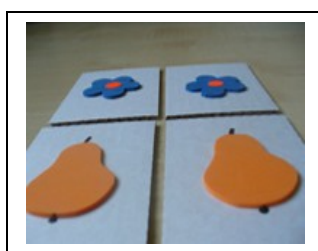
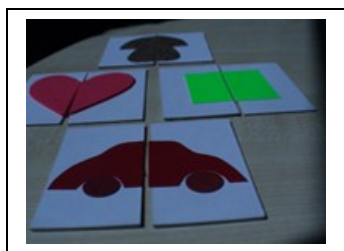
Zdroj: RP Eda o.p.s.



Zdroj: RP Eda o.p.s.

Příloha G – Pomůcky a hračky pro rozvoj hmatu

Řadíme sem hmatové pexeso, půlené obrázky, hmatolamy, hračky a předměty z různých materiálů a různých tvarů. Pro rozvoj představivosti o lidském těle je vhodný panáček se suchým zipem pro připevnění očí, pusy, oblečení.



Zdroj: <http://dotknisesveta.cz/aktualne.php?lang=cs>. (15.7. 2011)



Hmatové puzzle – zvířátka jsou dosazována do obrysů, podle hmatového vjemu peříček, kožíšků zvířátek děti poznávají, o která zvířátka se jedná.

Zdroj: http://www.darkynapadem.cz/product.php?id_product=24 (4.08. 2011)

Příloha H – Pomůcky pro vyšetření a stimulaci zraku

Zdroj: RP Eda o.p.s.



Obr. 1

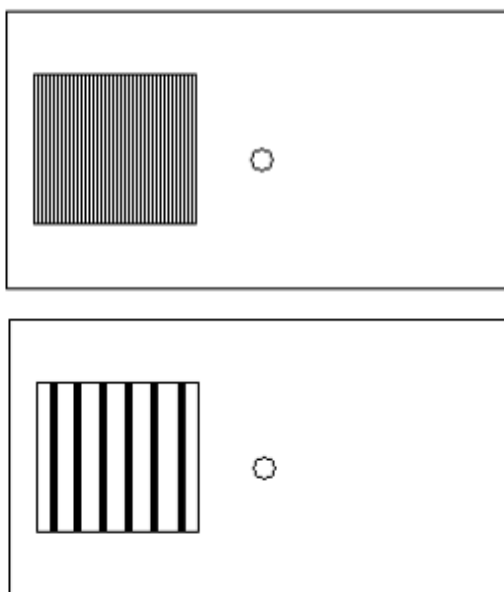
Obr. 2

Obr. 3

Obr. 1 Karty pro vyšetření zrak. ostrosti – rozeznávání obrázků, které jsou různě odstínované

Obr. 2 PADS plácačky

Obr. 3 Základní tvary pro zjišťování zrakové ostrosti u dětí podle optotypů



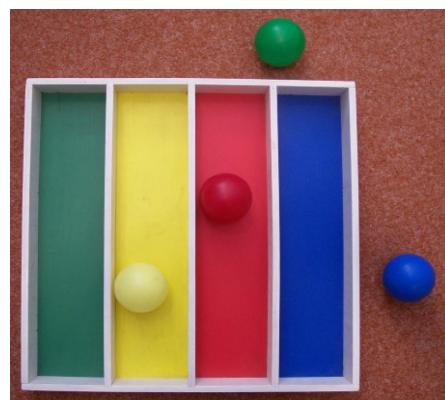
Obr. 4 Telorovy karty ostrosti - test ostrosti vidění pro nemluvňata a batolata, která ještě nemluví, založený na principu preferenčního vidění.
Obsahuje 17 destiček. Rozměry: 56 cm (šířka) x 30 cm (výška).



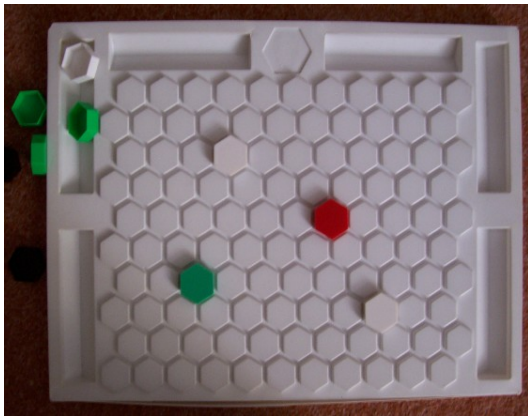
Obr. 5 Baterka, která upoutává dětskou pozornost při zjišťování velikosti periferního zrakového pole. Předmětem na tyčce zjišťujeme, kde jsou hranice zrakového pole.



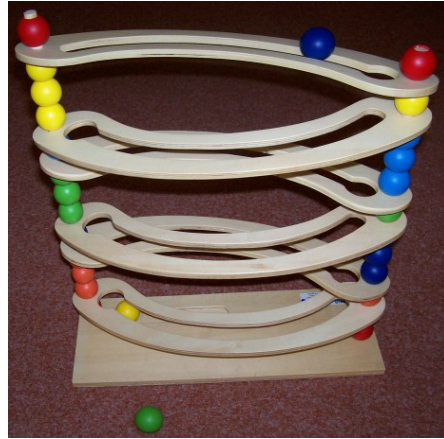
Obr. 6, 7 Předloha a předměty pro trénink prostorového vidění. Dítě má za úkol rozlišit, co je pouze obrázek a co předmět.



Obr. 8, 9 Hra pro vyšetření schopnosti rozeznávat barvy, ale také pro zhodnocení jemné motoriky – dosazování tyček do stejnobarevných jamek, míčků do stejnobarevných polí



Obr. 10



Obr. 11

Obr. 10 Mozaika pro vyšetření zrakové ostrosti, schopnosti rozlišit bílý předmět na bílém podkladu. Zároveň lze hodnotit jemnou motoriku při uchopování hexagonů

Obr. 11 Dráha pro pohyblivé předměty – pro vyšetření motoriky očí, schopnosti sledovat pohyblivé předměty



Obr. 12



Obr. 13

Obr. 12 Referenční karty CARDIFF pro trénink rozpoznávání předmětů na obrázcích

Obr. 13 Zrcadlo pro nejmenší děti. Vhodné pro stimulaci zrakové aktivity a motivaci k prozkoumávání okolí



Obr. 14



Obr. 15

Obr. 14, 15 Hračky s kontrastními barvami pro děti s postižením zraku



Obr. 16



Obr. 17

Obr. 16, 17 Hmatové kastlíky pro rozeznávání povrchu – hmatový trénink

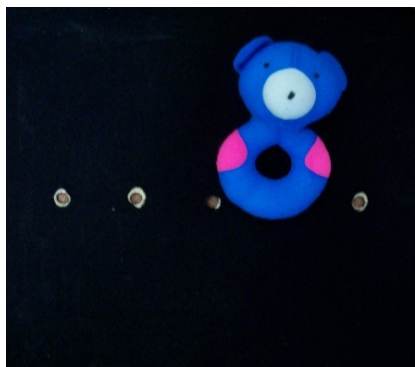


Obr. 18 Stínové pexeso – trénuje dětskou představivost, úkolem je přiřadit
obrázek zvířátka ke správnému stínu

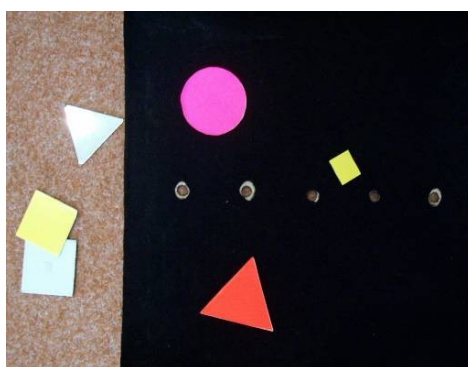
Zdroj: <http://www.darkysnapadem.cz> (4.08. 2011)

Příloha I – Pomůcky pro trénink jemné motoriky

Zdroj: RP Eda o.p.s.

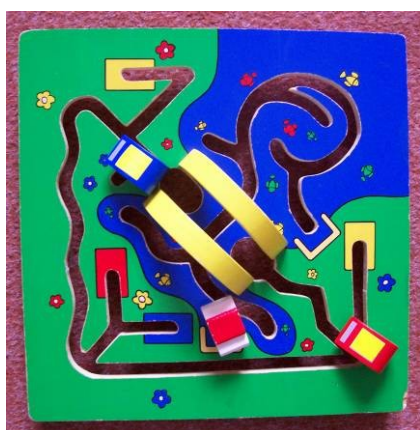


Obr. 1



Obr. 2

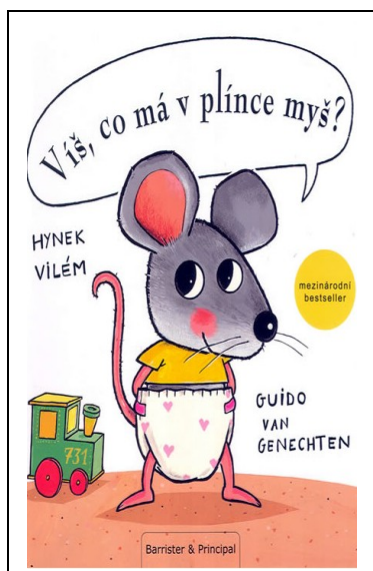
Obr. 1, 2 Desky s předměty na suchý zip pro trénink jemné motoriky. Pro malé děti s plyšovými zvířátky, pro větší lze použít různé geometrické tvary, písmena nebo číslice



Obr. 3 Bludiště pro trénink jemné motoriky

Příloha J – Kniha „Víš, co má v plínce myš?“

Zdroj: <http://www.barrister.cz/knihy/284/vis-co-ma-v-plince-mys/>



Kreslenou knihu belgického spisovatele a ilustrátora Guido van Genechtena, která se stala světovým bestsellerem. Zábavnou formou je zaměřená na trénink chování na nočník.

Příloha K – Canisterapie

Zdroj: RP Eda o.p.s.



Obr. 1 Canisterapeutický pes



Obr. 2 Canisterapie u dítěte s DMO – navození klidného dýchání, uvolnění svalových spazmů, celková relaxace

Příloha L – Tabulky s hodnotami odpovídajícího vývojového věku pro JM a HM a s hodnotami RQ pro každé zkoumané dítě

Zdroj: autor

Vysvětlivky:

HM – hrubá motorika, **JM** – jemná motorika, **RQ (HM)** – retardační kvocient pro hrubou motoriku, **RQ (JM)** – retardační kvocient pro jemnou motoriku, **?** – neznámé hodnoty

Tab.1: Vývoj JM a HM u dítěte č. 1

Dítě č. 1				
Věk	HM (v měsících)	RQ (HM)	JM (v měsících)	RQ (JM)
7m.	2	0,29	1	0,14
8m.	2,5	0,31	3,5	0,44
9,5m.	2,5	0,26	3,5	0,37
11m.	2,5	0,23	3,5	0,32
1r. 1m.	2,5	0,19	3,5	0,27
1r. 3m.	2,5	0,17	4	0,27
2r. 2m.	3	0,12	4,5	0,18
2r. 10m.	5	0,15	4,5	0,13
2r. 11m.	5	0,14	5	0,14
3r. 4m.	5	0,13	5	0,13
3r. 6m.	5	0,12	5	0,12

Tab.2: Vývoj JM a HM u dítěte č. 2

Dítě č. 2				
Věk	HM (v měsících)	RQ (HM)	JM (v měsících)	RQ (JM)
5m.	1	0,20	?	?
7m.	1,5	0,21	5	0,71
9m.	7,5	0,83	6	0,67
1r. 1m.	?	?	8,5	0,65
1r. 3m.	12	0,80	10	0,67
1r. 4m.	15	0,94	11	0,69
2r. 3m.	20	1,00	25	0,93
2r. 9m.	23	0,70	30	0,91
3r.	30	0,83	36	1,00
4r.	48	1,00	48	1,00

Tab.3: Vývoj JM a HM u dítěte č. 3

Dítě č. 3				
Věk	HM (v měsících)	RQ (HM)	JM (v měsících)	RQ (JM)
9m.	?	?	4,5	0,50
10m.	4,5	0,45	5	0,50
1r. 5m.	5	0,29	6	0,35
1r. 11m.	5	0,22	6	0,26
2r. 5m.	8	0,25	?	?
2r. 7m.	8	0,24	6	0,18
4r. 9m.	8,5	0,15	?	?
6r.	8,5	0,12	6	0,10

Tab.4: Vývoj JM a HM u dítěte č. 4

Dítě č. 4				
Věk	HM (v měsících)	RQ (HM)	JM (v měsících)	RQ (JM)
11m.	3,5	0,32	6	0,55
1r. 4m.	9	0,56	7	0,44
2r. 6m.	15	0,50	?	?
2r. 9m.	16	0,48	10	0,30
2r. 11m.	18	0,51	11	0,31
3r. 9m.	20	0,44	20	0,44
5r.	22	0,37	24	0,40
5r. 8m.	24	0,35	30	0,44

Tab.5: Vývoj JM a HM u dítěte č. 5

Dítě č. 5				
Věk	HM (v měsících)	RQ (HM)	JM (v měsících)	RQ (JM)
9m.	5	0,56	?	?
1r. 1,5m.	9,5	0,70	5	0,37
1r. 5m.	10	0,59	7	0,41
2r. 1m.	14	0,56	?	?
2r. 4m.	15	0,53	7	0,25
3r. 2m.	15	0,40	7	0,18
3r. 10m.	16	0,35	10	0,22
5r. 7m.	19	0,28	19	0,28

Tab.6: Vývoj JM a HM u dítěte č. 6

Dítě č. 6				
Věk	HM (v měsících)	RQ (HM)	JM (v měsících)	RQ (JM)
2r. 5m.	8	0,28	9	0,31
2r. 9m.	11	0,33	?	?
3r. 9m.	19	0,44	?	?
4r. 4m.	20	0,38	13	0,25
4r. 8m.	21	0,38	18	0,32
5r. 5m.	22	0,34	15	0,23
5r. 7m.	23	0,34	17	0,25

Tab.7: Vývoj JM a HM u dítěte č. 7

Dítě č. 7				
Věk	HM (v měsících)	RQ (HM)	JM (v měsících)	RQ (JM)
1r. 1m.	6	0,46	2	0,15
2r. 3m.	?	?	6	0,22
2r. 8m.	6,5	0,20	5	0,16
3r. 5m.	7	0,17	65	0,16
3r. 7m.	7,5	0,17	7	0,16

Tab.8: Vývoj JM a HM u dítěte č. 8

Dítě č. 8				
Věk	HM (v měsících)	RQ (HM)	JM (v měsících)	RQ (JM)
5m.	4	0,80	3,5	0,70
7m.	4	0,57	3,5	0,50
9m.	4	0,44	4	0,44
10m.	4	0,40	4,5	0,45
1r.	5,5	0,46	4,5	0,38
1r. 6m.	7	0,39	4,5	0,25
1r. 7m.	7	0,37	5	0,26
2r.	7	0,29	?	?
2r. 6m.	7,5	0,25	?	?
3r. 6m.	8	0,19	21	0,50
3r. 7m.	9	0,21	22	0,51
3r. 9m.	9	0,20	22	0,49
6r.	10,5	0,15	24	0,33

Tab.9: Vývoj JM a HM u dítěte č. 9

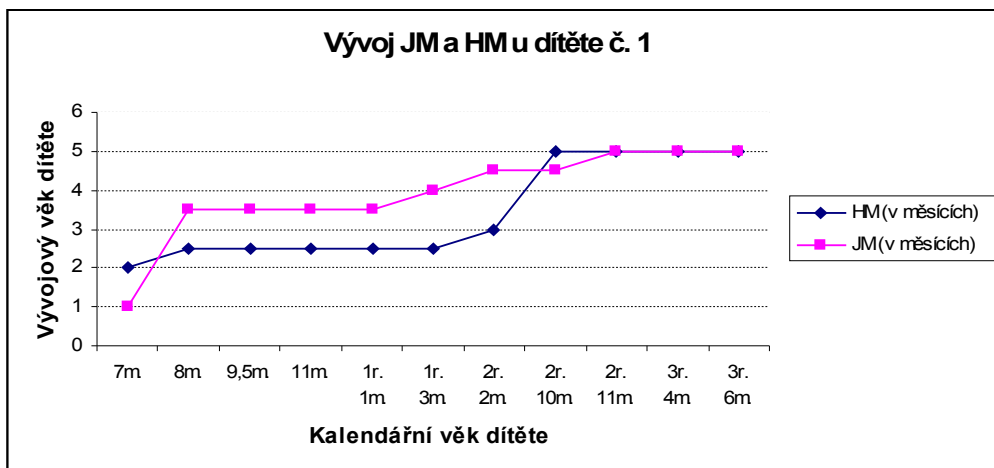
Dítě č. 9				
Věk	HM (v měsících)	RQ (HM)	JM (v měsících)	RQ (JM)
11m.	4	0,36	5	0,45
1r. 2m.	6	0,43	7	0,50
1r. 4m.	10	0,63	7	0,44
1r. 10m.	10,5	0,48	8	0,36
3r. 2m.	12	0,32	10	0,26
4r. 1m.	14	0,29	12	0,24
4r. 9m.	16	0,28	13	0,23

Tab.10: Vývoj JM a HM u dítěte č. 10

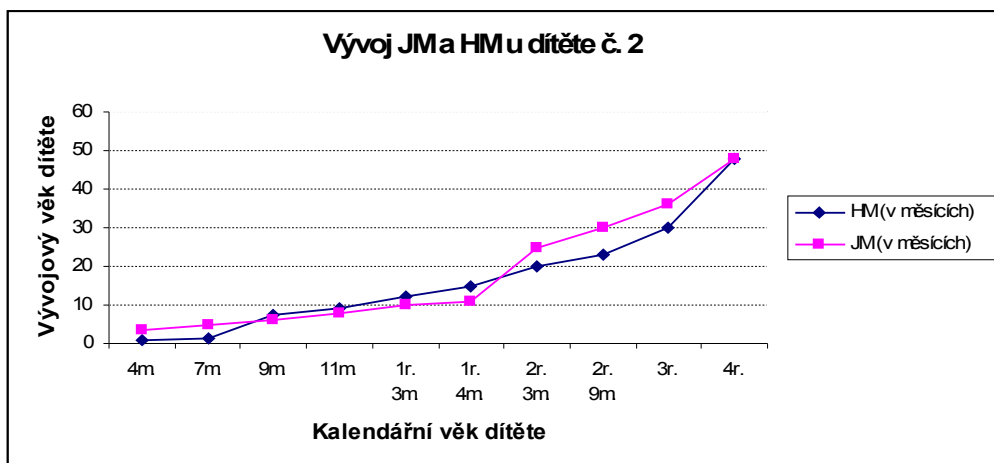
Dítě č. 10				
Věk	HM (v měsících)	RQ (HM)	JM (v měsících)	RQ (JM)
1r. 1m.	8	0,62	4,5	0,35
1r. 2m.	9	0,64	5	0,36
1r. 10m.	9	0,41	10	0,45
3r. 3m.	14	0,36	?	?
4r. 7m.	17	0,31	?	?
5r.	21	0,35	60	1,00

Příloha M – Grafy zobrazující změnu ve vývoji JM a HM u jednotlivých dětí

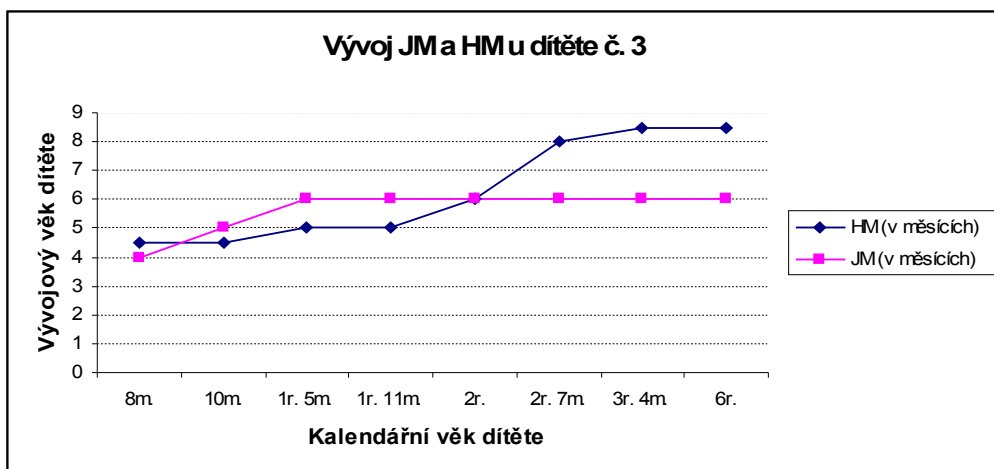
Graf 1: Změna ve vývoji JM a HM u dítěte č. 1



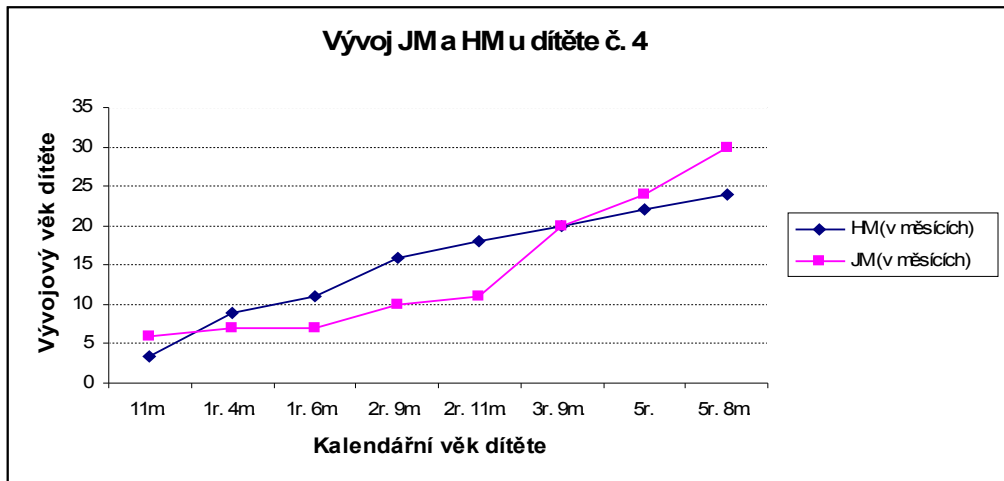
Graf 2: Změna ve vývoji JM a HM u dítěte č. 2



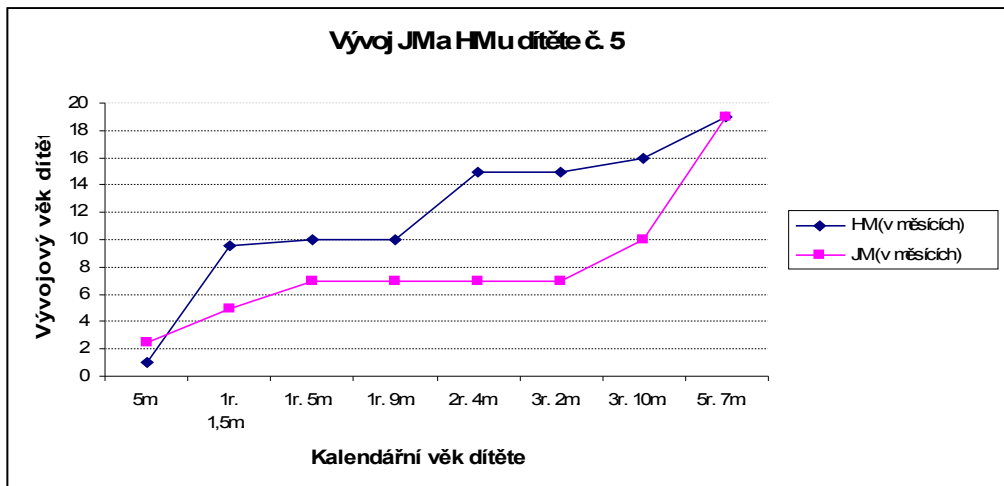
Graf 3: Změna ve vývoji JM a HM u dítěte č. 3



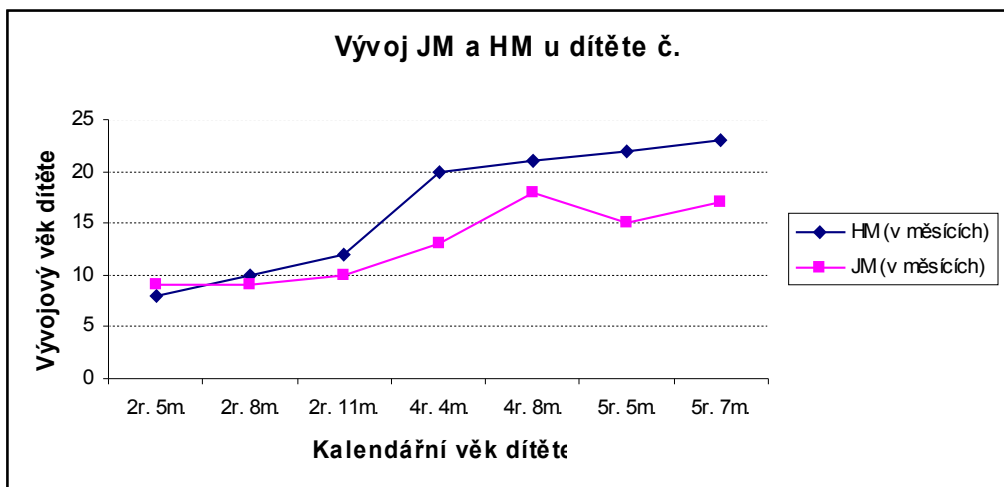
Graf 4: Změna ve vývoji JM a HM u dítěte č. 4



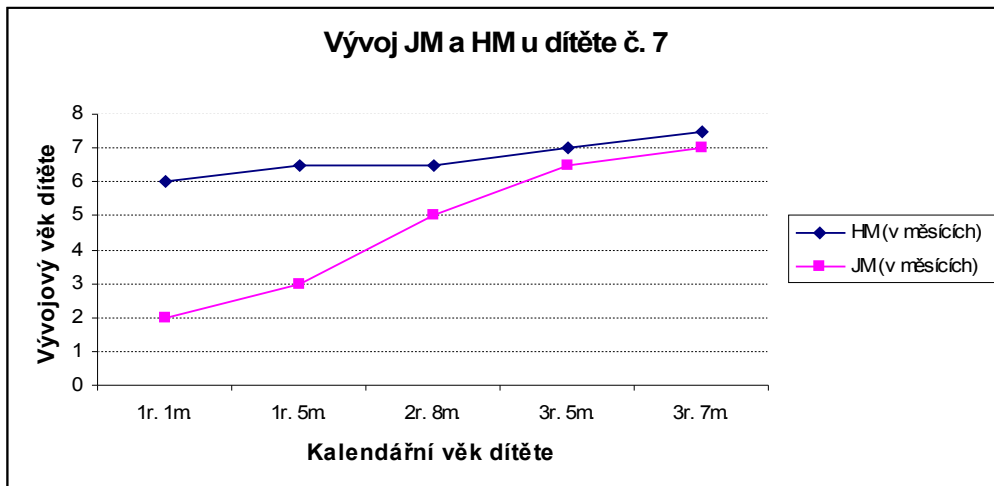
Graf 5: Změna ve vývoji JM a HM u dítěte č. 5



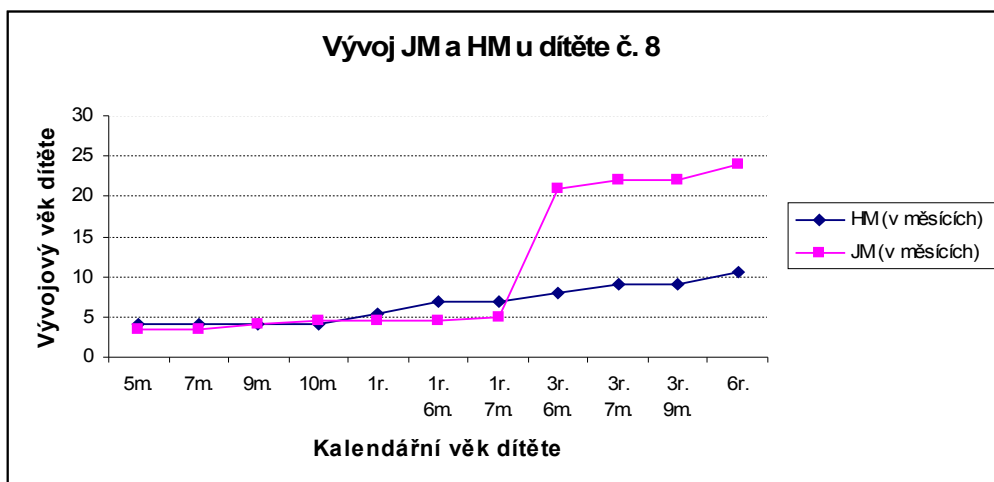
Graf 6: Změna ve vývoji JM a HM u dítěte č. 6



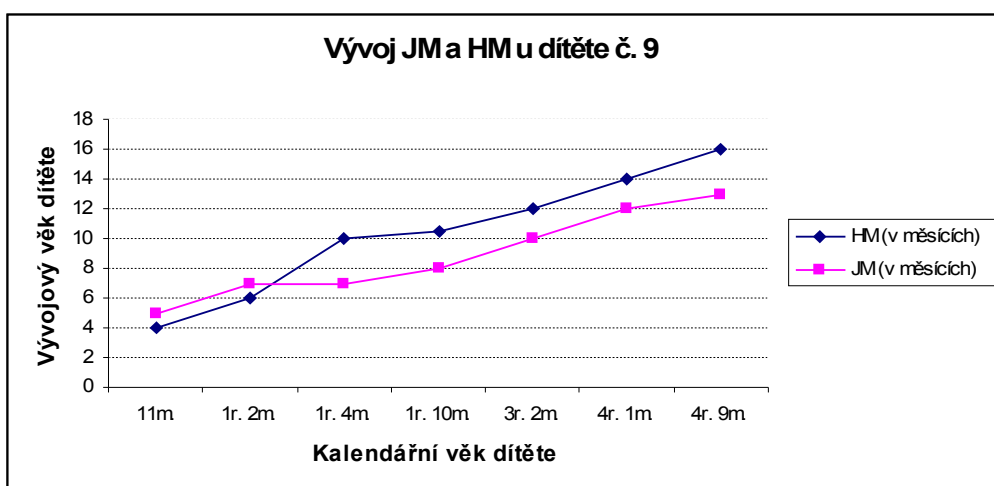
Graf 7: Změna ve vývoji JM a HM u dítěte č. 7



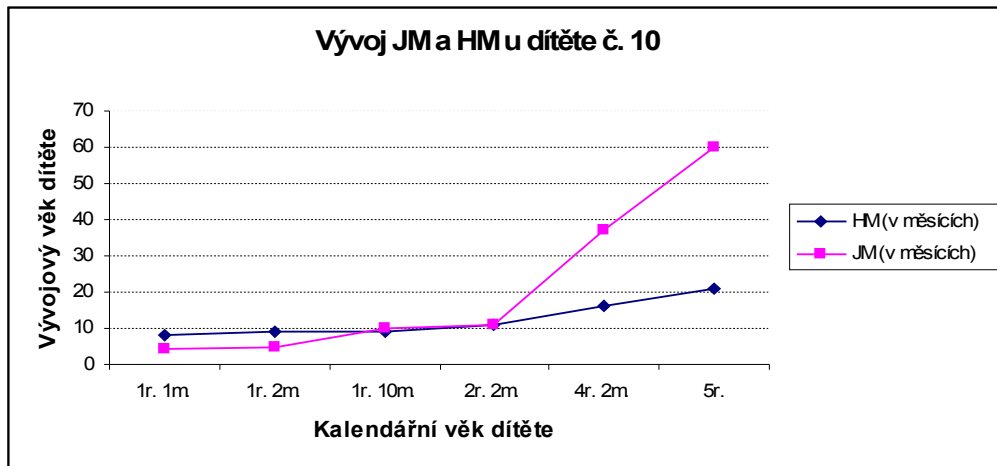
Graf 8: Změna ve vývoji JM a HM u dítěte č. 8



Graf 9: Změna ve vývoji JM a HM u dítěte č. 9



Graf 10: Změna ve vývoji JM a HM u dítěte č. 10



DOTAZNÍK PRO RODIČE VYUŽÍVAJÍCÍ SLUŽBY RANÉ PÉČE

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který se týká aktivit střediska pro ranou péči, které navštěvujete. V úvodních otázkách zjišťuji, jakou problematikou se ve spolupráci s poradci rané péče zabýváte. Z toho důvodu se Vás táži na některé údaje, které se týkají Vašeho dítěte. Zjištěné informace s Vaším souhlasem (samozřejmě jde o anonymní dotazník) využiji ve své diplomové práci.

Děkuji Vám za ochotu a výpomoc.

- 1) Jak staré je Vaše dítě?
- 2) Jakou má Vaše dítě stanovenou diagnózu?
- 3) Má Vaše dítě přidružené pohybové postižení?
- 4) Je Vaše dítě schopné se vleže samostatně přetáčet z břicha na záda a opačně?
- 5) Plazí se Vaše dítě vleže na břicho?
- 6) Chodí Vaše dítě po čtyřech?
- 7) Je Vaše dítě schopno se postavit?
- 8) Pohybuje se Vaše dítě při chůzi... (vyhovující prosím podtrhněte)
- 9) ...bez opory samostatně?
- 10) ...s berlemi?
- 11) ...s chodítkem?
- 12) Nechodí, k pohybu využívá lezítka.
- 13) Má Vaše dítě přidružené zrakové postižení?
- 14) Nají se Vaše dítě samo, potřebuje dopomoc, nebo ho krmíte?
- 15) Zvládne Vaše dítě uchopit a zvednout předmět?
- 16) Zvládne Vaše dítě obracet listy v knize?
- 17) Zvládne Vaše dítě postavit z kostek komín?
- 18) Obléká se Vaše dítě samo, s dopomocí, nebo potřebuje obléci?
- 19) Zaváže si Vaše dítě samo tkaničky?
- 20) Umí Vaše dítě na někoho vypláznout jazyk?
- 21) V čem Vám Raná péče Eda nejvíce pomáhá?
- 22) Jak dlouho už s Vámi Raná péče Eda spolupracuje?
- 23) Jak často do střediska dojíždíte?
- 24) Jak často k Vám domů dojíždí pracovník rané péče?
- 25) Využíváte také jiné terapeutické přístupy, jako jsou např. canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie, ...? Napište jaké.
- 26) Využíváte možnosti kontaktovat fyzioterapeuta Raná péče Eda?
- 27) Navštěvujete současně spolu se ranou péčí také rehabilitaci?
- 28) Co se u Vás v rodině nebo u Vašeho dítěte změnilo za dobu spolupráce s Ranou péčí Eda?

Příloha O – Dotazník pro pracovníky rané péče

Zdroj: autor

DOTAZNÍK PRO PRACOVNÍKY RANÉ PÉČE

Dobrý den,














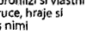


ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který se týká aktivit střediska pro ranou péči. Zjištěné informace s Vaším souhlasem využiji ve své diplomové práci.












Děkuji Vám za ochotu a výpomoc.





- 1) Kolika klientským rodinám se v současné době věnujete?
 - 2) Kolik z rodin využívá Vaši terénní péči?
 - 3) Kolik klientů je mladších 3 let?
 - 4) Kolik klientů máte starších 3 let?
 - 5) Kolik z Vámi intervenovaných dětí má v rámci kombinovaného postižení současně motorické problémy?
 - 6) Kolik z dětí s motorickými potížemi současně využívá rehabilitační péči?
 - 7) Podáváte rodičům informace o možnostech paralelní rehabilitace?
 - 8) Podáváte rodičům informace o možných podpůrných formách terapie?
 - 9) U kolika rodin spolupracujete při intervenci s fyzioterapeutem?
 - 10) Kolik „z Vašich“ rodin navštěvuje fakultativně v Rané péči Eda konzultace s fyzioterapeutem?
 - 11) Jak průměrně dlouho rodiny využívají služeb rané péče?
 - 12) Odhadněte procentuelně, kolik dětí s postižením díky Vaší péči dosáhlo pokroku ve vývoji.
 - 13) Odhadněte procentuelně, kolik dětí s postižením pokroku ve vývoji nedosáhlo. (U otázek 9 a 10 jde pouze o orientační pohled na problematiku, záleží na mnoha aspektech, které při dotazování nejsou zohledněny. Nejedná se tedy o kvantitativní zjišťování úspěšnosti péče, nýbrž o doložení variability klientů na základě tíže postižení, předpokládaného z efektu intervence. Prosím o odpověď, přestože otázka není slučitelná s Vašimi vnitřními pravidly.)
 - 14) Jak často intervence u Vašich klientů probíhá?
 - 15) Jak k Vaší péči přistupují rodiče?



Příloha P – Psychomotorické tabulky

Zdroj: Vojta, 1993

PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ	1 měsíc	2 měsíce	3 měsíce	4 měsíce	5 měsíců
HRUBÁ MOTORIKA vyšetřovací metoda	<ul style="list-style-type: none"> hlava padá dozadu 	<ul style="list-style-type: none"> hlava vzpřímená asi 5 vteřin 	<ul style="list-style-type: none"> při přitahování za ruce zvedá hlavu 	<ul style="list-style-type: none"> při přitahování za ruce zvedá hlavu 	<ul style="list-style-type: none"> při uchopení za ruku se přitahuje 
v poloze na bříšku	<ul style="list-style-type: none"> otáčí hlavu na stranu snaží se ji zvednout 	<ul style="list-style-type: none"> udrží hlavu zdviženou asi 3 vteřiny 	<ul style="list-style-type: none"> zvedá hlavu vysoko, udrží ji asi 1 minutu opírá se o předloktí 	<ul style="list-style-type: none"> zvedá hlavu a hrudník paže má roztážené 	<ul style="list-style-type: none"> převrací se na bok a bříško 
MOTORIKA POLOHA TĚLA	<ul style="list-style-type: none"> ruce sevřené v pěst kope nohama 	<ul style="list-style-type: none"> ruka převážně sevřená v pěst začíná zdvíhat nohy 	<ul style="list-style-type: none"> živě se pohybuje 	<ul style="list-style-type: none"> prohlíží si vlastní ruce, hraje si s nimi 	<ul style="list-style-type: none"> převrací se na bok a bříško 
SMYSLY CHOVÁNÍ	<ul style="list-style-type: none"> rozezná světlo a tmu na silné zvuky reaguje trhnutím celého těla 	<ul style="list-style-type: none"> zrakem sleduje pohybující se předměty reaguje na zvuky zajímá se o své okolí 	<ul style="list-style-type: none"> zrakem a pohybem hlavy sleduje předměty na zvuky reaguje pohybem nebo naopak zklidněním 	<ul style="list-style-type: none"> rozhlíží se otáčí se za zvukem 	<ul style="list-style-type: none"> vyžaduje pozornost
HRA vztah k předmětům		<ul style="list-style-type: none"> usmívá se 	<ul style="list-style-type: none"> sleduje zavěšený předmět 	<ul style="list-style-type: none"> vztahuje nejistě ruku k hračce, při jejím uchopení s ní mává 	<ul style="list-style-type: none"> předmět „poznává ústy“ uchopí podanou hračku cíleně začíná ji přendávat z ruky do ruky
vztah k osobám		<ul style="list-style-type: none"> opětuje úsměv 	<ul style="list-style-type: none"> vědomě se usmívá 	<ul style="list-style-type: none"> má dobrý kontakt s dospělou osobou sleduje činnost osoby více než předmět 	<ul style="list-style-type: none"> rozezná laskavý a přísný tón řeči a mimiky
ŘEČ	<ul style="list-style-type: none"> křik, vydává slabé hrdeční zvuky připomínající ah, eh, uh 			<ul style="list-style-type: none"> hlasové projevy spokojenosti a nespokojenosti 	<ul style="list-style-type: none"> brouká si hlasitě se směje
				<ul style="list-style-type: none"> brouká si hlasitě se směje 	<ul style="list-style-type: none"> napodobuje zvuky brouká si vyská

6 měsíců	7 měsíců	8 měsíců	9 měsíců	10 měsíců	11 měsíců	1 rok
<ul style="list-style-type: none"> v sedu s oporou je hlava vzpřímená 	<ul style="list-style-type: none"> sedí samo, když se může přidržet 	<ul style="list-style-type: none"> sedí bez držení v předklonu s oporou vpředu 	<ul style="list-style-type: none"> samo se posadí sedí zpříma a pevně 	<ul style="list-style-type: none"> vytáhne se do stojce 	<ul style="list-style-type: none"> dokáže stát delší dobu s oporou ve stoji s oporou dokáže jednou rukou manipulovat s předměty 	<ul style="list-style-type: none"> stojí s jistotou
<ul style="list-style-type: none"> převrátil se z bříška na záda 	<ul style="list-style-type: none"> obratně se otáčí kolem dokola 	<ul style="list-style-type: none"> pláze se z polohy na čtyřech se pokouší vytáhnout a vzpřímit 	<ul style="list-style-type: none"> leze po čtyřech 	<ul style="list-style-type: none"> střídá polohu v sedě a ležení po čtyřech 	<ul style="list-style-type: none"> chodí kolem nábytku 	<ul style="list-style-type: none"> udělá první samostatné kroky 
<ul style="list-style-type: none"> hraje si s nohama 			<ul style="list-style-type: none"> s oporou se udrží ve stoji chodí dopředu, když je držíme za obě ruce 	<ul style="list-style-type: none"> střídá polohu v sedě a ležení po čtyřech 	<ul style="list-style-type: none"> postaví hrníček na talíř 	<ul style="list-style-type: none"> udělá první samostatné pokusy o samostatné jít, ležko utře si ústa
<ul style="list-style-type: none"> směje se na sebe v zrcadle 		<ul style="list-style-type: none"> je neklidné při odloučení od matky 	<ul style="list-style-type: none"> přidrží si hrníček při pití 	<ul style="list-style-type: none"> uchopí hrníček za uško 	<ul style="list-style-type: none"> postaví hrníček na talíř 	<ul style="list-style-type: none"> nezdařené pokusy o samostatné jít, ležko utře si ústa
<ul style="list-style-type: none"> uchopí na dosah ležící hračku přendává ji z ruky do ruky 	<ul style="list-style-type: none"> tluče hračkami o stůl předmět uchopí celou rukou 	<ul style="list-style-type: none"> tluče d'ěma kostkami o sebe stříká ukazovákem do věcí uchopí předmět mezi palec a ukazovák 	<ul style="list-style-type: none"> s oblibou začíná vyťahovat věci z krabic a zásuvek 	<ul style="list-style-type: none"> manipuluje s předměty – zvedání, vyspávání 	<ul style="list-style-type: none"> obratně zachází s drobnými předměty uchopí mezi palec a ukazovák i drobné předměty 	<ul style="list-style-type: none"> vyspává a vkládá předměty
<ul style="list-style-type: none"> rozlíší známé a neznámé osoby 	<ul style="list-style-type: none"> většinou se usmívá jen na určité osoby 		<ul style="list-style-type: none"> napodobuje mimiku tváře dospělé osoby 	<ul style="list-style-type: none"> hra na schovávanou za nábytek, za polštář 		
<ul style="list-style-type: none"> zvatlá slabiky ma, ta, ba, va, pa 	<ul style="list-style-type: none"> vysloví opakované slabiky ma-ma-ma, ba-ba-ba, ta-ta-ta 	<ul style="list-style-type: none"> rozumí některým slovům napodobuje některé zvuky dospělých 	<ul style="list-style-type: none"> naučí se paci-paci, pá-pá kommunikuje gesty a zvuky 	<ul style="list-style-type: none"> pokouší se říci ma-ma, ta-ta poznává význam těchto slov 	<ul style="list-style-type: none"> řeká ma-ma, ta-ta rozumí významu „otevři – zavři ústa“, „vstaň“ ... 	<ul style="list-style-type: none"> vysloví dvě smysluplná slova

	13–15 měsíců	16–18 měsíců	19–21 měsíců	22–24 měsíců
MOTORIKA POLOHA TĚLA	<ul style="list-style-type: none"> postupně zvyšování jistoty v chůzi, nejdříve se drží jednou rukou, později chodí samo samo se postaví bez opory 	<ul style="list-style-type: none"> při hře si dřepne zvedne předmět ze země a neupadne vyleze na nízkou židličku těžkopádně běží 	<ul style="list-style-type: none"> chodí po schodech při držení za jednu ruku dobře běhá 	<ul style="list-style-type: none"> chodí po schodech nahoru i dolů bez držení umí chodit po špičkách skáče oběma nohama vyleze na velkou židli 
HRA CHOVÁNÍ	<ul style="list-style-type: none"> postaví dvě kostky na sebe navléká kroužky na tyč vybíjí kuličku z papíru ukazuje na to, co udělal rozumí zákazu nesmíš pije z hrníčku 	<ul style="list-style-type: none"> postaví tři kostky na sebe obrací stránky leporela ukazuje na předměty ji samo lžičkou, ale rozlévá 	<ul style="list-style-type: none"> posouvá autíčka, říká tu-tu navlékne velké korálky na tyčku obrací stránky v knížce 	<ul style="list-style-type: none"> hraje si mezi dětmi, ale ne s nimi chová medvička uspává panenku radí kostky za sebe, tvoří vlak kládá korálky do láhve vyplní správně několik za sebou jdoucích příkazů otevře dveře zhasne světlo
ŘEČ	<ul style="list-style-type: none"> naučí se napodobovat některé zvuky zvířat slovní zásoba 5–20 slov 	<ul style="list-style-type: none"> dětský žargon zná 20–70 slov 	<ul style="list-style-type: none"> rozumí pokynům „Jdi se podívat, zavři, seď, stůj“ říká věty o dvou až třech slovech 	<ul style="list-style-type: none"> začíná skloňovat a časovat zná už 300 slov
KRESBA		<ul style="list-style-type: none"> tužku uchopí celou rukou 		<ul style="list-style-type: none"> tužku bere do prstů čmárá po papíru

25–30 měsíců	31–36 měsíců	37–48 měsíců	5 let	6 let
<ul style="list-style-type: none"> při chůzi po schodech střídá nohy jezdí na trojkolce (šlape do pedálů) 	<ul style="list-style-type: none"> stojí chvíli na jedné noze přeskočí provázek 5 cm nad zemí 	<ul style="list-style-type: none"> stojí na jedné noze dobře šlape do pedálů skáče do dálky z místa i s rozběhem udělá kotmelec 	<ul style="list-style-type: none"> skáče na jedné noze 	<ul style="list-style-type: none"> zaváže si tkaničku na botě stojí chvíli na jedné noze se zavřenýma očima
<ul style="list-style-type: none"> navlékne větší korálek na tkaničku staví předměty na sebe sestavuje skládkanky zasouvá kruhové a čtvercové tvary do výřezů aktivně pomáhá s oblékáním nají se samo lžičkou, nepoleje se rozepíná přístupné knoflíky 	<ul style="list-style-type: none"> hraje si na maminku, prodávče obléká panenku s pomocí se vysvlékne začíná se oblékat myje si ruce nají se lžičkou bez cizí pomoci, nepoleje se 	<ul style="list-style-type: none"> staví z kostek mosty a věže otevře dveře, vstoupí, zavře dveře bez pomoci nastoupí do auta a vystoupí z něj umí srovnat předměty podle velikosti 	<ul style="list-style-type: none"> při společné hře se dobrovolně podobuje pravidlům přifazuje bary samo se umyje a učeše pomáhá při mytí nádobí rozezná pravou a levou ruku 	<ul style="list-style-type: none"> rádo hraje společenské hry diferencované podle počtů je samostatné v sebeobsluze určí a doplní chybějící detaily na jednoduchém obrázku umí napočítat alespoň do deseti
<ul style="list-style-type: none"> zná 300–500 slov pojmenuje osoby a věci na obrázku umí krátkou říkanku 	<ul style="list-style-type: none"> doplní text známé pohádky 	<ul style="list-style-type: none"> opouští dětský žargon užívá minulý čas zná 700–900 slov hodně se ptá 	<ul style="list-style-type: none"> zná asi 2000 slov řeč se skladbou a artikulací podobá dospělým neplete si pojmy „včera“ a „zítra“ 	<ul style="list-style-type: none"> zná asi 2500 slov správně se gramaticky vyjadřuje
<ul style="list-style-type: none"> kreslí, nakreslí spirálu pokouší se nakreslit kruh a svislou čáru podle předlohy 	<ul style="list-style-type: none"> dokreslí polovinu kruhu 	<ul style="list-style-type: none"> nakreslí kruh lidskou postavu kreslí bez trupu kresbu pojmenuje 	<ul style="list-style-type: none"> kreslí detaily, s barevností a představivostí postavou kreslí realisticky hlava, trup, končetiny 	<ul style="list-style-type: none"> zlatý věk dětské kresby postavou kreslí realisticky hlava, křík, trup, končetiny detaily tváře a oblečení

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Darina Mašíková

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Péče o dítě s kombinovaným postižením ve Středisku rané péče

Rok: 2011/2012

Počet stran textu bez příloh: 98

Celkový počet stran příloh: 26

Počet titulů české literatury a pramenů: 32

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 8

Počet internetových zdrojů: 4

Vedoucí práce: Mgr. Martina Karkošová