

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Iva Mičková

Obor: Speciální pedagogika – raný věk

PROCESY SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ INTERVENCE U DĚTÍ
RANÉHO VĚKU

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Procesy speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Olomouci dne

Podpis:.....

Děkuji vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Jiřímu Kantorovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytnutí cenných rad, za vydatnou pomoc a trpělivost. Děkuji speciálním pedagogům pracujícím s dětmi raného věku, kteří mi umožnili nahlédnout do jejich činnosti pomocí rozhovorů.

Iva Mičková

OBSAH

ÚVOD	4
TEORETICKÝ RÁMEC	6
1 Dítě raného věku se zdravotním postižením	7
1.1 Psychomotorický vývoj dítěte raného věku	7
1.2 Specifika rozvoje dítěte raného věku se zdravotním postižením	14
1.3 Poznávací procesy u dítěte s tělesným postižením	18
1.4 Potřeby dítěte raného věku se zdravotním postižením	21
1.5 Specifika dítěte raného věku s kombinovaným postižením	24
2 Speciální pedagog v intervenci s dítětem raného věku se zdravotním postižením	27
2.1 Speciální pedagog jako činitel v socializaci dítěte	27
2.2 Charakteristika intervence speciálního pedagoga v rané péči	30
2.3 Charakteristika intervence speciálního pedagoga v dětském centru	35
PRAKTICKÁ ČÁST	41
3 Úvod do problematiky	42
3.1 Cíle výzkumu	42
4 Metodika a plán výzkumu	44

4.1 Kvalitativní výzkum	44
4.2 Zvolení výzkumné strategie	45
4.3 Metody sběru dat	46
4.4 Triangulace	48
5 Realizace výzkumu a charakteristika respondentů	50
5.1 Předvýzkum	50
5.2 Popis realizace výzkumu	51
5.3 Popis vlastního způsobu zpracování kvalitativních dat	53
5.4 Charakteristika zvolených respondentů	55
5.5 Sebereflexe výzkumníka	57
6 Vlastní interpretace dat	60
6.1 Reflexe k netříděným metatabulkám	60
6.2 Reflexe videozáznamu intervence DC 1	69
6.3 Reflexe možných překážek v intervenci	73
7 Shrnutí a diskuze výsledků	75
7.1 Kritická reflexe průběhu šetření	75
7.2 Diskuze	76
7.3 Návrhy pro další výzkum	81
ZÁVĚR	83
SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ	84
Seznam literatury	84

Zdroje online: _____	87
SEZNAM ILUSTRACÍ _____	89
SEZNAM PŘÍLOH _____	90
ANOTACE	

ÚVOD

Zprvu námi zvolené obsáhlé téma týkající se procesů speciálněpedagogické intervence dalo podnět k hledání možností intervencí speciálních pedagogů. Vzhledem ke studovanému oboru výzkumníka, byl zájem zaměřen na práci s dětmi raného věku s postižením. Nejčastěji byl výzkumník v průběhu svého studia v kontaktu s dětmi raného věku s tělesným či kombinovaným postižením. Pro tento okruh malých klientů je velmi obtížné získat respondenty z řad rodičů. Proto byl výzkum zaměřen na spolupráci se speciálními pedagogy pracujícími s námi zvolenou cílovou skupinou.

Diplomová práce se zabývá procesy speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením. Teoretický rámec práce je rozdělen na dvě hlavní kapitoly. První je věnována problematice dětí do tří let věku, jejich psychomotorickému vývoji obecně, jejich potřebám, specifickému vývoji dítěte s tělesným nebo kombinovaným postižením. Schopnost ohodnocení psychomotorického vývoje a stav dítěte je odrazovým můstkem práce speciální pedagogů. Dále byly uvedeny specifika rozvoje dítěte se zdravotním postižením. Nedílnou součástí je kapitola poukazující na specifika dítěte s kombinovaným postižením. Potřebám dětí byla věnována samostatná kapitola z důvodů uvědomění si, že je důležité brát v úvahu nejen základní potřeby, ale i rozvoj osobnosti malého klienta ve všech jeho složkách. Druhá část teoretické práce se zabývá speciálním pedagogem a jeho možnostmi pracovat na rozvoji dětí se speciálními potřebami. Intervence směřovaná na dítě raného věku silně ovlivňuje využití jeho potenciálu, zvyšuje pravděpodobnost budoucího začlenění jedince do společnosti. Práci ovlivňuje i resort, ve kterém má pedagog možnost pracovat. Z toho důvodu jsme se věnovali teoretickým rámcům práce speciálního pedagoga v dětských centrech a ve střediscích rané péče.

Tím byl dán teoretický rámec, který navazuje praktickou částí. Kde je čtenář uveden do problematiky. Byl stanoven jeden hlavní a čtyři vedlejší cíle práce. Při

realizaci praktické části byl formulován hlavní cíl – analýza aspektů vybrané speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením. K zúžení zkoumané oblasti byly položeny výzkumné otázky, kde bylo mapováno využití prostředků v intervenci. Dále faktory ovlivňující plánování, záznam a vedení dokumentace a možnosti evaluace práce speciálního pedagoga v daných zařízeních. Šetření bylo realizováno ve dvou střediscích rané péče a dvou dětských centrech. Důvody volby těchto zařízení jsou uvedeny v praktické části. Výzkum byl proveden pomocí kvalitativního výzkumu. Výzkumná strategie formou případové studie umožnila podrobný rozbor získaných dat. Cílem práce bylo zmapování charakteru péče o děti raného věku s postižením v rámci daných zařízení. Dále pak hledání shodných znaků, srovnání a mapování prostředků, které mohou při své práci speciální pedagogové využívat, nebo co je naopak problematická oblast.

TEORETICKÝ RÁMEC

1 Dítě raného věku se zdravotním postižením

V první kapitole uvádíme přehled psychomotorického vývoje dítěte raného věku, který nám v praxi slouží jako podklad pro vymezení odchylky od norem ve vývoji. Dále navazujeme kapitolou o specifických rozvoje dítěte raného věku se zdravotním postižením a o jejich potřebách. V naší práci jsme se zaměřili a pokusili se vymežit zejména obsah problematiky dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Poslední kapitolu věnujeme právě dětem raného věku s kombinovaným postižením.

1.1 Psychomotorický vývoj dítěte raného věku

Tento oddíl věnujeme popisu psychomotorického vývoje u dětí do tří let, což je naše cílová skupina. Pokusili jsme se zaznamenat stěžejní mezníky – klíčová období raného věku, kdy jejich znalost nám napomáhá pro orientaci a indikaci potíží ve vývoji dítěte. Pro orientaci v této oblasti nám slouží vývojové škály, u nás nejužívanější jsou od Beylyové a Gesella. Dalším možným zdrojem je Dittrichová, Papoušek, Paul et. al, Kiedroňová kde se mimo jiné autoři věnují i rodičovské péči, o níž se v jednotlivých obdobích také opíráme. Popsali jsme důležité aspekty utvářející osobnost dítěte od jeho nejranějších stádií vývoje, kam neodmyslitelně patří i rodičovský faktor.

- **Prenatální období (od početí do porodu)**

Intrauterinní život plodu formuje podklad psychosomatického vývoje. Lidské embryo prochází důležitými změnami v průběhu prvních třech týdnů od fertilizace, přes rýhování zygoty, blastogeneze a vývoj kardiovaskulárního systému. Utváří se základ pro všechny podstatné vnitřní i vnější soustavy. Podrobnější rozbor těchto fází není naším cílem. Embryonální období končí osmým týdnem gravidity. Zárodek dostává lidskou podobu a začíná období fetální neboli období vlastního plodu, které

končí porodem. Plod je nejzranitelnější v období prvního trimestru těhotenství. Na plod působí teratogeny (např. kouření matky, radiace, chemické látky, užití návykových látek, některých léků, infekční onemocnění apod.) přicházející z vnějšího prostředí. Je důležité zmínit, že *„matka poskytuje rostoucímu zárodku vše potřebné (i škodlivé, zásadním způsobem se tak podílí na jeho zdravém vývoji. Zdravotní stav dítěte tak výrazně ovlivňuje zdravotní stav matky a její životospráva před početím a během těhotenství.“* Autoři zároveň zmiňují úlohu otce, který *„pečuje o těhotnou matku a podporuje ji během těhotenství, může tím také pozitivně přispět k rozvoji očekávaného dítěte“* (Allen, Marotz, 2005, s. 37). Ochrannou a vyživovací funkci plní placenta, dítě je chráněno plodovou vodou. Současní autoři se mnohdy zaměřují na projevy spontánní aktivity plodu vůči podnětům z okolního světa.

Langmeier, Krejčířová (1998, str. 22-25) zmiňují tři poznatky: *„Plod je velmi brzy připravován pro činnosti, které budou nutné pro jeho přežití a pro interakci se zevním světem po narození.“* Jako příklad uvádějí pohyb horních i dolních končetin, otevírání a zavírání úst, otáčení hlavou. Druhý poznatek se týká činnosti plodu: *„Ovládá, kontroluje prostředí.“* Plod kupříkladu vyhledává sobě pohodlnou pozici při změně polohy matky a je aktivním pomocníkem při porodu. Na závěr poukazují na *„schopnost plodu sociální interakce v prenatálním období.“* Jouen, Pouthas (2000) uvádějí, že matka pociťuje první pohyby plodu mezi 18. -20. týdnem gravidity. Matka má možnost na aktivní pohyby svého dítěte podávat zpětnou vazbu a vytvářet tím první vědomou komunikaci. Pomocí sonografického vyšetření lze vysledovat jednotlivé pohyby horních, dolních končetin a hlavy již od 9. týdne gravidity. Plod otevírá ústa od 10. týdne, sání a polykání je znatelné od 12. týdne. Pohyby očních bulvů jsou viditelné od 16-23. týdne. *„Rozvoj počtu pohybů byl sledován pouze během první poloviny těhotenství, protože později je plod příliš velký, aby mohl být zachycen v postupném zvyšování frekvencí úměrném věku plodu“* (tamtéž, s. 18).

Autoři Allen, Marotz (2005, s. 39) zdůrazňují v prenatálním období zejména možnost prevence, tedy možnost rodičů ovlivnit zdraví dítěte několika faktory, např. *„profesionální prenatální péče, správná výživa, dostatečný odpočinek, přiměřený váhový*

přírůstek, pravidelné cvičení, pozitivní emoční stav, věk matky a její zdravotní stav.“ Autoři ve své publikaci jednotlivé faktory dále rozebírají.

Matějček (2005, s. 250-255) hovoří v souvislosti s prenatálním obdobím o „*obecné lidské výbavě*“ ale také o „*zcela jedinečné, osobité, neopakovatelné lidské bytosti. Tato jedinečná výbava má dvě složky. Jednu tvoří všechno to, co jsme mu my rodiče předali svým dědičným vkladem, a tu druhou všechno to, co zažilo za devět měsíců svého vývoje v těle matčině.*“ Uvádí, že mimo jiné záleží i na „*jejím chování, na jejich prožitcích, na její odpovědnosti. Pokud možno, vyvarovat se všeho stresu.*“ Dle autora nesmíme opomenout genetickou výbavu rodičů. Do kapitoly o prenatálním období věnuje Matějček svůj odstavec i rodičům nesoucím genetickou vadu, neplánovanému rodičovství a skutečnost, jak rodiče, jejich očekávání a představy ovlivňují ještě nenarozené dítě – nazývá je „*rodičovské postoje*“. Z pohledu prenatální psychologie uvádí autor (tamtéž, s. 254) podobně jako Langmeier, Krejčířová tři poučky. První představuje „*děj úžasně složitý, rychlý a dramatický – a nezvratný.*“ Druhá uvádí, že „*od začátku se plod mužský a ženský vyvíjejí jinak.*“ S tím souvisí skutečnost, že si každý vybírá z jiné nabídky podnětů, jinak je zpracovává apod. Třetí poučka pracuje s myšlenkou, že „*než se dítě narodí, je na lidský svět lépe připraveno, než jsme si mysleli.*“ Autor uvádí příklad, kdy mozek nenarozeného dítěte dokáže rozeznat zvuky lidské řeči od jiných.

Ve 28. týdnu je respirační, oběhový i nervový systém natolik vyvinutý, aby mohl plod přežít, v tomto období však dítě označujeme jako nezralé. Znaky donošenosti dítěte z medicínského hlediska, uvádíme už pouze pro doplnění informací: nehty přesahující konce prstů, jemné vlasy, ušní boltce s vyvinutou chrupavkou, narůžovělá kůže krytá mázkem, tukový polštář, porodní hmotnost nad 2500g, délka kolem 50cm. Tím se dostáváme k novorozeneckému období, které začíná vypuzením plodu z těla matky.

- **Novorozenecké období (od narození do 28. dne)**

Autoři Langmeier, Krejčířová (1998) se věnují problematice porodu, kdy je prokazatelně rychlejší adaptace dítěte na vnější prostředí, pokud měla matka větší kontrolu nad průběhem porodu. Vzhled domácího prostředí, tlumeného světla a

respektování klidného a tichého prostředí navozuje pocit bezpečí nejen matce, ale i jejímu novorozenému dítěti. Matka je okamžitě v kontaktu s dítětem. Pro optimální navázání vztahu mezi oběma je to důležitý moment, který podporuje i laktaci. *„Všechny znaky charakterizující psychický vývoj už v prenatálním období, se uplatňují na vyšší úrovni hned po narození. Roste schopnost novorozence aktivně ovládat prostředí a zapojit se do sociální interakce. Nejde tedy o období pasivní závislosti a nemohoucnosti“* (tamtéž, s. 29).

Dle autorů Allen, Marotz (2005) je motorika novorozenců reflexní a ochranná - dítě nad pohyby nemá plnou kontrolu. Hlavní náplní dne je spánek (17-19hodin denně), doba bdělosti se postupně prodlužuje. Již v tak raném období života novorozenec průkazně vnímá své okolí velmi citlivě a reaguje na něj. Nejlépe vyvinutý je sluch. Novorozenec rozezná mezi jinými hlas matky a reaguje na něj. Na silný zvuk může reagovat úlekem (rychlé zamrknání, trhnutí nebo ustrnutí pohybu, pláč). Chuť upřednostňuje sladkou. Pomocí čichu dokáže najít matčinu bradavku, při nepříjemném zápachu se odvrací. Dokáže zaměřit pozornost na předmět (nejčastěji obličej matky) ve vzdálenosti 20-40 cm. Zprvu sleduje zrakem pouze několik málo sekund, doba se postupem času prodlužuje. Zvláště přitažlivý je pro něj lidský obličej, kontrasty a složité vzorce. Zornice reagují na světlo. Při rychlém přiblížení předmětu dítě zamrká. Může být přítomen strabismus. V psychomotorickém vývoji je důležité zmínit reflex sací, polykací, vylučovací, chůze, dávicí, hledací, Moroův (úlekový), úchopový a tonicko-šijový reflex.

Po výčtu novorozeneckých reflexů uvádíme pro srovnání výrok Nakonečného (1995, str. 49). Autor uvádí, že *„novorozenec disponuje jen poměrně chudým souborem vrozených reflexů či instinktů. Ve své publikaci rozebírá „utváření osobnosti. Osobnost v tomto smyslu vykazuje vývoj od jednoduchých adaptačních mechanismů ke komplexním programům jednání - vývoj od vrozených mechanismů chování k jeho volnému řízení. Lidská psychika se sestavuje a dynamizuje ve spolupráci s aktuálním vnitřním stavem a vnějšími činiteli.“* Autor dodává, že vnitřní aktuální stav je výsledkem interakce vrozené tendence a zkušenosti. *„Osobnost je převážně výtvorem učení, která se v raných fázích*

jejího vývoje označuje též jako socializace. Člověk nepřijímá pasivně vlivy vnějšího světa, své životní podmínky do jisté míry sám utváří, ne však zcela vědomě a záměrně.“

Vrátíme-li se k motorickému vývoji, uvedeme několik dalších znaků novorozence. Volně pohybuje horními i dolními končetinami. Hmat je velmi dobře vyvinutý. Ke konci novorozeneckého období zvládne na malou chvíli zvednout hlavičku. Na zádech otáčí hlavu ze strany na stranu – schopno sledovat předmět až 180° (Allen, Marotz, 2005). Langmeier, Krejčířová (1998, s. 33) dodávají, že *„v bdělém stavu zaujímá většinou asymetrické postavení končetin (tzv. poloha šermíře), „spontánní pohyby jsou živé, ale omezené. Pěsti novorozence jsou většinou zaťaté a nejsou připraveny pro aktivní úchop.“*

V daném období je položen základ vývoje řeči a jazyka. V této souvislosti zmíníme opět sací a hledací reflex. Patří sem skousnutí, hra s mluvidly nastupuje až později. Základní komunikace je na úrovni pláče a křiku – matky postupem času rozeznávají různý charakter těchto zvuků jako potřebu, strach, rozrušení, tíseň, libost x nelibost apod. Dle autorů (Allen, Marotz, 2005) jsou percepční a kognitivní schopnosti na zcela primitivní bázi, přesto již nyní slouží dítěti k získání pozornosti rodičů. Prohlubuje se mezi nimi citová vazba, dítě již nyní vykazuje známky individuality. Autorka Šimíčková-Čížková a kol. (2008, s. 48) zdůrazňuje rozvoj zdravého duševního vývoje, kdy je nutné vytvořit pro dítě *„prostředí citově vřelé a stálé, neboť právě prostředí a výchova se podílejí na formování osobnosti již v době novorozenecké.“* U mnohých autorů novorozenecké období končí tzv. uvědomělým úsměvem, který nastupuje kolem 6. týdne věku.

- **Kojenecké období (od 6. týdne do 1. roku života)**

V této životní etapě dochází u dítěte k největším změnám. Dítě se rozvíjí po stránce duševní i tělesné. Změny jsou kvalitativního (vývoj) i kvantitativního (růst) rázu a u kojence je hodnotíme zpravidla ve 3, 6, 9 a 12 měsících života. Průměrná výška dítěte je na konci období 75 cm, běžná váha činí 10-11 kg – přírůstek je zde (mimo nitroděložního období) nejmarkantnější. Rostou zejména končetiny a trup. Dochází k dozrávání centrální nervové soustavy a tím i rozvoj adaptačních

schopností. Arnold Gesell (in Šulová, 2004 s. 44-45) popsal zákonitosti směrů v motorickém vývoji, odvodil je ze sledování motoriky dětí kojeneckého věku. Dle autora dochází k postupnému ovládnutí částí těla dle směrů: „proximodistální“ (rozvoj pohybu od středu těla k periférii), „kefalokaudální“ (směr rozvoje od hlavy k nohám) a „ulnoradiální“ (rozvoj úchopu od malíkové strany k palcové). Tamtéž (s. 45-46) jsou uvedeny další známé principy vývoje. „Princip střídavého postupování neuromotorických funkcí“ kdy dítě nejprve musí dosáhnout určitého stádia dokonalosti, aby mohlo postoupit na vyšší úroveň. „Princip funkční asymetrie“ kdy je pro dítě v období od začátku kojeneckého období zhruba do 3. měsíce věku charakteristická asymetrická poloha, tzv. „poloha šermíře (tonicko-šijový reflex).“ Poté začíná dítě trénovat ovládnutí svých pohybů, které jsou zatím velmi nepřesné, nastupuje symetrie. „Princip individualizace“ vývoj a projevy dítěte jsou individuální. Jsou však zachovány obecné zákonitosti i jedinečné vrozené tendence. Na závěr je uváděn „princip autoregulace – dítě si samo reguluje množství stimulů.“

Pro socializaci jedince jsou důležitými činiteli členové nukleární rodiny - zejména vazba s matkou. Sociální okolí (behaviorální činitelé) napomáhá kojenci v orientaci ve známém prostředí. Děje se tak zejména dodržováním pravidelného denního režimu, tím mu zajišťují pocit jistoty a bezpečí. Erikson (2002) charakterizuje životní etapu kojence je závislostí na matce, která značně ovlivňuje vytváření jeho osobnosti. U dítěte převládají pocity nejistoty a nedůvěry, které se transformují na konci tohoto období (v optimálním případě) jedinec překoná krizi a posouvá se. Zde k pocitům optimismu a důvěry. Vytvářejí se první sociální vztahy s druhými.

V průběhu období se mění poloha dítěte z horizontální do vertikální (šikmý sed kolem 8. měsíce), což přináší dítěti nové možnosti v poznávání (kognitivní schopnosti). Dle učení Piageta (in Šimíčková-Čížková, 2008, s. 24) rozvíjí dítě „senzomotorickou inteligenci“. Kdy „myšlenkové operace dítěte úzce souvisí s vnímáním a jeho motorickou aktivitou.“

Posun je znatelný také ve vývoji řeči. Dítě se dostává přes prvotní vokalizaci, křik, výskot a broukání ke žvatlání. V komunikaci je pro dítě nejdůležitější období 6.-

9. měsíce věku, kdy v opačném případě žvatlání ustává. Kolem 9. měsíce se naučí *pasivní řeč* - začíná chápat význam slov. Matějček období nazývá „*univerzita dětského věku*.“ Freudova dnes již překonaná teorie přikládá důležitost poznávání světa orální aktivitou, která je spojena s pocitem slasti. S ní úzce souvisí růst dentice. Ústy dítě poznává své okolí, zprostředkovávají dítěti slast a pohodu. Po prořezání zubů má nové možnosti prostřednictvím kousání (Šimíčková-Čížková, 2008).

S rozvojem řeči je úzce spojena jemná motorika. Kojenec v průběhu 3. měsíce má dlaň, na rozdíl od novorozence, již otevřenou a je připraven na aktivní dlaňový úchop (ten nastupuje kolem 6. měsíce). V průběhu 4. měsíce se činnost stává záměrnou, hraje si s rukama (funkční hra), učí se pohyb ovládat, objevuje své ruce. Kolem 9. měsíce se objevuje klešťový úchop. Zdokonaluje se manipulace s hračkami, předměty a hra (kostky) (Šimíčková-Čížková, 2008).

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

Období, které pro dítě nastává, je charakterizováno mnoha změnami. Hmotnost narůstá asi o 5kg, výška o 20cm. Velký význam má pohybová aktivita. Dítě objevuje svět pomocí samostatné chůze, zdokonaluje se přesnost pohybů a hra. Zde používá vzorů napodobování, radost přinášejí lokomoční hry, experimentace. Stále však neupřednostňuje kooperaci s ostatními vrstevníky. Jako jeho představy i řečový projev jsou pestřejší. Zdokonaluje se jemná motorika, první experimenty s psacím náčiním (čmárání) (Šulová, 2004). Dle Piageta (in Šimíčková-Čížková, 2008, s. 24) prochází dítě od senzomotorického inteligence k symbolickému a předpojmovému myšlení. Další významnou událostí je snaha o odpoutání a osamostatňování - typické období prvního vzdoru i negativismus, s tím je spojeno uvědomění vlastního „já“ od ostatních (autonomie), o níž hovoří v této souvislosti Erikson (2002). Rozšiřování a formování okruhu sociálního prostředí mimo rodinu, závisí na jeho předchozí (pozitivní) zkušenosti. Pochopení vlastních možností, ujasňování si sociálních norem, osvojování rolí a žádoucího chování. Vytváří si také představu o roli mužské a ženské. Objevuje možnosti projevu citů – zejména žárlivost, soupeřivost vůči sourozenci, jiným dětem. Častá je sebechvála, citlivost k vlastním

nezdarům. Neumějí příliš pracovat se soucitem vůči druhým. Autorka se věnuje snižující se potřebě spánku během dne, přestože je dítě v tomto období velmi aktivní (Šulová, 2004).

Opatřilová (2008) zmiňuje rozvoj poznávacích procesů, pro něž je důležité zdokonalování schopnosti verbální komunikace. Období je charakteristické rychlým rozvojem slovní zásoby, kdy kolem druhého roku dítě užívá obvykle dvouslovné věty. Produkce řeči je s četnými agramatismy.

1.2 Specifika rozvoje dítěte raného věku se zdravotním postižením

V této kapitole se podrobněji věnujeme pojmu postižení. Pokračujeme specifikací jednotlivých období ve vývoji dítěte se zdravotním postižením. Neurologické, pohybové i smyslové obtíže a jejich zjištění mají vždy vliv na rozvoj kognitivních funkcí.

V úvodu této kapitoly se pokusíme vymezit pojem zdravotní postižení. V tradičním pojetí bylo chápáno pouze z medicínského hlediska, dnes je zájem přesunut i do sociální sféry. Předmětem zájmu je lidská bytost, osoba a posléze blíže charakterizujeme její postižení nebo znevýhodnění. Terminologie je nejednotná (Vítková, 2006). Dříve pojem *postižení* vnímán jako kategorie, která zejména ve vzdělávacím procesu sloužila pro zařazení dítěte do daného speciálního zařízení dle postižení. Soudobé vnímání postižení se přiklání k pojmu dimenze – postižení jako rozměr života (Jankovský, 2006). Pro úplnost se krátce zmíníme o vymezené terminologii postižení dle Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapu z roku 1980 (in Slowík, 2007, s. 26.27) „*Vada (impairment), porucha – pojem vychází z lékařské terminologie, jedná se o ztrátu, abnormalitu nebo narušení psychologické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce.*“ Dále ji můžeme dělit na vrozenou x získanou; lehkou x střední x těžkou; dle typu na orgánovou a funkční. „*Postižení (disability) omezení – jde jakékoliv omezení, nedostatek nebo ztrátu schopností vykonávat*

činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální. Znevýhodnění (handicap) – je omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje, nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální.“

Říčan, Krejčířová (2006) uvádějí řadu dispozic, které ovlivňují rozvoj osobnosti dítěte s postižením. Dítě je v interakci se svým sociálním okolím a zároveň je jeho osobnost částečně predisponována geneticky. Jeho genotyp je podkladem pro rozvoj osobnostních vlastností, ovlivňuje tempo zrání. *„Genotyp se v průběhu celého života zásadním způsobem nemění, zatímco komplex vnějších vlivů proměnlivý je, mění se z hlediska intenzity, kvality i času“* (tamtéž, s. 54). Podněty z prostředí nejsou vnímány stále ve stejné intenzitě, mohou se v průběhu života měnit. Poruchy ve vývoji dítěte s postižením mohou být kvalitativního i kvantitativního rázu. Více se modelům psychického vývoje věnují například autoři Šimíčková-Čížková, Říčan, Krejčířová (srov.).

Postižení či znevýhodnění má vliv na jedince jak po primární stránce, tak i sekundární. Samotné postižení ovlivňuje nejen funkce zrání a učení, má dopad i na rozvoj osobnosti jedince. Osobu s postižením zásadním způsobem ovlivňuje prostředí, ve kterém žije. Okolí dítěte zaujímá rozdílné role než za normálních okolností. Rozvoj osobnosti ovlivňují postoje rodičů a jejich přijetí/nepřijetí postižení. Postoj rodičů přináší odlišnou míru kontaktu s okolím a s tím spojená možnost vytvářet sociální role a zkušenosti. Obecně jsou vrozená a viditelná postižení/znevýhodnění dítěte rodiči hůře akceptovatelná. Dítě s postižením či znevýhodněním je schopno přijímat podněty z okolí v omezené míře a ne zcela běžným způsobem. To omezuje jeho autonomii a získávání již zmiňovaných zkušeností. Dítě je odkázáno na stimulaci poskytovanou okolím. Představy dítěte s postižením o jeho okolí se různí a nejsou přesné. Dítě s tělesným postižením má omezenou možnost dosahu různých podnětů, stejně tak i dítě nevidomé či neslyšící. Podnětnost a struktura prostředí se může dítěti jevit značně nepřehledná, což přináší pocity úzkosti a nejistoty (Vágnerová, 2004).

- **Prenatální období**

Jouen, Pouthas (2000, s. 24-25) zmiňují rozlišnou kvalitu pohybů plodu v prenatálním období. „Byly popsány změny v druhu a kvalitě pohybů u plodů s vážnými chromozomálními anomáliemi v oblasti mozku.“ U dítěte s hydrocefálií byly značeny jako „velmi prudké a v širokém rozmachu. Anencefalický plod se vyznačuje abnormálním počtem pohybů, které působí celkově příliš napjatě, prudce a překoapují velkým rozmachem.“ Plod s opožděným růstem se například projevoval sníženým počtem pohybů, byly znatelné i kvalitativní změny, kdy „proměnlivost rychlosti a síly byla nižší u všech typů pohybů.“ Bekedam et al., 1985 (in Jouen, Pouthas, 2000, s. 25) vyslovily hypotézu, že „původ snížení proměnlivosti druhů pohybu může spočívat ve funkční změně nervové soustavy, zrovna tak jako ve snížení proměnlivosti srdečního rytmu nebo v poklesu nepravidelnost dýchání, odhalené u plodů s opožděným růstem.“ Objevení opožděného růstu plodu je charakteristické pro období třetího trimenonu gravidity a je následkem placentární nedostatečnosti, tedy snížené vyživovací schopnosti placenty. Souvisí i s fází rozvoje nervových struktur v mozečku. Tato nedostatečnost přísunu živin k plodu se projeví i v období po narození dítěte a je jí přisuzován zejména opožděný rozvoj spontánních pohybů dítěte. Změny pohybů jsou zejména kvalitativního rázu a je nutno v intervenci s tímto faktem počítat (tamtéž, 2000).

- **Kojenecké období**

Dle Piageta (in Šimíčková-Čížková, 2008, s. 24) období označováno jako „*fáze senzomotorické inteligence*.“ U dětí s tělesným postižením však dochází ke generalizovanému opoždění, dítě má omezenou schopnost manipulace s předměty a poznávání svého okolí. Dle Eriksona (2002) je pro tuto etapu života důležité potvrzení pozitivní hodnoty světa. Zde je stěžejní citový vztah dítěte a matky. U dítěte s postižením je riziko odlišného vztahu, použití odlišných výchovných přístupů a nepřiměřeného zafixování matky na dítě. Děti s postižením mají dle Vágnerové (2004, s. 171) „*zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí*“ z důvodů omezené a ztížené orientace v prostředí. Autorka upozorňuje na „*zvýšené riziko strádání v oblasti podnětové nebo citové*“, kdy dítěti běžná stimulace k adekvátnímu rozvoji nepostačuje.

Tělesné anomálie mohou snižovat četnost mazlení a frekvence kontaktu rodičů s dítětem.

Dle téže autorky (2004, str. 172) *„způsob prožití prvního roku života ovlivňuje základní postoj k životu“*. Strategie se vytváří na základě možností, které dítě získá prožitky. *„V případě postiženého dítěte dost běžně převažuje apatie a pasivita, často ještě posilovaná rodičovským chováním. Tato strategie se může zafixovat do té míry, že se stane i v budoucnosti základem adaptačního chování.“*

- **Batolecí období**

Dle Eriksona (2002) je toto období fází emancipace neboli nezávislosti. Pokud dítě úspěšně překonalo etapu závislosti na matce, dochází k osamostatňování se. Důležitým mezníkem je samostatná lokomoce, která přináší dítěti řadu nových zkušeností a zejména možností. Vágnerová (2004) poukazuje, že dítě s postižením nemá mnohé kompetence zvnitřněné a rozvinuté. Dostupnost podnětů je stále závislá na prostředí. Svým okolím je častěji podceňováno, některé možné kompetence nejsou brány v úvahu. Dítě se může jevit jako málo zvědavé a bez zájmu. Symbolické myšlení (Piaget) a rozvoj řeči ovlivňuje předešlé působení na dítě. K jejich opoždění dochází zejména u dětí s kombinovaným postižením. Projevy negativismu je u dětí s postižením/znevýhodněním se objevuje později. Ke konci tohoto období je přínosný kontakt s ostatním sociálním okolím a vrstevníky, bohužel v intaktní společnosti stále spojeno s odmítavými postoji.

Vágnerová (2004, s. 172-173) rozvíjí možnosti odpoutání se u dítěte s postižením. První uvádí *„odpoutání z vázanosti na určité místo.“* Děti s tělesným postižením jsou odkázány na zprostředkování a přiměřenost podnětů od svého nejbližšího okolí. Děti nevidomé a *„jejich schopnost samostatné lokomoce se opožďuje proto, že je vzdálenější prostor nepřitahuje, dokonce se jej mohou bát.“* Velkou roli hraje strukturovanost prostředí a orientace dítěte v něm. Další významné odpoutání je *„z vázanosti poznávání na aktuální kontakt a přechod na symbolické myšlení.“* Tzn. že *„pokud dítě není schopné pochopit vztah skutečnosti a pokud se nerozvíjí řeč, opožďuje se jeho*

celkový vývoj“ (tamtéž, s. 173). Tato problematika se týká zejména dětí se sluchovým postižením, kterým jsou mnohé souvislosti nejasné.

1.3 Poznávací procesy u dítěte s tělesným postižením

V úvodu chceme zdůraznit, že v této kapitole se zaměřujeme zejména na poznávací procesy dětí s tělesným postižením. Samotný koncept tělesného postižení je široký. V obecné rovině pojmu rozumíme tak, že se projevuje trvalým nebo dočasným omezením v oblasti somatických funkcí. Patří sem poruchy nervového systému (mají-li za následek poruchy v pohybovém aparátu), poruchy svalového či kosterního ústrojí (Jankovský, 2006).

Pro jedince s tělesným postižením jsou charakteristické, již výše zmiňované, obtíže při socializaci a dostupnosti podnětů (nedostatek kognitivních a afektivních procesů). Míru handicapu zde značně ovlivňuje i převládající výchovný přístup rodičů a postoj intaktní společnosti (tedy jeho interakční prostředí). Viditelná tělesná anomálie má v převážné většině negativní význam pro socializaci jedince. Postižení snižuje jeho sociální status a nepříznivě ovlivňuje akceptaci okolím a jeho hodnocení. Z toho vychází i Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapu, kdy v roce 1980 vymezilo tělesné postižení jako *„výsledek interakce jedince s prostředím“* (Andreánska, 2007 in Pugnerová, Konečný, 2012, s. 76). Mnohdy dochází k jeho podceňování, generalizaci či nezájmu. Reakce okolí a vlastní tělesné postižení ovlivňují a působí na sebehodnocení, chování a budoucí postoje postiženého. Odlišnost a omezení jsou příčinami vzniku kompenzačních mechanismů. U dětí s tělesným postižením/znevýhodněním je důležité zamezit citové a kognitivní deprivaci (Vágnerová, 2004). Odchytky ve vývoji dítěte s tělesným postižením/znevýhodněním jsou znatelné v porovnání s psychomotorickým vývojem dítěte intaktního.

Informace z okolního světa získává jedinec pomocí smyslů, poznává skutečnost, přijímá a vyhodnocuje stimuly. Zdokonaluje sensorickou perцепci. U dětí

s postižením či znevýhodněním dochází k odlišnému vnímání okolního světa. Janků (2010) se ve své publikaci věnuje popisu jednotlivých smyslů. Problematicke se věnují také autoři Krejčířová (1998), Vágnerová (2004, 2012), Pugnerová, Konečný (2012). Při působení na rozvoj těchto funkcí nesmíme opomenout zásadu zrání, tedy dostupnost informace pro dané vývojové období. Velký význam má doba vzniku postižení, jeho hloubka a charakter, v neposlední řadě pak výchovné působení sociálního okolí a včasnost speciálněpedagogické intervence.

Neopomněli jsme oblast dorozumívání. Hloubka tělesného postižení udává různou míru omezení v této oblasti. Komunikace vyžaduje osvojení komunikačních kompetencí. Tělesné postižení ovlivňuje jemnou motoriku mluvidel a zapříčiňuje narušení komunikačních schopností. Zvolené jazykové mody, ať již verbální (využíváme intonace, frázování apod.) či neverbální (mimika, haptika, gestika, posturika, proxemika, kinezika) mají být účelné pro komunikanta i komunikujícího (Vybíral, 2005). V procesu se potýkáme s komunikačními šumy a je naším cílem je eliminovat. Ke zjištění úspěchu/neúspěchu interakce slouží zpětná vazba pomocí toho, co vidíme a slyšíme (De Vito, 2008).

Zrak poskytuje jedinci převážnou část informací z hlediska poznávacích procesů a je prostředkem pro rychlou orientaci. Podnětnost a dostupnost prostředí zabraňuje sensorické deprivaci. U dětí raného věku využíváme přitažlivost lidského obličeje, kontrastů, barevnosti, ohraničení. Vyhýbáme se složitým tvarům. Navazujeme oční kontakt. Děti raného věku s postižením či znevýhodněním vnímají v rozvoji senzomotorické inteligence nejprve detail, což dle Janků (2010) stěžuje prostorovou orientaci, zkreslená je též perspektiva. U dětí s mentálním postižením neplatí zákon figury a pozadí, nerozlišují polostíny.

Sluchové vnímání funguje již od prenatálního období (základy již ve 4. týdnu gravidity, od 5. měsíce gravidity reaguje na různé zvukové podněty). U dítěte se rozvíjí sluchová paměť, již po narození rozezná zvuk lidského hlasu a dokáže odlišit hlas matky od jiných. Postupně diferencuje rytmické a intonační charakteristiky zvuků. Dítě raného věku dává přednost vysokým zvukům (preference ženského

hlasu). Vágnerová (2012) poukazuje na stěžejní vliv sluchového vnímání dítěte na jeho psychický vývoj a rozvoj řeči. U dětí se zaměřuje na trénink lokace, rozlišení zvuků a motivaci k osvojení jazykových kompetencí, ty jsou závislé na procesu učení. Janků (2010, s. 62) uvádí u dětí (zejména s mentálním postižením) nedostatky v analyticko-syntetické činnosti. Nedostatečnost v rozlišování jak kvality, tak kvantity zvuků. *„Proces je ovlivněn vývojem centrální nervové soustavy, stejně tak jako etiologií, dobou vzniku i typem mentálního deficitu.“*

Janků (2010) věnuje kapitolu chemickým smyslům, jako jsou **čich a chuť**. Přesto, že jsou jedny ze smyslů, významné jsou zejména v raném dětství, kdy v období raného dětství dítě poznává svůj okolní svět právě orálně. Upřednostňuje sladkou chuť, dokáže najít zdroj mateřského mléka. Poznává různé struktury, chutě a vlastnosti (studené x teplé) materiálů. Tím zprostředkovávají dítěti emoční zážitky a má vliv na rozvoj myšlení a paměti. U dětí s mentálním postižením využíváme čichu a chuti pomocí prvků bazální stimulace. *„Vnímání vůní a nelibých pachů může ovlivnit lidskou psychiku a příměť CNS, díky aktivaci a stimulaci různých center a oblastí, pracovat lépe a neustále se cvičit“* (Janků, 2010, s. 69).

Poslední ze základních smyslů je **hmatová percepce**. Pomocí hmatu dítě poznává taktilní cestou své bezprostřední okolí. Získává informace o struktuře materiálů, může vnímat vibrace z okolí (využívají zejména děti nevidomé), vnímá teplotu okolí. Taktilní čítí můžeme využít u dětí s postižením či znevýhodněním, u dětí s kombinovaným postižením pomocí prvků bazální stimulace. Můžeme napomoci orientaci v prostředí. Získané taktilní informace z okolí mají pro dítě ochranný i regulační charakter. Vnímavost jednotlivých částí těla se liší dle rozložení mechanoreceptorů pod kůží. Pro děti v raném věku je dotek součástí vytvoření vztahu s matkou, navazování sociálního kontaktu. Dotek navozuje pocit jistoty a bezpečí pomocí hlazení, hry, mazlení apod. Přiměřeným přísunem těchto stimulů zamezujeme rozvoji taktilní, i kognitivní a citové deprivace. Napomáhá socializaci jedince a jeho osobnostnímu růstu. Různorodost hmatového vnímání je u každého postižení jiná. U dětí s mentálním i tělesným postižením je porušen rozsah a

celistvost vnímání, což má vliv na chápání vlastního těla a koordinaci pohybů. U dětí s poruchou zraku je naopak hmatová percepce na vysoké úrovni (Pugnerová, Konečný, 2012).

Charakter jednotlivých psychických procesů jako jsou **učení, zrání, myšlení, paměť a emoční vnímání** popisují autoři dle charakteru postižení (sluchové, zrakové, mentální či tělesné). Tato problematika je velmi obsáhlou záležitostí. Vzhledem k našemu zaměření na tělesná a kombinovaná postižení jsme se rozhodli věnovat závěr této kapitoly procesům u jedinců s tělesným postižením.

Rozvoj pozornosti, vnímání, myšlení a paměti u dětí s tělesným postižením je zásadní (jako i u ostatních druhů postižení) období raného věku dítěte. Dítě přes vrozené dispozice k těmto procesům, nemusí mít příležitost pro jejich rozvoj. Opět se vracíme k poznávacím činnostem, které jsou zprostředkovány pomocí sociálního okolí a lokomoce dítěte. To získává cenné zkušenosti jak z kontaktu s ostatními vrstevníky prostřednictvím hry. Omezení však nastává ze strany smyslových podnětů. Pugnerová, Konečný (2012) zmiňují časté hospitalizace dítěte, které přinášejí stereotyp a nedostatek podnětů z okolí. To snižuje aktivitu dítěte a jeho motivaci. Pozitivní vliv na rozvoj poznávacích procesů má nástup do speciální mateřské školy, nové možnosti, kolektiv a vybavenost zařízení (tamtéž).

Další doporučenou literaturou ke studiu problematiky jsou publikace od Opatřilové, Novákové a výše uvedení.

1.4 Potřeby dítěte raného věku se zdravotním postižením

Orientace v potřebách, jejich akceptace, vnímání jejich důležitosti a jejich naplnění u dětí se zdravotním postižením nebo znevýhodněním je pro naši diplomovou práci důležitým bodem. Využíváme je při analýze problematiky procesu interakce speciálního pedagoga s dítětem.

Hartl, Hartlová (2010, s. 433) definují potřebu jako „*nutnost organismu něco získat nebo se něčeho zbavit. Stav člověka, který znamená porušení vnitřní rovnováhy (homeostázy)*“

či nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti.“ Související pojmy jsou dle autorů též hodnoty, pudy a přání. Hierarchii rozložili na „metapotřeby, motivace, potřeby poznávat, potřeby základní.“ Plháková (2003, s. 366) dává potřeby do souvislostí zejména s americkým psychologem Murrayem. Pro něj byl pojem potřeba synonymem pro pud - označení „síly v mozku, která organizuje vnímání, myšlení, snažení a jednání v určitém směru, s cílem změnit existující neuspokojivou situaci.“ Potřeby rozčlenil na primární (viscerogenní) a sekundární (psychogenní). Samotná autorka pak v souvislosti s potřebami dává do popředí zejména *motivy* neboli *incentivy* jedince. Ve své publikaci rozvádí motivy sebezáchovné, stimulační, sociální a individuální psychické. Motivy (motivace) slouží jedinci k jeho aktivaci, rozšíření jeho kompetencí, rozvoji jeho osobnosti. V případě neuspokojení dochází k frustraci, demotivaci a snížení aktivity.

Maslowův hierarchický přehled psychosociálních potřeb užila Trachtová (2010, s. 14-15). Model Maslowa charakterizuje nižší potřeby jako stěžejní pro přežití jedince, „čím vyšší je, tím je méně důležitá pro pouhé přežití.“ Uspokojení zde může být déle odsouváno. „Jsou subjektivně méně naléhavé a vyžadují příznivější vnější podmínky.“ Jako základní potřeba je zde uvedena fyziologická. Sem řadí „potřebu pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku, sexuální uspokojení.“ Nad ní je v úrovni „potřeba jistoty a bezpečí - touha po důvěře, spolehlivosti, stabilitě. Kde chybí v životě pořádek a řád, stojí tato potřeba na prvním místě.“ Tuto potřebu jsme zmínili již v souvislosti s kojeneckým obdobím, vyzdvihuje ji ve svých spisech také Erikson (2002). Je stěžejní pro optimální vývoj osobnosti jedince. U Maslowa (in Trachtová, tamtéž) následuje „potřeba lásky a sounáležitosti – potřeba být milován, potřeba náklonnosti, potřeba být sociálně integrován. Do popředí jde v situacích osamocení a opuštění.“ Čtvrtou v pořadí je uvedena „potřeba uznání, ocenění a sebeúcty, obsahuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě“ druhá část potřeby vyjadřuje „touhu po respektu druhých lidí, statusu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny,“ což je u osob se zdravotním znevýhodněním problematické a odvíjí se od převládajícího názoru dané intaktní společnosti. Tato potřeba je u tělesně postižených dětí mnohdy nesplněná. Poslední ve výčtu uvedla

Trachtová (tamtéž) „*potřebu seberealizace, sebeaktualizace.*“ Je nejvýše postavená a obsahuje „*tendence realizovat své schopnosti, záměry a vlastní potenciál. Člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být.*“ Plháková (2003) se zcela neztotožňuje s tvrzením, že nejprve musejí být uspokojeny nižší potřeby, aby mohlo dojít k přechodu na vyšší úroveň (přesto, že jsou ty nižší naléhavější). Chápe však logickou posloupnost uspokojování.

Tradiční, neméně však uznávaný, model představují autoři Langmeier, Matějček (1974, s. 281-282). Ze svých studií vyvozují psychické potřeby dětí. Ty, musejí být uspokojeny v daném vývojovém období (zde hovoří zejména v souvislosti s raným věkem) a v přiměřené míře. Zmiňují důležitost rovnováhy mezi vnitřními prožitky dítěte a aktivním působení jeho vnějšího – sociálního prostředí. V opačném případě dochází k poruchám v psychickém vývoji. Významný je pocit smysluplnosti - umožnit dítěti zmocnit se věcí a ovlivnit je. První uvedenou potřebou v publikaci je „*vnější stimulace.*“ Jedinec potřebuje jak prostředí bohaté, proměnlivé, přitom adekvátní na podněty vhodné vzhledem k jeho věku a dispozicím. V opačném případě nastává dle Šimíčkové-Čížkové (2008, s. 49) „*psychická deprivace*“ nebo „*psychické přesycení.*“ Druhá uvedená je „*potřeba vnější struktury (potřeba učení), tj. potřeba smysluplné, diferencované struktury podnětů.*“ Pro získání zkušeností, poznatků a orientace v prostředí je třeba utvořit jedinci řád, podněty pravidelně opakovat, aby si mohl vytvořit systém předvídatelnosti a strategie chování. Langmeier, Matějček (1974, s. 286) u třetí potřebě hovoří o „*potřebě specifického sociálního objektu, k němuž se váže specifickým, tělesným, stabilním poutem.*“ V optimálním případě je tímto objektem rodič (přesněji matka), později se rozšiřuje sociální prostředí dítěte o další osoby. Matka se stává průvodcem dítěte, poskytuje lásku, bezpečí, životní jistotu, motivaci pro činnosti apod. Poslední potřebou, ke které dítě v optimálním případě směřuje je „*potřeba osobně-sociálního významu*“ (tamtéž. s. 287-288). Charakteristická je tendencí osamostatňování se dítěte vzhledem k okolí a jeho aktivitám. Dítě je hrdé na samostatné zvládnutí činností, prosazuje své „já“. Zároveň očekává pochvalu a ocenění, akceptaci své osoby druhými. Šimíčková-Čížková (2008, s. 51) „*tato potřeba*

není v kojeneckém věku zcela aktuální, kritický věk pro její rozvoj je batolecí období.“ Navazuje na pátou potřebu „otevřené budoucnosti, naděje či životní perspektivy.“ Opak vede k zoufalství jedince.

1.5 Specifika dítěte raného věku s kombinovaným postižením

V následující kapitole se pokusíme charakterizovat problematiku kombinovaného postižení, její etiologii, dělení, proces intervence. Kapitulu jsme doplnili o výčet některých diagnóz spojovaných s pojmem kombinované postižení. Zároveň si uvědomujeme, že tato oblast je nesporně obsáhlejší než náš výčet. Zvolili jsme však takový obsah, který čtenáři napomůže k ucelení představ o dítěti s kombinovaným postižením. Čerpali jsme zejména z publikací čtyř známých autorů (Sovák, Vítková, Jankovský, Ludíková et. al). Další autoři, se kterými jsme se při studiu publikací setkali, jsou například Jakobová, Vítek, Vančová, Kučerová, Eisová, Jensen, Mühlpachr.

Jedince, kterého označujeme za klienta s kombinovaným postižením, vymezují autoři dle různých kritérií. Je to postižení, které přináší souběžnost více vad, či nová kvalita. Dle Sováka (1980) se vady ovlivňují mezi sebou a mění se s rozvojem osobnosti jedince, ta posléze ovlivňuje kvalitativní charakter postižení. Vítková (2006) poukazuje na komplexní ovlivnění jedince. Omezuje jedince v jeho kognitivních, tělesných, emocionálních, neméně pak v oblasti sociálních a komunikačních schopností. Mnohdy je kombinované postižení uváděno v souvislosti s pojmem *těžké zdravotní postižení*, jež jedince i do budoucna výrazně limituje v jeho možnostech. V publikacích se můžeme setkat též s pojmy kombinované vady, vícenásobná postižení, těžké postižení s více vadami apod. (Ludíková, et al., 2005). V zahraničních zdrojích jsou uvedeny termíny *schwerbehinderten*, *mehrfach behinderten*, anglické termíny jsou nejčastěji *multiple handicap*, *severe multiple disabilities*.

Etiologie je v mnoha případech nejasná. Působí faktory dědičnosti, genetické malformace, poškození plodu v období pre-, peri-, postnatálním období; vliv prostředí, infekce, intoxikace; životospráva a zdravotní stav matky a mnoho dalších faktorů, včetně jejich kombinace. Diagnostika kombinovaného postižení se zpřesňuje, na určení postižení se podílí v prvopočátcích zejména lékařské odvětví, proto pojem kombinované vady nacházíme i v lékařských zdrojích. Určení hloubky a druhu postižení je mnohdy náročné na časovou dotaci a mezioborovou spolupráci. Dle Jankovského (2006) se od stanovení diagnózy odvíjí léčba, komprehenzivní rehabilitace, sestavení edukačního procesu a sociální péče. Speciální pedagogika pracuje s dětským klientem od útlého věku i s neuzavřenou diagnózou. Stimulace a intervence je potřeba co nejdříve.

V této souvislosti se ke stanovení přesné diagnózy vyjádřil už Sovák (1980), který uvádí za důležité co nejdříve odlišit hlavní postižení od vedlejšího, méně dominantního. Na základě tohoto chápání kombinovaného postižení uvádíme dělení dle Jesenského (in Ludíková, 2005, s. 10):

1. *„Slepohluchota a lehčí smyslové postižení,*
2. *mentální postižení s tělesným postižením,*
3. *mentální postižení se sluchovým postižením,*
4. *mentální postižení s chorobou,*
5. *mentální postižení se zrakovým postižením,*
6. *mentální postižení s obtížnou vychovatelností,*
7. *smyslové a tělesné postižení,*
8. *postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou.“*

Vašek (in Ludíková, 2005, s. 10) kategorizaci kombinovaného postižení zobecňuje:

- *„Mentálně postižení s dalším(i) postižením(i),*
- *slepohluchota (duální senzorická),*
- *poruchy chování v kombinaci s dalším(i) postižením(i) či narušením(i).“*

Nejčastější možnou variantou jsou postižení spojená s mentálním deficitem. Pro tuto oblast doporučujeme prostudování autorů věnujících se této problematice např. Kozáková, 2005; Švarcová, 2011; Valenta, Müller, 2003 a další.

Speciálněpedagogický proces s dítětem s kombinovaným postižením (tak jako i u jiných dětí se speciálními potřebami) směřuje v optimálním případě k maximální možné míře socializace a nezávislosti. Narušeny jsou v různé míře komunikační kompetence. Mnohdy je zapotřebí individuálně nastavit systém alternativní komunikace, vyhovujícím úzkému okolí dítěte i jemu samotnému. Nabídka komplexních služeb, mezioborová, interdisciplinární spolupráce a dostupnost služeb od raného věku zvyšuje pravděpodobnost co největšího možného rozvoje a rozvoje kompenzačních mechanismů. Vždy s ohledem na individualitu dítěte (Ludíková, et. al, 2005). U takto postižených dětí je potřeba brát v úvahu při intervenci medikaci dítěte, přidružené zdravotní onemocnění, jako jsou srdeční vady, epilepsie, ortopedické vady, apod.

V souvislosti s kombinovaným postižením lze narazit na diagnózy, které jsou charakteristické výčtem mnoha kumulací vad. Nejznámější a nejrozšířenější je bezesporu dětská mozková obrna a její různé formy. Dalším nejznámějším je Downův syndrom. Uvést můžeme i Williamsův, Edwardsův, Prader-Wily syndrom a mnohé další. Bohužel, výskyt syndromů s kombinovaným postižením je stále častější.

2 Speciální pedagog v intervenci s dítětem raného věku se zdravotním postižením

Kapitola je pro nás důležitá z hlediska možnosti popisu intervencí speciálního pedagoga zabývajícím se dětmi raného věku. V kapitole 2.1 je naším cílem přiblížit pozici speciálního pedagoga v rámci socializace dítěte a možnosti jeho edukace. Dalším naším cílem je zde teoretické vymezení možností speciálněpedagogické intervence z hlediska intervencí středisek rané péče a intervence speciálního pedagoga v kojeneckém ústavu. Možnost intervence v přirozeném prostředí má své charakteristické rysy, které jsme se zde pokusili popsat pomocí zdrojů středisek rané péče. V podkapitole „Speciální pedagog a dítě raného věku v ústavním zařízení“ jsme pracovali s informacemi o možnostech péče o děti s postižením či znevýhodněním ve zdravotnickém zařízení (zde kojenecké ústavy). V současné době se již od umístění do ústavních zařízení upouští, ale mnohdy zde zůstávají děti právě s těžším kombinovaným postižením, které jsou naší cílovou skupinou.

2.1 Speciální pedagog jako činitel v socializaci dítěte

Evropská agentura pro rozvoj vzdělávání provedla analýzu, která zahrnuje intervenční trendy a inkluzivní vzdělávání. Je prokázáno, že nejefektivnější je pro děti s postižením intervence zahájená v raném dětství. Několikaletým evropským trendem je zkvalitnění služeb pro děti raného věku a také snaha o co největší rozvoj jejich potenciálu. Hlavním cílem je dostupnost (služby, informací i finančně) služeb a jejich úspěšné začlenění do běžných škol. Evropská komise vyjádřila nutnost spolupráce jednotlivých resortů pro vzdělávání, zaměstnávání, zdraví a sociální politiky. Nutností je spolupráce, stanovení společných cílů a zapojení všech zúčastněných stran a to i rodičů. Jasně definovat role a odpovědnost zúčastněných stran. Zajištění interdisciplinarity a rozmanitosti služeb (Early Childhood

Intervention – Progress and Developments, 2010, dostupné z: <https://www.european-agency.org>).

Čačka (2002, s. 87) „V každém vývojovém stadiu vznikají pro vychovatele specifické vývojové úkoly a mění se i náročnost jejich naplňování.“

Snaha o optimální začlenění jedince s postižením do společnosti, je jeden z hlavních úkolů speciální pedagogiky. Pokud máme možnost pracovat s dítětem se speciálními potřebami od raného věku, umožníme mu podpořit jeho možnosti a schopnosti právě v období jeho největšího potenciálu rozvoje.

Socializace z pohledu speciální pedagogiky obsahuje různé interpretace. Společným obsahem zájmu jsou osoby s postižením nebo znevýhodněním. Celá řada osobností speciální pedagogiky se zabývala procesem a výkladem integrace a inkluze osob se speciálními potřebami. Speciální pedagog napomáhá jedinci se speciálními potřebami - podporuje jeho vrůstání do společnosti, jeho seberealizaci, interakci s většinovou společností a napomáhá jeho uplatnění.

Pro představu uvádíme srovnání pojetí socializace od Sováka po Slowíka. Sovák (1980, s. 22) uvádí, že významnou částí cíle speciální pedagogiky je „dosáhnout pokud možno nejvyššího a všestranného rozvoje osobnosti jedince a jeho co možná nejširšího a nejúspěšnějšího uplatnění pracovního, společenského a osobního – tzv. socializace.“ Dle autora je socializace zároveň dlouhodobý speciálněpedagogický proces „co možná včasné a co nejvhodnější zapojení defektního člověka do společnosti spolu s vytvářením podmínek seberealizace, a to tím, že se odstraňují nebo zmírňují následky defektivy“. Sovák představil čtyři stupně socializace (integrace, adaptace, utilita, inferiorita), jejich další rozvedení však není naším záměrem. Prezentace stupně míry začlenění se dle autora odvíjela od schopnosti uplatnění (socializace) a do jaké míry byl jedinec zbaven „defektivy“. Zmíníme pouze Sovákův přístup k integraci - „naprosté zapojení a plné splynutí defektního jedince se společností lidí zdravých“. Jedinec se dle autora „stává zcela nezávislým a samostatným“ až „byl úplně a beze zbytku zbaven defektivy, s níž se dokázal i subjektivně vyrovnat“. Zároveň se dovídáme, že integrace je možná „u všech defektních jedinců, kromě těch stížených rozumovými vadami“ (tamtéž, s. 22). Dnes je již toto tvrzení

překonáno. Současné pojetí integrace - je rozdělena do různých druhů (například individuální, skupinová, školská).

Socializaci se věnují i soudobí autoři, například Slowík, Michalík, Jesenský, Růžičková a další. Ze zmiňovaných jsme zvolili Slowíka (2007, s. 31) užívá pojem sociální integrace. Popisuje ji jako *„proces rovnoprávného začleňování člověka do společnosti“*. Integrace *„je tedy něčím naprosto přirozeným a týká se každého člena společnosti. Komplikace nastávají ve specifických případech“* (např. osob s postižením), kde je znatelná rozdílnost od intaktní společnosti. Tyto osoby je *„nezbytné v jejich integraci aktivně podporovat a vytvářet vhodné podmínky.“* Pokud není nutné, nejsou *„preferovány žádné speciální a nestandardní prostředky, ale spíše běžné postupy – samozřejmě v závislosti na možnostech konkrétních osob a situaci. Jde o globální trend, funguje mezinárodní spolupráce a výměna zkušeností.“* Opakem sociální integrace by byla segregace. V publikaci od Jesenského (1995, s. 12) je sociální integrace *„stav soužití postižených a nepostižených při přijatelné míře konfliktnosti, jako stav vzájemné podmíněnosti vyjádřené slovy jeden pro druhého.“* Mnozí autoři vnímají integraci za nejvyšší možný stupeň socializace, v posledních letech se však stále více hovoří o pojmu inkluze. Oba termíny užíváme v souvislosti s osobami s postižením nebo znevýhodněním.

Janků (2010, s. 41-42) vnímá integraci zejména z pohledu v přijetí postižení danou společností: *„Intaktní společnost není dostatečně připravena na plné zapojení jedinců se speciálními potřebami.“* Autorka se domnívá, že potřeby osob s postižením jsou naplňovány nejvíce na základní úrovni. *„Otázka jistoty a bezpečí, radosti, souladu a celistvosti nám ale zůstávají, často díky specifickému typu postižení, poruchy, neznámou a nezodpovězenou. Velmi záleží na hodnotovém systému, normách společnosti. Jakkoli odlišní lidé – tedy hlavně jedinci s mentálním postižením - jsou často považováni za nepřizpůsobivé, abnormální bytosti, především proto, že se vymykají běžnému očekávání či ideálu. Často se také přikláníme k charakteristice sociálního stigmatu, která vychází z nestejnosti v jednání, činech, smýšlení a porozumění.“* Speciálněpedagogická intervence pracuje s negativními projevy a individualitou jedince (tamtéž, s. 41-42).

Do praxe lze teoretická východiska přenést v rámci podpůrných systémů. Dlouhodobým trendem je podpora rodin a práce s nimi již v období před narozením dítěte. Předmětem našeho zájmu se stávají rodiny zejména v období narození dítěte s postižením – prostřednictvím středisek rané péče. V takovém případě intervenci zaměřujeme jak na členy rodiny, tak na samotné dítě, a to co nejdříve. Cílem naší intervence je optimální začlenění dítěte do společnosti a snaha o co nejmenší dopady na vztahy a role v rodině.

2.2 Charakteristika intervence speciálního pedagoga v rané péči

Přirozené prostředí dítěte je rodina, nevyhneme se tedy krátké zmínce o zátěži, kterou je pro rodiče **narození dítěte s postižením**. Musíme si tedy uvědomit, že přicházíme do rodiny, v níž rodiče zpravidla nepočítali s potvrzením postižení. Jejich role a hodnoty jsou v ohrožení. Mnohdy zde může být silná frustrace ze zklamání. Dle Vágnerové et. al. (2009, s. 14) narození postiženého dítěte přináší velkou psychickou krizi, která „významně naruší a posléze změní chápání světa. Je to něco zlého, s čím nikdo nepočítal a co nezapadá do standardního schématu. Otrěse rodičovskými představami a jejich chápáním smyslu veškerého dění, jeho příčin a následků. Rodiče musí přijmout novou roli a z ní vyplývající povinnosti., o jejichž obsahu a náročnosti zatím nemají přesnější představu.“ Součástí může být „narušení duševní rovnováhy a selhání adaptačních mechanismů“ (tamtéž, s. 14). Autorka též zmiňuje selhání rodičovské identity, také stres spojený s péčí o dítě s postižením, která zasahuje do všech odvětví života. Velkým a často zmiňovaným problémem je, že rodiče na počátku netuší, o jak závažné postižení se jedná a jaká bude prognóza v budoucnu. Ztotožňujeme se s názorem autorky, že nejasnost situace, kdy rodičům chybí potřebné informace, prohlubuje celkovou zátěž. Přispívá neschopnost kontroly nad situací, pocity bezradnosti a bezmocnosti. Dítě s nepojmenovanou diagnózou je pro rodiče neuchopitelným problémem, pojmenuje-li však lékař důvody, postižení a jeho možné následky, stává se pro rodiče snáze řešitelný. Mají přibližnou představu, s tím mohou

počítat, jak dále postupovat. Ani poté však nemusí být jejich představy racionální a adekvátní stavu dítěte. Dalším zásadním faktorem ovlivňujícím přijetí dítěte je typ a závažnost postižení (Vágnerová, 2009).

Analýzu faktorů ovlivňujících přijetí dítěte s postižením a rozbor jejich reakcí již známe. Zaměříme se tedy na to, jak stěžejní je intervence speciálního pedagoga v přirozeném prostředí dítěte a jaká je její charakteristika. Nastínili jsme popis problematiky přijetí dítěte s postižením do rodiny. Přes rodinnou intervenci se dostáváme k možnosti pracovat s dítětem od raného dětství.

Dle evropské komise zahrnuje plán kvalitní péče všechny potřeby dětí (kognitivní, sociální, fyzické i emoční) a to v plném rozsahu. Snaha dosáhnout motivace, schopnosti komunikace a vytrvalosti, načež první roky života jsou stěžejní pro rozvoj a socializaci jedince. Rodiče jsou pro tuto interakci nezastupitelnými a rovnocennými partnery. Což zahrnuje jak jejich práva, tak nutnost participace. Dalším předpokladem úspěšnosti je odbornost a vzdělávání pracovníků v rané péči (Early Childhood Intervention - Special Needs Education in Europe, 2005. Dostupné z: <https://www.european-agency.org>).

Pro speciálněpedagogickou intervenci v přirozeném prostředí dítěte je u nás, ale i v jiných evropských zemích, určena služba středisek rané péče. Je to sociální služba spadající pod Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zákon č. 108/2006 (novela 384/2012) Sb. o sociálních službách, § 54. *„Raná péče je terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“*

(MPSV, Zákon o sociálních službách, 108/2006. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz>).

Služba je zaměřena na výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti v přirozeném prostředí dítěte. Je zde snaha o zprostředkování společenského prostředí pro dítě s postižením i členy jeho rodiny a to pomocí sociálně terapeutických činností. Napomáhá při uplatňování práv, oprávněných zájmů a také při obstarávání osobních

záležitostí. V současnosti je u nás vytvořena celostátní síť středisek rané péče, ty se profilují dle různých typů postižení - dle cílových skupin:

- Rodiny s dětmi s mentálním, pohybovým, kombinovaným postižením
- rodiny s dětmi s ohroženým vývojem,
- rodiny s dětmi s těžkým zrakovým a kombinovaným postižením,
- rodiny s dětmi s těžkým sluchovým a kombinovaným postižením. (Společnost pro ranou péči, dostupné z: <http://www.ranapece.cz/>).

Procedurální standardy pro ranou péči lze prostudovat na stránkách Asociace pracovníků v rané péči (<http://www.aprp.cz/dokumenty.html>).

Jednotlivé kraje vydávají manuály o rané péči, které slouží i pro orientaci rodičů a zvýšení povědomí veřejnosti. Vymezení služby rané péče spočívá v jasně definované cílové skupině, definování regionu, ve kterém působí, kapacita služby, má vytvořenou metodiku, splňuje standardy a principy střediska, konzultace v přirozeném prostředí, k dispozici jsou i prostory rané péče k tomu určené. Zajišťuje odbornost pracovníků a program

(Manuál o rané péči v Moravskoslezském kraji, 2006, Dostupné z: http://www.kr-moravskoslezsky.cz/publikace/rana_pece.pdf).

Intervence speciálního pedagoga spočívá v podpoře rodiny a to zejména v období narození dítěte s postižením, nebo u předčasně narozených dětí, či právě po konečném vyřčení diagnózy u dítěte s postižením. Patří sem i problematika chronického onemocnění dítěte. Stejně důležité jsou pro ranou péči i děti, které nemají uzavřenou nebo mají nejasnou diagnózu, nebo děti s opožděným, nerovnoměrným nebo odchylným vývojem. Rodiny s dětmi s kombinovaným postižením spadají pod intervenci rané péče do sedmi let věku. (Kmínková, 2009).

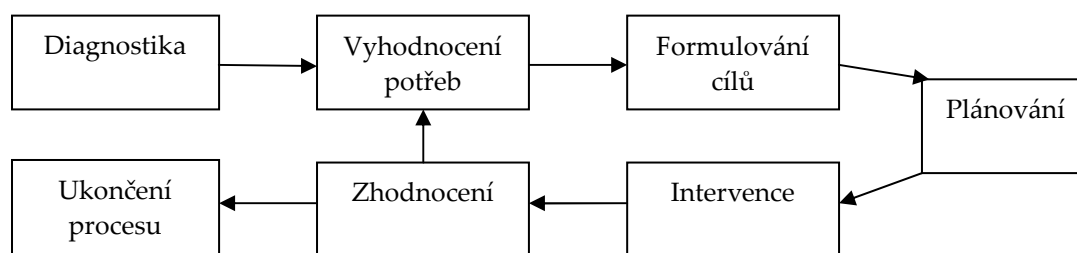
Prvotní kontakt s ranou péčí je dle Kmínkové (2009) potřeba rodičů - získat informace, podporu, možnost uplatnění speciálněpedagogických metod přispívající k rozvoji jejich dítěte. Autorka též uvedla příklady možné intervence - zejména stimulaci orofaciální, bazální, zrakovou; dále pak polohování dítěte, masáže, snoezelen, alternativní komunikace, program Portage a teacch program.

Podstata práce rané péče je v intervenci v přirozeném prostředí dítěte, kdy konzultace probíhají dle potřeb rodiny a možností střediska. Jeden z cílů služby je i podpora rodiny tím, že pracovník rané péče podporuje zodpovědnost rodičů a učí je potřebným dovednostem. Posiluje tak jejich kompetence, usiluje o zvýšení pocitu kontroly nad péčí o dítě s postižením. Intervence musí být vždy sestavena individuálně a dle aktuálních potřeb rodiny. Rodiče jsou tedy členy týmu i klienty. Je potřeba respektovat přístup rodičů, motivovat, působit na odbourání nevhodných výchovných stylů (Hradilková, 1998). Autorka (1998, 73-74) definovala 6 fází v procesu intervence rané péče:

- *fáze diagnostiky* – fáze zahrnuje zejména intervenci lékařů a dalších zdravotníků (např. neonatolog, foniatr, pediatr, neurolog..)
- *fáze doporučení klienta pro ranou péči* – (zejména ze strany zdravotníků a odborníků pracujících s dítětem, ..)
- *fáze týmového posouzení* – v první řadě sem patří speciální pedagog, dle autorky též fyzioterapeut a klinický psycholog
- *fáze domlouvání míry a charakteru pomoci a služeb* – v současnosti sestavuje zejména poradce rané péče a rodič
- *fáze poskytování služeb rané péče* – odvíjí se od sestavení zakázky rodičem a dle dostupnosti služeb
- *fáze ukončení rané péče* – většinou dovršením věku a přechodem do vzdělávacího zařízení.

Agency for Development in Early Childhood Intervention v roce 2005 (Dostupné z: <https://www.european-agency.org>, s. 29) uvedla problematiku vyhodnocování jako permanentní proces, který musí být neustále přezkoumáván. Výsledky nepovažovat za statické - situace rodiny a dítěte se neustále mění. Plán intervence (u rané péče Individuální plán podpory rodiny) a jeho výsledek musí být vždy zhodnocen. Jakkoli už je plán pojmenován, je vždy důležité, že je vytvářen s rodinou a pro rodinu. Plán zajišťuje účast rodiny a posiluje ji, respektuje její potřeby, očekávání a priority. Proces musí přijít ihned po diagnostickém

vyhodnocení problému. Proces vyhodnocování zobrazila agentura pomocí schématu (tamtéž, s. 29):



Intervence speciálního pedagoga v rané péči se řídí principy důstojnosti a partnerského jednání; ochrana soukromí a zplnomocnění klienta; princip nezávislosti – využívat vlastní zdroje; princip práva volby, což se týká zplnomocnění klienta o konkrétním rozsahu a tvorbě individuálního plánu. Princip komplexního přístupu a komplexnosti služeb jsme již zmínili, ale patří do výčtu. Pro službu rané péče je charakteristický zejména princip přirozenosti prostředí, kdy pracovník podporuje a posiluje rodinu a využívá potenciálu přirozeného prostředí domova dítěte. K této intervenci volí vhodné metody a postupy (dostupné z: http://www.aprp.cz/dokumenty/standardy_2013.pdf).

Pomocí této kapitoly jsme se pokusili obsáhnout charakteristiku intervence speciálního pedagoga, který pracuje v rané péči a spadá pod resort sociálních věcí. Je zřejmé, že podstatnou částí je spolupráce s rodinou, která je hlavním činitelem pro práci s dítětem. Speciální pedagog je zde v partnerství vůči rodičům, je průvodcem, poradcem a oporou členům rodiny. Co jsme výše nezdůraznili, že do rodiny patří sourozenci dítěte s postižením. Ti tvoří specifickou skupinu, se kterou musí speciální pedagog počítat, brát v úvahu i jejich potřeby. Na chod rodiny působí v mnohých případech i prarodiče a to jak v pozitivním či negativním smyslu. Dalším aspektem pro zdárný chod rodiny je i sociální prostředí, ve kterém žije. Celá problematika je velmi obsáhlá a je možné ji považovat za inspirativní pro další studium.

2.3 Charakteristika intervence speciálního pedagoga v dětském centru

Pod název dětské centrum spadají služby poskytované Ministerstvem zdravotnictví. Jsou to jesle, kojenecké ústavy a dětské domovy do tří let věku dítěte. V naší práci se zaměřujeme na charakteristiku intervencí speciálního pedagoga v kojeneckých ústavech. V České republice je celkem 33 kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku. V nedávné době došlo k velkým změnám v této oblasti, alespoň pro orientaci vyzdvihneme zásadní legislativní změny, které ovlivnily další chod dětských center.

V roce 2012 vešel v účinnost nový zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách (nahradil zákon 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu). Tento zákon mimo jiné považuje od 1. dubna 2012 kojenecké ústavy za dětské domovy pro děti do tří let věku a jesle za zařízení poskytující péči o dítě do 3 let věku v denním režimu. Zákonem č. 66/2013 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (kterým se mění zákon 372/2011 Sb.) se pak stanovuje lhůta 31. prosince 2013, do které musí být ukončeno provozování jeslí jako zdravotnických zařízení. Tato zařízení mohou dále fungovat v režimu vázané živnosti. (Dostupné z: file:///C:/Users/iva/Downloads/ai_2013_25.pdf a <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=66&r=2013>).

Dalšími zákony, kterými se řídí dětská centra, jsou: Zákon 359/2002 Sb. byl rovněž novelizován na Zákon č. 401/2012 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, je účinný od 1. 1. 2013. Zákon o rodině 94/1963 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Centra se řídí rovněž Úmluvou o právech dítěte a u mnohých se objevuje zmínka o Chartě hospitalizovaných dětí. Všichni pracovníci jsou současně povinni dodržovat mlčenlivost. Dále pak poskytování sociálních služeb v souladu se Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - poskytování sociálních služeb vymezených v § 35 a § 52 tohoto zákona (sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče ve znění pozdějších předpisů).

Na základě mnoha zákonem stanovených změn se předpokládá transformace kojeneckých ústavů a dětských domovů do tří let věku dítěte. Z internetových portálů jednotlivých dětských center můžeme sledovat rozšíření nabídky služeb. Služby jsou nejčastěji ambulantní, terénní, respitní, poradenské, denní centra pro matky s dětmi, možnost jeslí, denní stacionáře apod. Ministerstvo práce a sociálních věcí upřednostňuje poskytování řady služeb na podkladě transformačních návrhů zpracovaných jednotlivými institucemi nebo jejich zřizovateli za spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany, poskytovateli služeb a dalšími. Součástí transformačních návrhů institucí bude otázka využití, přesměrování personálních a materiálních kapacit zařízení a peněžních zdrojů (Dostupné z: Výroční zpráva dětského centra v Liberci roku 2012).

Dětská centra nejsou povinna zaměstnávat speciálního pedagoga, z hlediska nutnosti rozšiřování služeb dětských center se to stalo jakýmsi trendem posledních let. Přibližně polovina z 33 center v naší republice nabízí služby speciálního pedagoga, ovšem mnozí z nich dochází do zdravotnického zařízení externě. Je velmi obtížné vyhledat dostatek teoretických podkladů náplně speciálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení.

Péče o děti raného věku v rámci dětských center je zabezpečována kvalifikovanými odborníky. Tým se skládá ze zdravotníků (pediatr, klinický psycholog, dětské sestry, výchovná sestra, rehabilitační pracovníci), i z řad nelékařských profesí (sociální pracovníci, popřípadě stále častěji i speciální pedagog). Péče je založena na mezioborové spolupráci - zdravotní, sociální, výchovně-vzdělávací, rehabilitační, psychologická apod. V popředí zájmu by mělo být vždy dítě a snaha o vytváření nejvhodnějších podmínek pro úspěšný vývoj dítěte ve složkách bio-psycho-sociálních (Dostupné z: Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku, 2005).

Nutnost včasné intervence (rané podpory, či rané péče) chápeme jako systém služeb a program poskytující dětem ohroženým v bio-psycho-sociálním vývoji. Je to

péče určená dětem se zdravotním postižením i jejich rodinám. Vždy dlouhodobá záležitost. Zanedbáním rané podpory dítěte s postižením je pak obtížné až nemožné stav napravit. Cílem speciálního pedagoga (nejen pro intervenci v raném věku) je:

- předcházet prohlubování postižení,
- eliminace následků postižení,
- snaha o sociální integraci.

Ve starších publikacích můžeme najít zmínky o problematice dětí v ústavním zařízení od autorů jako Damborská, Štěpánková, Langmeier a Matějček. Z publikace posledních dvou uvedených autorů, kteří se věnovali psychické deprivaci v dětství (por. 1963, 1974, 2011), vnímáme nevýhody, které sebou nese ústavní péče. Autoři zmiňují nedostatek lásky a citových projevů, které v optimálním případě mají vycházet právě z rodinného zázemí. V opačném případě však může citovou újmu způsobit právě nefunkční rodinné prostředí. Výhodu vidí autoři v odbornosti personálu a v interdisciplinaritě ústavního zařízení. Není pravidlem, aby zde k poškození bio-psycho-sociální složky dítěte došlo. Zajištění individuálního přístupu a jedinečnosti každého dítěte, je stěžejní předpoklad úspěchu. Výhodou posledních desetiletí jsou transformace zařízení do podoby přibližující se co nejvíce rodinnému zázemí, které zohledňuje potřeby a zájmy dětí. Jak lze vyčíst v publikacích o psychosociálním vývoji dětí raného věku, k optimálnímu vývoji přispívá pocit jistoty a bezpečí, kterou můžeme zajistit rituály. Rituály a pravidelnost v krmení, koupání, přebalování, apod. jsou v ústavních zařízeních zajistitelná bez větších obtíží. Přirozeností by měl být i vlídný a mateřský přístup pracovníků. Těmito přirozenými a opakovatelnými rituály má personál možnost zajistit individuální přístup. Péče přirozená, vlídná a neuspěchaná, může dítěti zajistit prostor pro uspokojení biologických i psychických potřeb.

V otázkách charakteristiky intervence speciálního pedagoga nenalezneme manuál, metodiku práce, či určený koncept péče. Speciální pedagogové pracující s dětmi raného věku, vycházejí zejména z vývojových škál, ze závěrů zdravotnických vyšetření, z anamnéz a rozhovorů. Vycházíme-li z předpokladu, že děti setrvávající

delší dobu v dětském centru, jsou právě děti se zdravotním, tělesným, mentálním či kombinovaným postižením, je přítomnost speciálního pedagoga na pracovišti přínosem. Péče o dítě těžce postižené nebo dítě s kombinovaným postižením je mnohdy náročná z hlediska odbornosti. Dítě se mnohdy nemůže navrátit do biologické rodiny nebo nemůže být dáno do pěstounské péče z důvodů svého stavu. Pro děti se speciálními potřebami je ale péče samotných zdravotníků z hlediska uspokojení všech potřeb nedostačující. V těchto případech by měli být členy odborného týmu právě speciální pedagogové a to nejen z důvodů poskytování vlastní speciálněpedagogické péče, ale i z důvodů odborného působení na zdravotní personál, který je s dítětem dennodenně v kontaktu. Speciální pedagog působí osvětově v otázkách vybavenosti zařízení, úpravy prostředí, možnost užití technik, terapií a je mnohdy prostředníkem mezi společností a dítětem s postižením.

Rámec péče zdravotního zařízení (zde dětské centrum) vychází od dětských zdravotních sester. Jsou s malým uživatelem služby v dennodenním kontaktu. V každém takovém zařízení je i výchovná sestra, který by měla být prostředníkem v komunikaci mezi zdravotníky a speciálním pedagogem, společně by měli vytvářet společné plány a zdroje dítěte s různým stupněm postižení. Jednou z charakteristik intervence je i to, že speciální pedagog v dětském centru převážně nepracuje se strachem a nejistotou rodičů. Angažovanost na pravidelné intervenci vychází z vlastní aktivity speciálního pedagoga. Dle Opatřilové (in Opatřilová, Nováková et al. 2012), která se obsáhle věnuje podpoře a intervenci dětí se zdravotním postižením, jsou u malých klientů s tělesným a kombinovaným postižením ve zdravotnickém zařízení uspokojovány zejména základní potřeby. Od rozšíření okruhu uspokojování potřeb by zde měl být právě speciální pedagog. Vítková in Opatřilová, Nováková et al. (s. 36) se věnuje intervenci v raném věku dítěte a „*uspokojování jeho potřeb za ztížených podmínek.*“ Za ztížené podmínky považuje právě pobyt ve zdravotnickém zařízení. Můžeme si položit otázku, zda potřeby uvedené níže jsou splnitelné v rámci zdravotnického zařízení.

„Speciální potřeby pro vlastní vývoj a interakci s jinými lidmi: (tamtéž, s. 37)“

- potřeba tělesné blízkosti – slouží k tomu, aby si klient mohl prožít přímou zkušenost
- potřeba speciálního pedagoga/ terapeuta, který jim přiblíží prostředí co nejjednodušeji.
- potřeba každého, kdo jim porozumí i bez slovní komunikace a spolehlivě se o ně postará a pečuje o ně.

- Jedinci s těžkým a kombinovaným postižením potřebují mít zajištěný nárok na celistvost v podpoře vývoje. Kontinuita je potřebná pro denní program, pro kteroukoli interakci s jedincem se zdravotním postižením.

Druhý bod nám opět posloužil k prokázání potřebnosti speciálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení. Jsou mnohdy zdravotníky podceňováni a svoji pozici musejí neustále obhajovat.

Speciální pedagog pracuje vždy při své intervenci, nejen tedy na základních lidských potřebách, řeší otázky základní péče, jako podpůrnou a speciální péči. Řeší otázky zdroje vnímání, pohybové aktivity a podpory komunikačních kompetencí. Pracuje s dětmi, které mají vlastní zkušenosti – sensorické, kompenzační vnímání vlastního těla a druhými. Mnohdy s dítětem pracuje na odbourání lhostejnosti, odklonu od komunikace, od vzájemné interakce. Pracuje také s nezájmem o změny – často doprovázeno strachem dítěte, ale také z obav ze změn, které vystupují od personálu. Pro úspěšný rozvoj dítěte jsou zapotřebí ucelené informace, citlivý přístup, přiměřená aktivita a to nejen ze strany speciálního pedagoga, ale také zdravotního personálu a ošetřujících lékařů (Vítková, in Opatřilová et al., 2012).

Speciální pedagog vychází při své intervenci z včasné diagnostiky dítěte rané věku. Zejména by měl mít dle Opatřilové (et al. 2012) zájem o informace z průběhu gravidity, průběhu porodu – informace mohou napovídat o hypoxii, infekci plodu, komplikace při porodu (vznik DMO, centrální a periferní poruchy zraku, sluchu), o donošenosti plodu.

V raném věku je zapotřebí využít potenciálu plasticity nervové soustavy, kdy terapeutické a pedagogické opatření ve smyslu prevence rozvoje poruch nebo

prohloubení postižení. Speciální pedagog dále zjišťuje silné a slabé stránky jedince – pro uchopení jeho možností, schopností a nastavení možných interakcí (Vítková, 2006). Autorka též uvádí body, kterými by se měl speciální pedagog řídit při práci s dítětem:

- zohlednit specifické potřeby vycházející z individuality klienta,
- vyhnout se přetěžování (nadměrné množství podnětů),
- je potřeba zapojit prostředí, ve kterém dítě žije.

Kapitolou, která je v některých bodech obdobná intervenci speciálního pedagoga v rané péči, jsme se pokusili obsáhnout charakter náplně práce speciálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení. O této oblasti je velmi málo dostupných materiálů, proto jsme se částečně řídili konceptem péče o dítě v raném věku s postižením. V posledních dvou letech probíhají změny v konceptu zdravotnických zařízení, které přinášejí nové možnosti, ale i omezení. Změny jsme nastínili již v úvodu kapitoly.

Touto kapitolou jsme se dostali na konec teoretické části. Můžeme říci, že všechny oblasti péče se propojují a souvisejí spolu, v ideálním případě na sebe systém péče navazuje, výhodou je mezioborová spolupráce. Mnohé získané informace jsou podkladem k dalšímu zamyšlení, či možným podnětem dalšího zpracování.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Úvod do problematiky

Výzkum realizovaný v rámci praktické části diplomové práce se týká analýzy procesů intervence speciálního pedagoga vůči dětem raného věku v kontextu rané péče a dětských center. Z poměrně širokého tématu se pomocí předvýzkumu vytríbil užší výzkumný cíl, vedlejší cíle a otázky k průzkumu. Součástí praktické části je metodika a plán výzkumu. Předvýzkumu a jeho realizaci je věnována vlastní podkapitola. Důvody zvolené metody a popis vlastní organizace šetření jsou též důležitou součástí šetření. Výzkum je orientován na zjištění a popis charakteristiky intervencí speciálního pedagoga pro raný věk.

Výzkumný problém:

Pojem procesy speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku je příliš rozsáhlý, z toho důvodu byla konkretizována oblast zájmu na **výzkumné otázky:**

- Jaké se používají **prostředky** speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením?
- Jaké jsou faktory, které ovlivňují **plánování** speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením?
- Jak probíhá záznam a vedení **dokumentace** ve speciálněpedagogickém procesu u dětí raného věku?
- Jaké má speciální pedagog možnosti **evaluace** při práci s danou cílovou skupinou?

3.1 Cíle výzkumu

Byly stanoveny hlavní a dílčí cíle výzkumu:

Hlavní cíl:

- Analyzovat aspekty vybrané speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením.

Vedlejší cíle:

- Zjistit, jaké prostředky využívají při intervencích speciální pedagogové.
- Zmapovat proces plánování speciálněpedagogické intervence.
- Zmapovat vedení záznamů speciálněpedagogické intervence.
- Zmapovat možnosti evaluace speciálněpedagogické intervence.

Zdůvodnění smyslu řešit daný výzkumný problém:

Hlavní i vedlejší cíle, spolu s výzkumnými otázkami se týkají problematiky intervence speciálního pedagoga, který pracuje s dětmi raného věku s tělesným a kombinovaným postižením v zařízení středisek rané péče nebo dětských center. Speciální pedagog zde nemá možnost užití předem popsané metodiky práce, jako je tomu například ve školském zařízení. Pro danou problematiku nejsou stanoveny přesné koncepty péče. Což vyplynulo i z teoretických zdrojů diplomové práce. Zejména ve zdravotnických zařízeních, jako jsou dětská centra do tří let věku dětí, je intervence speciálního pedagoga trendem posledních let. Speciální pedagog svoji intervenci, v rámci již výše uvedených zařízení, koncipuje na základě procesu plánování a individuálního přístupu. Z těchto důvodů je praktická část diplomové práce zaměřena na analýzu aspektů speciálně pedagogické intervence u dětí raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením. Teoretický rámec zvolené metody, průběh celého průběhu šetření je popsán v níže položených kapitolách a podkapitolách.

4 Metodika a plán výzkumu

V této kapitole jsou popsány jednotlivé kroky, části metodiky a plánu výzkumu. Následující podkapitola informuje čtenáře o důvodech zvolení kvalitativního výzkumu, současně se jí pokouší co nejpřesněji charakterizovat. Další podkapitola informuje o zvolení přístupu kvalitativního výzkumu a teoretický rámec metod sběru dat. Obsahuje teoretické informace o polostrukturovaných rozhovorech, o videonahrávce, zařazen byl i odstavec o anamnéze. Poslední podkapitola pojednává o triangulaci dat. Pro realizaci kvalitativního výzkumu bylo nutné prostudovat a zformulovat teoretický rámec informací týkajících se kvalitativního šetření, je to jedna z podmínek úspěšnosti a prokázání, že se výzkumník orientuje v problematice a ví, co a proč chce zkoumat (Miovský, 2006). Zdrojem byly zejména publikace autorů Miovského, Hendla, dále pak Švaříčka a Šed'ové, Strausse a Corbinové, Chrásky.

4.1 Kvalitativní výzkum

Vzhledem k charakteru výzkumného šetření byl zvolen pro realizaci praktické části **kvalitativní přístup**. Takto orientovaný výzkum vychází z fenomenologie, tzn., že zdůrazňuje „*subjektivní aspekty jednání lidí. Připouští tedy více variant*“ (Chráska, 2007, s. 32). V téže publikaci je uveden cíl kvalitativního výzkumu - zejména porozumění smyslu. Hlavním hlediskem přístupu je pak slovo, jedinečnost a vcítění se (tamtéž, dle tabulky Gavory, s. 33). Strauss, Corbinová (1999) charakterizují výzkum dle toho, koho se týká. Analýza života jedinců, jejich chování, chodu zařízení, vzájemných vztahů apod. Výsledkem je analýza dat odvozená ze zjištěných údajů. Některé lze posléze i kvantifikovat, což není případ této diplomové práce. Data shromažďujeme mnoha způsoby, zejména pak pozorováním a rozhovorem. Známým autorem zabývajícím se kvalitativním šetřením je i Miovský (2006, s. 18).

Způsob šetření probíhá pomocí analýzy nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů. „Kvalitativní přístup je přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky.“ Z toho vyplývá, že výsledky šetření a analýza dat získaná v rámci kvalitativního výzkumu nelze generalizovat. Není tedy možné zobecňovat, výsledky jsou platné pouze pro daný vzorek respondentů. Rovněž ale mohou být výsledky cenným podkladem či podnětem k dalšímu zpracování.

Švaříček (in Švaříček, Šedová et. al, 2007) dokonce definují kvalitativní přístup dle užití metody sběru dat, metody usuzování, dle typu dat a dle způsobu jejich analýzy. Subjektivitu badatele uvádějí jako přínosnou z hlediska pochopení skutečnosti, tím uznávají i náročnost a přínos myšlení. Z tohoto důvodu bylo rozhodnuto věnovat kapitolu introspekci badatele. Tamtéž autoři zdůrazňují, jak důležité je sledovat celý proces, nikoli jenom výsledek.

4.2 Zvolení výzkumné strategie

Případová studie

Případová studie patří k základním a jedním z nejrozšířenějších designů kvalitativního výzkumu. V centru zájmu výzkumníka je případ - objekt zájmu. Tím může být osoba, celá instituce, událost, jev apod. Případ má vymezené hranice (časové a prostorové) a v daném kontextu. Důležitá je formulace problému (v případě této diplomové práce je to analýza aspektů vybrané speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku v uvedených organizacích). Hendl (2005, s. 104-105) rozlišuje jednotlivé typy případových studií. V tomto případě spadá naše šetření do skupiny „*studium událostí, rolí a vztahů*“, kam patří studie zaměřující se na určitou událost, např. analýzu nějaké interakce, v případě tohoto šetření se jedná o oblast analýzy procesů speciálněpedagogické intervence.

U případové studie jde o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí, cílem je porovnávat a konfrontovat. Dalším z cílů je využití potenciálu

zvolených metod sběru dat. U případové studie výzkumník sleduje mechanismy ovlivňující chod událostí. Zaměřuje svou pozornost na daný jev, kdy hledá jeden či více případů, které jev reprezentují. Výzkumník si v neposlední řadě pokládá otázky „jak a proč“ (Švaříček a Šedřová, 2007). Dle Stakea (1995, in Hendl, 2005) je případ něco, čemu zcela nerozumíme a proto to zkoumáme. Důležitá je i organizace sběr dat, proto i této oblasti byl věnován samostatný celek.

4.3 Metody sběru dat

Polostrukturovaný rozhovor

Základní technikou pro kvalitativní výzkum diplomové práce se stal **moderovaný rozhovor** (interview). Pojem interview vnímá Chráska (2007) v užším kontextu než rozhovor. Je to metoda shromažďování dat a je nutné při ní být s respondentem v bezprostřední verbální komunikaci. Švaříček (in Švaříček, Šedřová et. al, 2007) označuje interview za nejpoužívanější metodu sběru dat pro tento druh výzkumu. Tentýž autor (2007, s. 159) jej označuje pojmem „*hloubkový (in-depth interview)*“ a charakterizuje jej jako „*nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.*“ Je důležité vyjádření, že jeho prostřednictvím je zkoumáno určité prostředí, určité sociální skupiny, s cílem získat „*pochopení jednání událostí, jakým disponují členové dané skupiny.*“ Miovský (2006) podotýká, že interview patří k nejobtížnějším, ale nejvýhodnějším. Chráska (2007) spatřuje výhody v osobním kontaktu a možnosti hlubšího proniknutí do motivů respondenta. Úspěšnost je zčásti závislá na komunikačních schopnostech a sociálních dovednostech výzkumníka. Také jeho umění navázat kontakt a schopnosti vytvořit pozitivní atmosféru. Důvěrná a otevřená atmosféra je pro nás významná i z důvodů získávání validních dat. Miovský (2006) zahrnuje do vnější atmosféry i autenticitu výzkumníka. Pozitivním aspektem je zajištění dostatečné časové dotace pro rozhovor, klidné prostředí a

seznámení respondenta s našimi záměry výzkumu, ujištění o mlčenlivosti a anonymitě.

Rozdělení interview se ve své publikaci věnuje Miovský (2006, s. 157). „*interview nestrukturované, polostukturované (semistrukturované) a strukturované.*“ Středem zájmu bylo v případě této diplomové práce **polostrukturované interview**, které bylo použito při realizaci sběru dat.

Jak poznamenává Švaříček (in Švaříček, Šedřová, 2007, s. 160) „*hloubkový rozhovor se neskládá pouze ze dvou částí (rozhovoru a přepisu)*“, ale i z „*výběru metody, přípravy rozhovoru, průběhu vlastního dotazování, přepisu, reflexe, analýzy dat a z psaní a prezentace výzkumné zprávy.*“ Z toho důvodu bylo rozhodnuto oddílu realizace a průběhu vlastního výzkumu se věnovat velmi podrobně. Rámec otázek pro polostrukturovaný realizované rozhovory je k nahlédnutí v příloze č. 1.

Videozáznam

K záznamu pozorování intervence speciálního pedagoga byl použit videozáznam - sloužil k fixaci dat. V záznamu lze opakovaně pozorovat začátek, průběh a konec intervence a do předem připraveného archu zaznamenat sledované děje. Videozáznam umožnil výzkumníkovi zachytit jak mluvené slovo, tak obrazovou stránku intervence. Dle Mikové a Janíka slouží videonahrávka ke zkoumání reality (in Švaříček, Šedřová, 2007). Použita byla **forma nestrukturovaného pozorování**, kdy aktér nebyl předem instruován, svou pozornost výzkumník zaměřil na průběh určité situace (v tomto případě probíhající intervence s dítětem raného věku s kombinovaným postižením).

Potřebným vybavením k pořízení videonahrávky se stal fotoaparát se zabudovanou možností videa. Součástí přípravy bylo zajištění časové dotace speciálního pedagoga i výzkumníka, vhodná denní doba a nehlukná, dobře osvětlená místnost vybavená potřebnými pomůckami – zde pracovna samotného speciálního pedagoga v dětském centru.

Velkou výhodou využití videozáznamu je přesný záznam intervence, který lze opakovaně přehrát a získat tak co nejhlubší povědomí o sledovaném ději. Výhodou

je dle Mikové a Janíka (tamtéž) i nezávislost fáze analýzy a pořizování, není nutná ani přítomnost samotného výzkumníka. Mnohdy zmiňovaná nevýhoda je přítomnost kameramana či nahrávacího zařízení. Přítomnost těchto objektů může ovlivnit přirozenost sledované intervence. Ochrana osobních údajů je v této souvislosti dále rozvedena na konci podkapitoly Popis realizace výzkumu.

Anamnéza

Cílem této práce je, z důvodů zvolení kvalitativního šetření, analyzování aspektů speciálněpedagogické intervence získat co nejvíce interpretací mezi případem a okolím. Získání velkého množství údajů z rozdílných zdrojů zvyšuje validitu získaných údajů. Dle Švaříčka a Šedové (2007) je skutečnost strategií. Kromě získání více zdrojů informací, tím využívá i další možné zdroje dat, což hodnotíme jako pozitivní. Pro speciálního pedagoga je v rámci získávání ucelených informací do případové studie důležité zjištění rodových a rodinných dat, osobních, zdravotních, farmakologických, vývojových dat apod. (Rádlová et al., 2004). V rámci šetření byla získána anamnestická data dvou dětí raného věku s kombinovaným postižením pracovišť DC 2 a RP 1. K nahlédnutí jsou v přílohách č. 6 a 7.

4.4 Triangulace

Data kvalitativního výzkumu se vyznačují komplexností a bohatostí sdělených informací. Umožňují detailní popis zkoumané problematiky a odkrývá výzkumníkovi i čtenáři jednotlivé souvislosti. Tímto způsobem získaná data mají velkou výpovědní hodnotu (Miovský, 2006). Pro zvýšení pravděpodobnosti získání validních dat, bylo užito triangulace.

Triangulace v rámci této diplomové práce se týká **zdrojů dat ale i metod**. Pro analýzu aspektů vybrané speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku bylo pracováno s dostupnými zdroji dat. Interpretace porovnání dvou resortů pomocí výpovědi čtyř speciálních pedagogů, ale také porovnání přístupu k intervencím, plánování, dokumentaci a možnosti poznání malého klienta z jednotlivých pohledů

speciálních pedagogů. Každý z respondentů vnesl do diskuze vlastní názory, postoje, zkušenosti, emoce a připomínky, díky kterým bylo výzkumníkovi umožněno vytvořit detailnější a bohatší obraz pro analýzu jevu. Z důvodů malého počtu respondentů byl doplněn kvalitativní výzkum o data získaná formou nestrukturovaného pozorování pomocí videozáznamu, který byl doplněn o anamnézu dítěte z videozáznamu.

Body co a proč, které by měl, dle Miovského (2006, s. 88), splňovat výzkumník, který má jasný ideologický rámec teoretické části diplomové práce realizované kvalitativním výzkumem byly splněny.

5 Realizace výzkumu a charakteristika respondentů

Kapitola pojednává o průběhu výzkumného šetření. Snahou bylo zachycení jednotlivých fází šetření, které výzkumník podstoupil. První podkapitola pojednává o předvýzkumu. Následuje zevrubný popis realizace výzkumu, ten zahrnuje tři části - rozhodnutí o použití vzorku, výběru metody sběru dat a zajištění vstupu do terénu. Třetí podkapitola je věnována vlastnímu popisu způsobu zpracování dat, následuje neméně důležitá podkapitola o charakteristice respondentů.

5.1 Předvýzkum

Nejprve byl sestaven předpokládaný design výzkumu. Bylo nutné určit podmínky realizace. Promyslet volbu výzkumných metod. Výzkumník si položil základní otázky: Co? Proč? Jak? Z důvodu záměrně zvolené široké problematiky na počátku, bylo nutné realizovat **předvýzkum**. Miovský (2006) uvedl několik důvodů, které výzkumníka o nutnosti realizace pilotní studie přesvědčily. Předvýzkum mimo jiné výzkumníkovi umožňuje „ověřit, zda navržené metody a postupy přinášejí očekávanou kvalitu dat“ (s. 29). V rámci šetření se jednalo zejména o nedostatek informací ve zkoumané oblasti, zmapování prostředí a možnosti realizace navržených metod.

Předvýzkum proběhl ve zdravotnickém zařízení určeném pro děti do tří let (přesněji dětské centrum). Výzkumník požádal o rozhovor na téma „co obsahuje péče speciálního pedagoga v tomto zařízení“. Výstupem byl kazuistický záznam dítěte raného věku s kombinovaným postižením a pořízení videozáznamu intervence s daným dítětem. Po této zkušenosti byla předpokládána spolupráce i s dalšími zařízeními. Po domluvě následoval rozhovor v zařízení pro ranou péči. Výzkumník si uvědomil několik zásadních aspektů týkajících se budoucí realizace praktické části diplomové práce. Ve středisku rané péče je stěžejní ochrana klienta a jeho rodiny. Liší se i zakázka pro intervenci s dítětem ve srovnání se zdravotnickým

zařízením. Nelze realizovat videozáznam intervence. Poskytnutí anamnézy by bylo na velmi obecné bázi. Striktní zachování anonymity bylo pro pracovníka zásadní. Získané informace utvrdily výzkumníka, že nelze analyzovat všechny resorty společně. Bylo nutné je rozdělit.

V první fázi promyšlení realizace figuroval i resort školský, což bylo zahrnuto právě na podkladě získaných informací. Resort školský má pečlivě propracovanou metodiku, jež je kontrolována, má přesné zadání, využívá školské, rámcové programy a obecně podléhá zcela jinému systému práce, kam mimo jiné patří i skupinová intervence. Rovněž zde speciální pedagog může pracovat s dětmi raného věku (v rámci péče o děti s kombinovaným postižením), ale zde je již nutnost učitelského vzdělání, což speciální pedagog, působící ve středisku rané péče a dětském centru, splňovat nemusí. Toto byl hlavní výčet důvodů, pro které byla analýza intervence speciálního pedagoga působícího v resortu školství, pro náš výzkum, vyloučena.

Rozhodnutí o srovnání a analyzování celého procesu intervence v rámci zmíněných dvou druhů zařízení dalo podklad, pro reálné využití výzkumných metod. Nyní byl výzkumník schopen zodpovědět základní otázky (co, proč a jak), které si stanovil pro předvýzkum. Na jeho základě byl sestaven hlavní cíl, vedlejší cíle, položeny byly výzkumné otázky, které posloužili i jako základ pro okruhy polostruktovaného interview.

5.2 Popis realizace výzkumu

Prvním krokem bylo **rozhodnutí o výběru vzorku**. Ten měl za cíl splnit aspekty šetření. Vzorek dotazovaných byl vymezen na respondenty se speciálněpedagogickým vzděláním a pracující s dětmi raného věku v resortu zdravotnickém (dětská centra) a sociálním (střediska rané péče). Okruh klientů byl omezen na děti raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením. Charakteristika respondentů k rozhovorům je uvedena níže.

Druhá část obsahovala **rozhodnutí o výběru metody sběru dat**. Pro kvalitativní výzkum je příznačné a pro autora i dostupné zařazení rozhovoru, pozorování a anamnézy dítěte. Teorie těchto dat byla zmíněna výše. Poté bylo nutné stanovit, jak data dále analyzovat (viz. podkapitola Popis způsobu zpracování kvalitativních dat).

Třetí částí, která však nejvíce ovlivnila výzkumníkovo šetření, bylo **zajištění vstupu do terénu**. Rozhodující pro spolupráci respondentů byla důvěryhodnost, anonymita a profesionální přístup. Již u prvotního kontaktu (oslovení možného respondenta), který proběhl zpravidla elektronickou formou, byla zařazena zmínka o tom, že identita respondentů nebude odhalena a pro výzkum není podstatná. Součástí žádosti o spolupráci bylo vždy představení osoby výzkumníka a základní informace o formě sběru dat a okruh, kterým se chtěl výzkumník zabývat (péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením). Respondenti neměli povědomí o přesných cílech šetření, proto byli informováni, že nelze odhalit obsah šetření z důvodu zajištění pozdější validity získaných dat.

Švaříček, Šedřová (2007, s. 76) příznačně označují čtyři role výzkumníka a jejich úskalí. – *„Cizinec, návštěvník, zasvěcený a domorodec. Míra důvěry a otevřenosti zkoumaných aktérů vůči výzkumníkovi velmi silně ovlivňuje kvalitu získaných dat.“* V jednom případě se výzkumník mohl zpětně označit jako zasvěcený. Zařízení bylo nakloněno realizaci předvýzkumu, videonahrávce intervence i rozhovoru a nahlédnutí do vedení dokumentace. Toto zařízení výzkumník navštěvoval již dříve. V dalším případě byl výzkumník v roli návštěvníka, byl seznámen s dokumentací, byl mu umožněn předvýzkum a další spolupráce na rozhovoru. Pozorování intervence mohlo v tomto případě proběhnout pouze zúčastněným sledováním. V dalších dvou případech byl výzkumník v roli cizince, kdy bylo možné uskutečnit pouze metodu polostrukturovaného interview.

Důležitá je zmínka o ochraně osobních údajů v případě videozáznamu - jak samotného dětského klienta, tak speciálního pedagoga a zařízení. Videozáznam nebude součástí elektronických příloh diplomové práce. Speciálnímu pedagogovi (aktérovi) byly poskytnuty veškeré informace o zpracování údajů z videonahrávky.

Videonahrávka byla užita pouze k účelům získání dat pro tuto diplomovou práci. Jakékoli šíření nahrávky bylo ze strany speciálního pedagoga odmítnuto. V opačném případě by speciální pedagog nebyl ochoten spolupracovat na videozáznamu. K nahlédnutí byl určen pouze vedoucímu diplomové práce a výzkumníkovi. Kopie byla elektronicky zaslána samotnému aktérovi (speciálnímu pedagogovi), videonahrávka byla společně prodiskutována. Videozáznam tak neočekávaně posloužil i jako zpětná vazba práce speciálního pedagoga, což jako výhodu zmiňuje ve své publikaci i Miovský (2006).

Pro úplnost je nutno zmínit **časové rozložení výzkumu**. Předvýzkum byl realizován v jarních měsících roku 2013, oslovení respondentů probíhalo na podzim roku 2013, vlastní výzkumné šetření formou interview proběhlo v období od prosince 2013 do období měsíce března 2014. Výzkumník byl odkázán na časové možnosti respondentů.

5.3 Popis vlastního způsobu zpracování kvalitativních dat

Před realizací samotného interview byl zformulován **záznamový arch**, který předem stanovoval rámec rozhovoru (k nahlédnutí v příloze č. 1). Rámec obsahoval okruhy, které se týkaly plánování, dokumentace, prostředků intervence vedoucí k rozpoznání potřeb dítěte a možnosti evaluace. Dané okruhy byly jádrem rozhovoru. Jednotlivé okruhy byly doplněny o rámcové otázky, které sloužily jako opora výzkumníkovi při pokládání otázek. U každé otázky byly v závorkách uvedené příklady a náměty, které výzkumník mohl použít při rozhovoru, při nepochopení otázky respondentem. Rámec otázek, který doplňoval předem stanovené okruhy, měl zajistit, aby všechna témata byla v průběhu rozhovoru projednána. Otázky rovněž posloužily pro konkretizaci dané problematiky.

Rozhovory probíhaly individuálně. Vždy předcházela dohoda o možnostech nerušivého prostředí a dostatečné časové dotaci pro interview.

Před zahájením rozhovoru, byla se souhlasem všech respondentů, stanovena forma **fixování dat** a to pomocí audiozáznamu na diktafon. Diktafon musel být z důvodů slabého mikrofону uložen vždy v blízkosti tazatele i dotazovaného. Forma videozáznamu byla použita v jednom případě a to pro záznam pozorování intervence speciálního pedagoga v dětském centru a byla doplněna případovou studií daného dítěte s kombinovaným postižením. O způsobu užití videozáznamu byl aktér informován, sběr dat proběhl za přítomnosti samotného výzkumníka.

Analýza dat případové studie proběhla formou **porovnávání případů**.

Data byly vnímány jako součásti celku. Hendl (2005) uvádí, že analýza případové studie orientovaná na případ je vhodná ke hledání konkrétních, specifických odůvodněných konfigurací při malém počtu případů. V rámci našeho šetření se jedná o **mnohopřípadovou studii**. V oblasti zpracování dat u mnohopřípadové studie byla užitá metoda **netříděné metatabulky**. Jednotlivé citace a fráze pedagogů byly zařazeny v rámci jednoho okruhu zájmu (např. plánování). Všechny okruhy zájmu mají tedy svoji netříděnou metatabulku (k nahlédnutí v přílohách č. 2-4). Následně bylo provedeno srovnání případů a hledání shodných znaků. Analýza dat byla orientována na proces. Z toho důvodu také došlo k navržení grafických map jednotlivých oblastí, kde jsme se pokusily poukázat na vztahy mezi případy, což je dle Hendla (2005) znak vyššího stupně analýzy metatabulky.

Pro kvalitativní výzkum je charakteristické získaná data zobrazovat pomocí tabulek, schémat či grafů, což na jedné straně napomáhá přehlednosti, na straně druhé dochází k redukci dat, kdy je nutné dbát na kontext zobrazených informací (Hendl, 2005).

Pro zpracování dat v rozhovoru byla provedena **doslovná transkripce** rozhovorů a to do podoby elektronické (MS Word). Poté byla provedena **redukce prvního řádu**, čímž byla odstraněna nepřehlednost způsobená rozdílem mluveného a psaného slova. Velký rozsah doslovné transkripce působil před redukcí rušivě a komplikoval orientaci v získaných datech (Čermák, Lindémová, 2000, in Miovský, 2006). Švaříček a Šedová uvádí, že řada výzkumníků tvoří pro svá šetření vlastní

výzkumný design, kdy nepoužijí žádný z připravených balíčků, přestože se jimi může inspirovat.

Výzkumník se inspiroval Miovským (2006), kdy po opakovaném čtení došlo k **barvení textu**, což výrazně usnadnilo orientaci v textu a urychlilo jeho analýzu. Ve vytištěných rozhovorech byly barevně označeny výroky, které souvisely se zkoumaným jevem. Zkoumanými jevy byly: proces plánování, užívané speciálněpedagogické prostředky, vedení záznamů a možnost evaluace vlastní práce. Výroky jednotlivých respondentů byly zpracovány u každého zvlášť. Poté byly kategorie jevů porovnávány, hledány byly shodné znaky v rámci konstelací RP a DC (vysvětleno v následující kapitole). Jednotlivé hranice kategorií se mohou překrývat.

Ke zpracování dat z pozorování, které se uskutečnilo pomocí videozáznamu, nám sloužil **záznamový arch pozorování**. Arch byl využit pro **vzorkování událostí** - v našem případě jsme zaznamenávali užití prostředků speciálněpedagogické intervence. Výzkumník se pokusil významově ohraničit události zaznamenané na videozáznamu. Ferjenčík (2000, in Miovský 2006) uvádí, že na základě předem stanovených kritérií se snaží výzkumník pozorovaný děj uchopit jako konzistentní jednotku mající začátek, průběh a konec. Kritéria pro vzorkování událostí se odvíjela z cílů této práce. Pro zaznamenání do archu byla užitá **metoda prostého výčtu**, tedy výčet výskytu jevů a to pomocí **čárkování**.

5.4 Charakteristika zvolených respondentů

Prvním souborem výzkumného vzorku (konstelace RP) pro šetření se stali dva speciální pedagogové, kteří pracují v rámci střediska rané péče, patří tedy pod resort sociálních věcí a splňují zákonem stanovené podmínky pro vykonávání této profese. Charakteristika jejich intervencí z teoretického hlediska byla rozvedena v rámci kapitoly Charakteristika intervence speciálního pedagoga v rané péči. Pedagogové byli záměrně vybráni z jiné spádové oblasti a z jiného střediska a to z důvodů získání většího rozptýlu dat, což rovněž mohlo sloužit ke srovnání i v rámci jednoho

souboru. Podmínkou spolupráce ze strany výzkumníka byla cílová skupina speciálních pedagogů pracujících s dětmi s tělesným nebo kombinovaným postižením, což bylo dodrženo. Podmínkou spolupráce ze strany speciálních pedagogů působících v rané péči, bylo zajištění anonymity jak jejich osoby, tak i jejich klientů. Podmínku jsme splnily dohodou o neuvedení jejich iniciálů a místa působnosti střediska.

Druhým souborem výzkumného vzorku v rámci šetření (konstelace DC), se stali dva speciální pedagogové, kteří jsou zaměstnání v dětském centru a dětském domově pro děti do tří let. Problematika tohoto souboru speciálních pedagogů byla teoreticky popsána v kapitole Charakteristika intervence speciálního pedagoga v dětském centru. Podmínkou spolupráce ze strany výzkumníka byl vzorek respondentů utvořen ze speciálních pedagogů působících v kojeneckém ústavu, který spadá pod resort zdravotnictví. Každý pedagog byl z jiného zařízení. V rámci zakázky spolupráce byla podmínka, že speciální pedagog nebude externím zaměstnancem zařízení a to z důvodů znalosti a orientace v zařízení a jeho možnosti denně vídat dětské klienty a jeho orientace v chodu zařízení. Podmínkou spolupráce ze strany speciálních pedagogů bylo rovněž zajištění anonymity jejich osoby i jejich zařízení.

Počet respondentů byl ovlivněn jejich dostupností (časovou i osobnostní), zejména ochotou respondentů najít si časovou dotaci. Realizaci výzkumu ovlivnila možnost klidného a dosažitelného místa pro rozhovor, ochota svolit k fixaci rozhovoru na diktafon a hovořit na dané téma, přestože neznali přesnou zakázku rozhovoru. Výběr respondentů a jejich počet byl záměrně volen tak, aby byl stejný počet zastoupení pro obě konstelace (tedy dva speciální pedagogové z dětského centra a dva pedagogové z rané péče). Věk a délka praxe speciálních pedagogů v daných zařízeních je čistě náhodná.

Tab. 1 Základní informace k respondentům

	Konstelace DC		Konstelace RP	
	DC 1	DC 2	RP 1	RP 2
Věk	do 30 let	nad 35 let	do 30 let	nad 40 let
Praxe	1 rok	5 let	1 rok	6 let

Poznámka: oddíl „praxe“ uvádí praxi speciálního pedagoga s dětmi raného věku pouze v daném zařízení a v rámci speciálněpedagogické intervence.

Vysvětlivky ke zkratkám:

Konstelace DC - obsahuje výpovědi obou speciálních pedagogů v dětském centru.

Konstelace RP – obsahuje výpovědi obou speciálních pedagogů v rané péči.

DC 1 – výpověď speciálního pedagoga v dětském centru č. 1

DC 2 – výpověď speciálního pedagoga v dětském centru č. 2

RP 1 – speciální pedagog ze střediska rané péče č. 1

RP 2 – speciální pedagog ze střediska rané péče č. 2

5.5 Sebereflexe výzkumníka

Pro získávání a následnou interpretaci dat je důležitým faktorem i samotný výzkumník. Jeho postoje, role a pozice, které zaujímá v průběhu šetření vůči získaným informacím, a samotným respondentům, spoluvytvářejí charakter získaných dat. Miovský (2006) poukazuje na sebereflexi jako na korektivní nástroj v rámci komunikace, dále pak jako na alternativní zdroj v rámci výzkumného šetření a faktor, který zvyšuje jeho validitu. Je také pomyslnou kontrolou. Z těchto důvodů byla zařazena do této práce i sebereflexe výzkumníka.

Výzkumník mohl být ovlivněn určitými předpoklady vyplývajícími z jeho zkušeností, či ze získaných teoretických informací v rámci studia speciální pedagogiky raného věku. Studovaný obor není zaměřen učitelsky, nýbrž

terapeuticky, proto byl zájem o danou problematiku zúžen na zjištění procesů speciálněpedagogické intervence v rámci neučitelských pracovišť. Nejširší povědomí málo chodu dětských center, avšak dochází k transformaci těchto služeb a i tato oblast byla zajímavým zdrojem nových zjištění. Byl přitahován možností srovnání, což vzal jako výzvu v rámci svého šetření. Zároveň je orientován somatopedicky, ve své praxi měl nejčastější zkušenost s dětmi raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením. Proto byla zvolena jako cílová skupina v rámci intervencí speciálních pedagogů právě tato.

Motivace ke sběru dat byla podmíněna zejména obavou o spolupráci respondentů. Proto byla cennou spolupráce, která byla získána u čtyř speciálních pedagogů. Realizace rozhovorů probíhala v pořadí RP 1, DC 2, DC 1 a RP 2. Průběh prvního rozhovoru byl obtížný, výzkumník se obával chyb při vedení rozhovoru a toho, že neobsáhne veškerou problematiku, kterou chtěl během rozhovoru projednat. Zároveň se vyskytly obavy, že bude-li chtít získat více podrobností, respondenta by příliš k odpovědím naváděl. Z toho důvodu byla zvolena forma předem nachystaných okruhů, ale i vzory otevřených otázek mapující dané oblasti (arch k nahlédnutí v příloze č. 1). Na závěr může shrnout, že nejlépe vedený rozhovor s odbouráním všech předchozích nejasností byl, právě ten poslední.

V rámci kvalitativního šetření byl vytvořen, pomocí předvýzkumu, určitý plán postupu. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu, kde je rámec šetření pevně stanoven, je kvalitativní výzkum bez pevně dané struktury. Také z toho důvodu byl přikloněn k podrobnému zápisu průběhu veškerého šetření. Záznam kvalitativního výzkumu byl zhodnocen jako velmi náročný na vyjadřovací schopnosti. Náročnost také spočívá v uvědomění si všech získaných informací a jejich důkladné interpretaci. Prvotní představa o zpracování dat formou otevřeného kódování se projevila jako nevhodná, z několika příčin nebylo vhodné užít tento typ zpracování dat. Jedním z důvodů bylo, že nešlo provést kategorizaci a subkategorizaci některých výroků, aniž by data ztratila co do kvality interpretace. Případová studie byla lépe uchopitelnou a umožnila obsáhlejší a podrobnější výklad zjištěných dat. Budeme-li

se věnovat i otázce časového rozvržení šetření, tak ten byl podceněn, zejména tím, že nebylo počítáno s nezdary v rámci zpracování dat.

Kvalita sběru dat byla bezesporu ovlivněna samotným výzkumníkem. V průběhu šetření bylo pracováno s osobním problémem, kdy bylo zapotřebí omezit tendence k dedukcím a předpokladům. Muselo být pracováno na odstranění kvantitativního přístupu k šetření. Bylo obtížné pracovat s holými fakty, odbourat vlastní hypotézy. Výzkumník si byl vědom, že kvalitativní výzkum vyžaduje práci pouze s pouhými fakty. V opačném případě by došlo z jeho strany k ovlivnění výkladu získaných informací.

Celý proces počátku a průběhu šetření byl výzkumníkem záměrně podrobně popsán a charakterizován. Volba a užití metod, způsoby zpracování dat, postupy v šetření, mimo jiné i zachycení sebereflexe výzkumníka. Vše v co nejpodrobnějším výčtu a to z důvodu snahy co nejpřesnější interpretace průběhu šetření. V následující kapitole je zobrazeno vlastní zpracování výsledků. Což je jeden z kroků úspěšnosti šetření.

6 Vlastní interpretace dat

Data mnohopřípadové studie byla zaznamenána formou doslovné transkripce rozhovorů. Transgribovaný text byl zpracován do netříděné metatabulky. Metatabulka umožňuje další zpracování a to – porovnávání případů mezi sebou. Zobrazuje fráze a citace výpovědí respondentů (jednotlivé případy) pro dané kategorie jevů. Metatabulky byly z důvodů lepší orientace rozděleny do několika tabulek, které oddělují jednotlivé oblasti zájmu, nalezneme je v přílohách č. 2 - 4. Netřízené metatabulky mapují jednotlivé aspekty intervence speciálních pedagogů v daných zařízeních. Udávají odpovědi na otázky průzkumu týkající se plánování, vedení záznamů, možnosti evaluace a užívané prostředky. Pro zobrazení, porovnání případů mezi sebou a nalezení shodných znaků byly data analyzovány s pomocí grafických znázornění.

6.1 Reflexe k netříděným metatabulkám

Reflexe k příloze č. 2

Mapování využívání prostředků ve speciálněpedagogické intervenci

Cílem tohoto šetření bylo získat odpovědi na otázku průzkumu týkající se využívání prostředků speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením. Na výčet užívaných prostředků, jež uvedli speciální pedagogové, lze nahlédnout do přílohy č. 2. Při interpretaci dat bylo rozhodnuto věnovat se jen shodným znakům konstelací.

Konstelace DC shodně využívá prostředku vlastní speciálněpedagogické intervence, zejména jako odrazového můstku pro další plánování péče. Prostředkem napomáhajícím k odbourání nejasností slouží zejména sběr informací od zdravotních sester, které tráví s dítětem většinu dne. To potvrzuje nutnost týmového přístupu. Jako kladné hodnotíme zjištění, kdy DC 1 i 2 využívají jako prostředek k zahájení

intervence samotné rozpoložení dítěte a jeho naladění. Uvědomují si, jak je důležité pozorování a k doplnění informací nejen od zdravotního personálu, ale i od samotného klienta. V konstelaci DC uvádějí dostatečné materiální vybavení, kdy DC 2 vytváří i vlastní pomůcky a užívá prostředky denní potřeby jako elektronický kartáček, masážní strojek apod. Nedostatek finančních prostředků bylo míněno v rámci využití proplacení různých terapií. Kdy možnost sponzorů je stále omezenější. Konstelace DC využívá multisenzoriální přístup. Prostředkem je také časová dotace, kdy jsou schopni zajistit dítěti speciálněpedagogickou péči průměrně 2-3x týdně.

V konstelaci RP patří mezi důležité prostředky, umožňující práci, vozový park, který slouží k přesunu ke klientské rodině. Opět nebyly vyjádřeny pochybnosti o dostatečném materiálním vybavení pracoviště. Je třeba organizace zprostředkování pomůcek do jednotlivých rodin, zejména těch finančně nákladných. Velkým překvapením bylo využívání videotréninku u obou pedagogů. Což je pozitivní zjištění.

Z výčtu užívaných prostředků je však pro výzkumníka patrné, že není stěžejní nákladná vybavenost pracoviště, ale kreativita speciálního pedagoga. Činnost a získávání zkušeností pedagogů by měly vycházet nejen z vlastního vzdělávání, ale i možnosti konzultací, sebereflexí, evaluace vlastní práce. Důležité pro obě konstelace je podpora od celého týmu pracujícího s dítětem. V konstelaci DC je týmem ředitel z pozice nadřízeného, lékaři a zejména zdravotní sestry. V konstelaci RP je potřeba spolupráce s rodinou klienta, společně pak vytvářejí tým. V rámci kvalitní spolupráce nelze přistupovat k rodičům z pozice odborníka, ale z pozice rovnocenného partnera poskytujícího cenné informace a prostředky vedoucí k úspěchům v péči o dítě s postižením. Velkým přínosem je pro speciální pedagogy této konstelace možnost konzultace s dalšími odborníky ze stejné oblasti a využití sdělených informací od samotných klientů. Respondenti našich konstelací jsou však velmi specifictí, proto k získání ucelených informací je vhodné nahlédnout i do přílohy č. 2.

Tab. 2 Shody ve využití prostředků

Shody ve využití prostředků	
<p style="text-align: center;">DC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - využití psychomotorické diagnostiky, - informace z různých vyšetření a od personálu zařízení, - využití zpětné vazby dítěte, - aktuální naladění dítěte, - dostatečné materiální vybavení, - multisenzoriální přístup, - možnost intervence 2-3 x týdně, - využití hraček. 	<p style="text-align: center;">RP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - využití vozového parku, - dostatečné materiální vybavení, - sociálně-aktivizační činnosti, - setkávání rodičů, - videotrénink, - spolupráce s ostatními odborníky, - aktuální stav dítěte, - informovanost rodičů, - využití různých zdrojů informací prostřednictvím rodičů, - zakázka rodičů, - intervence dle potřeb rodiny, - časová dotace, - odborné pomůcky i hračky, - rodinné prostředí, - rozhovor, dotazování, pozorování.

Reflexe k příloze č. 3

Mapování procesu plánování speciálněpedagogické intervence

Reflexe procesu plánování slouží k zodpovězení otázky našeho průzkumu: Jaké jsou faktory, které ovlivňují plánování speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením? Vedlejším cílem pro nás bylo zmapování procesu plánování speciálněpedagogické intervence.

Výzkumník nejprve vyčlenil citace a fráze k oblasti plánování, získané z transkribovaného textu rozhovorů, do metatabulky. Pro přehlednost byly jednotlivé výroky rozděleny dle respondentů. Následně došlo ke srovnání jednotlivých konstelací. Důležité bylo nevytrhnout informace z kontextu, proto byly odpovědi respondentů vyčleněny přímo z odpovědí ke zkoumané oblasti.

Shodnými znaky pro konstelaci DC jsou omezené možnosti získání dat od rodičů. K získání všech informací o dítěti používají veškeré možné jimi uvedené dostupné zdroje, což jim umožňuje i charakter zařízení. Využívají zpětné vazby od samotného dítěte k další intervenci. Zjišťují jejich jednotlivé dovednosti.

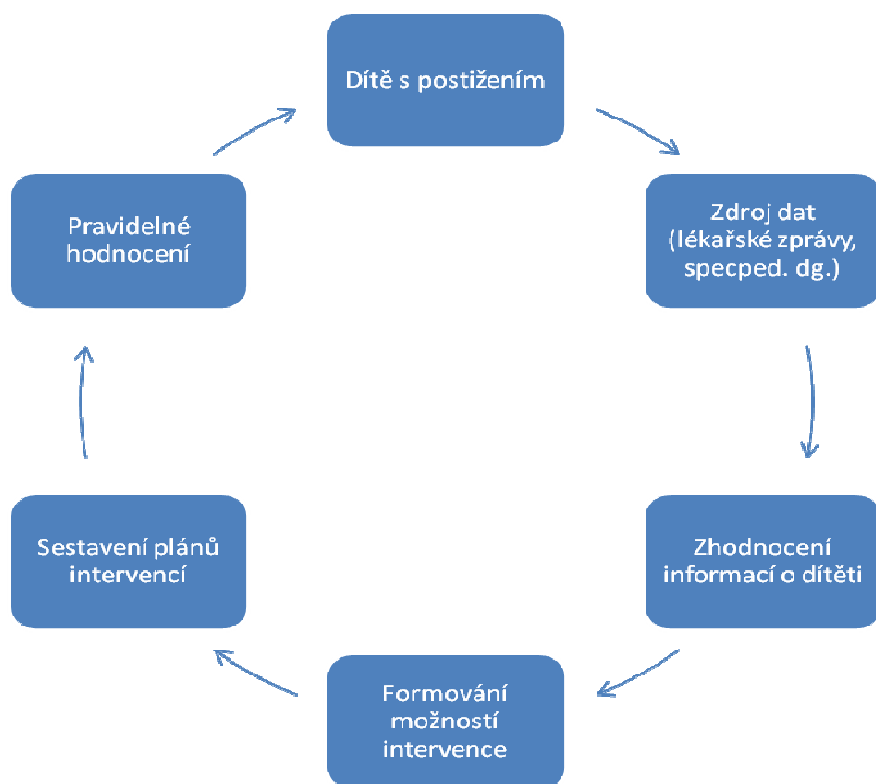
Rozhodli jsme se mapu plánování konstelace DC zobrazit pomocí kruhového diagramu. Na začátku plánování intervencí je vždy dítě s postižením (klient zařízení). Speciální pedagog poté získává co nejvíce dat pomocí lékařských zpráv, rozhovorů a vlastní speciálněpedagogické diagnostiky. Následuje zhodnocení získaných dat a formování možností intervence. Pedagog na tomto základě sestavuje vlastní strukturu plánování intervencí, ta se odvíjí zejména od pravidelného hodnocení psychomotorického vývoje dítěte. Data hodnotí a aktualizuje v měsíčních intervalech a celý děj se opět opakuje. Plánování je ovlivněno částečně i možnostmi organizace, ve které respondenti pracují.

Charakter plánování pro konstelaci RP. Z výpovědí je zřejmé, že zakázka pracovníků a plánování vychází zejména z potřeb a informací dané rodiny. RP 1 i RP 2 uvádějí, že informace podané rodičům slouží k sestavení jejich zakázky. Rodiče jsou posléze schopni lépe definovat své potřeby, uchopit a pojmenovat svůj aktuální problém. RP 1 i RP 2 poskytují základní diagnostiku dítěte, což též slouží jako opěrný

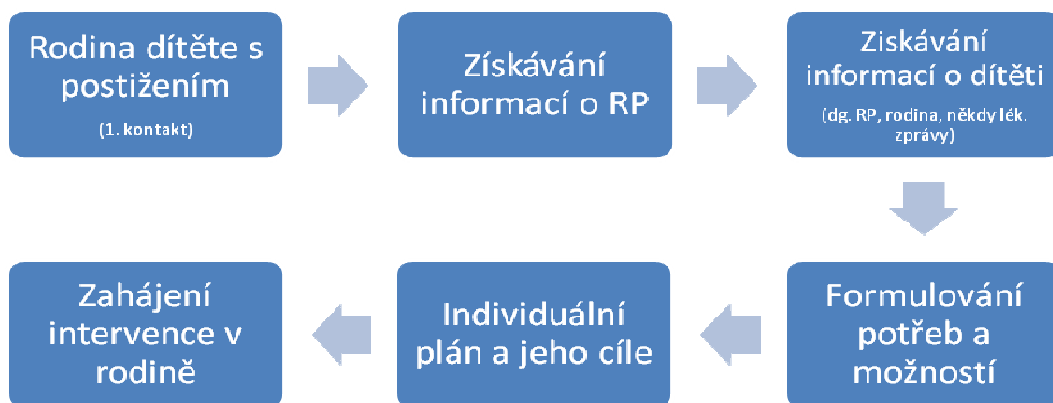
bod pro další intervenci. Zdroje informací jsou jak odborné tak rodinné, o čemž rozhoduje rodina dítěte. Vše je podřízeno zakázce a přání rodičů. Při vlastní intervenci v oblasti plánování, se pedagogové snaží pracovat též s možnostmi dítěte, ale i zdroji vlastní rodiny. Plánování je flexibilní a řídí se potřebami rodiny. Při zahájení samotných intervencí v rodině je již formulován individuální plán, hlavní a dílčí cíle, které rodina může měnit. Při samotném zahájení intervencí v rodině, je zakázka rodině již mnohem uchopitelnější, než po prvním kontaktu se střediskem a proto je z našeho pohledu důležité zobrazit plánování diagramem s výstupem.

Zde je také nejcitelnější rozdíl konstelacemi. DC pracují s vlastním sestavením zakázky dítěte, pracují pragmaticky a intervence s dětmi je přímo závislá na plánování a možnostech samotných pedagogů. V konstelaci DC jsou získané informace mnohem pestřejší co do přesnosti a odbornosti. Speciální pedagog má možnost nahlédnout do veškerých zpráv z vyšetření dítěte. RP pracuje zejména s informacemi od rodiny, ale také pro rodinu, kdy je pedagog jakýmsi doprovodem, či prostředníkem k uchopení situace. Pro zvýšení kompetencí zákonných zástupců slouží právě poskytnutí ucelených informací vhodným způsobem. Spolupráce je zcela dobrovolná. Speciální pedagogové konstelace RP mohou a nemusí mít zdravotní zprávy k dispozici, informace získávají zejména z vlastních vyšetření a od rodičů, kdy jsou informace mnohdy nepřesné. Pomocí shodných znaků v konstelacích DC a RP byly sestaveny myšlenkové diagramy:

Obr. 1 Diagram plánování konstelace DC:



Obr. 2 Diagram plánování konstelace RP



Reflexe k příloze č. 4

Způsob a formy vedení záznamů speciálněpedagogické intervence

Tento oddíl je věnován zpracování informací, které zjišťují, jak probíhá záznam a vedení dokumentace, což je jedním z našich vedlejších cílů.

Z výpovědí konstelace DC je zřejmé, že v současnosti není dána forma vedení záznamů. Speciální pedagogové si tvoří koncept záznamů sami a z vlastní iniciativy. Dokumentace není kontrolována ani vyžadována nadřízenými. Záznam intervencí probíhá zejména kvůli vlastní zpětné vazbě, zaznamenává ne/úspěšnost intervencí a slouží k pravidelnému hodnocení stavu dítěte. Obsahuje základní údaje o dítěti a zápis o psychomotorickém vývoji, o druhu, stupni a hloubce postižení. Rozsahem záznamu podrobností se liší. Pro respondenty je důležité si vést pravidelné stručné zápisy. U DC 2 jsou součástí záznamů i anamnestické údaje dítěte a ohodnocení spolupráce s rodiči. Speciálněpedagogické záznamy v obou DC nejsou součástí složky dítěte.

Vedení záznamů konstelace RP je systematické a je povinné – je podmínkou ke splnění kvality služeb. Schválení formy a vedení záznamů určuje zřizovatel. Dokumentace musí splňovat určité parametry. Přesto se koncept záznamů v jednotlivých zařízeních liší a je vždy koncipovaný daným pracovištěm individuálně. Důležitost je přikládána zejména záznamům veškerých setkání a intervencí, což slouží ke zpětné vazbě nejen respondentům, jejich nadřízeným, ale je jakousi zpětnou vazbou i pro samotné klientské rodiny. Důraz je kladen na sepsání smlouvy se zařízením a předání velkého množství informací směrem k rodině. Zařízení mají zpracovány nejrůznější metodiky jak vůči přístupu ke klientům, tak při užití jednotlivých terapií. Střediska mají dlouholetou praxi ve vedení a zdokonalování vedení záznamů. Od DC se liší též zařazením výsledků vyšetření realizovaným vlastním střediskem, ale také zařazením lékařských či jiných zpráv. V tomto případě je totiž předání kompletních informací centru zejména na úsudku rodiče. Oba respondenti RP se shodují v tom, že je pro ně důležité znát co nejvíce komplexní obraz klienta a toho, čím vším si už klientská rodina prošla, jaké jsou

jejich zkušenosti s odborníky apod. Uvedením a definováním stavu malého klienta je poté zkrácena doba volby zařazení vhodné intervence, je také možné včas zamezit možným chybám v intervenci, či zklamání rodiny.

Tab. 3 Shody ve způsobu vedení záznamů

Shody ve způsobu vedení záznamů	
DC	RP
<ul style="list-style-type: none"> -vlastní forma vedení záznamů -pravidelný zápis po každé intervenci -pravidelné hodnocení intervencí -není kontrolováno zaměstnavatelem -vedení dokumentace je z vlastní iniciativy, není součástí složky klienta 	<ul style="list-style-type: none"> -smlouva se střediskem -vedení osobní složky klienta -záznamy veškerých setkání a intervencí -dobrovolné zařazení jiných dokumentů o dítěti -zápis o vlastním vyšetření střediskem -povinné vedení záznamů -vlastní forma dokumentace vytvořená střediskem -užití vlastních formulářů -individuální plán rodiny - pravidelně aktualizováno

Reflexe k příloze č. 5

Možnosti evaluace speciálního pedagoga

Výsledky mapování možností evaluace byly pro výzkumníka velkým překvapením. Možnosti využití evaluace jednotlivých respondentů se od sebe velmi liší. Oblast zkoumání odpovídá na výzkumnou otázku týkající se toho, jaké má speciální pedagog možnosti evaluace při práci s danou klientelou.

Nejprve se budeme věnovat konstelaci DC. Jejich možnosti evaluace jsou ovlivněny typem zařízení, ve kterém jsou sami oproti počtu zdravotních sester. Jejich intervence se od té zdravotní liší, pracují i na uspokojování vyšších potřeb dítěte s postižením. Při práci s dětmi s těžkým kombinovaným postižením je poté před zdravotníky obtížné obhájit důvody a výsledky práce. Je znatelná nepropojenost pracovníků. Speciální pedagog se zabývá celistvým pohledem na dítě. Zajištění základních potřeb může být spojnicí práce zdravotníka a speciálního pedagoga. Je-li dítě uspokojeno od zdravotníka na základní rovině, má poté zpravidla i speciální pedagog dobře naladěného klienta. V konstelaci DC je patrná bohužel souvislost s možnými překážkami, které zmiňujeme níže. Pro úspěšné zapojení konstelace DC je nutná podpora, důvěra a zájem nadřízených, kterou respondent DC 1 neuvádí. DC 2 vyslovil, že je obtížné získat evaluaci vlastní práce. Z výčtu jeho možností evaluace, kterou si vytvořil a zajistil, jsou jeho zdroje adekvátní v rámci zdravotního zařízení.

Konstelace RP se mezi sebou liší. RP 1 je součástí početnějšího kolektivu. Pro pracovníka je důležitá reflexe s ostatními pracovníky, kam patří i nadřízení, které nevnímá jako kontrolu ale oporu při zkvalitňování vlastní práce. Zpětná vazba od rodin je vyžadována zejména pro možné zkvalitňování služby a spokojenost s ní. Evaluace tedy vychází i ze zájmu nadřízených. Pro samotného pedagoga je zpětná vazba rodiny zajímavý a podnětný hybatel jeho práce. Pro zpětné ohodnocení úspěchů či neúspěchů využívá opět dokumentaci. RP 2 zajišťuje evaluaci 2x ročně dotazníkovým šetřením. Efektivnost práce a spokojenost klientských rodin je však důležitá i z hlediska průkazu potřebnosti služby pro zřizovatele. Ukazatelem jsou i zpětné vazby spokojenosti klientů, úspěchy intervencí, aktivita rodiny.

Tab. 4 Možnosti evaluace práce speciálního pedagoga

Možnosti evaluace práce speciálního pedagoga			
DC 1	DC 2	RP 1	RP 2
-využití konzultace se speciálním pedagogem ZŠ speciální	-evaluace pomocí hodnocení cílů intervence -hledání příčin při nedosažení cíle -zájem nadřazeného o efekt intervencí -schůze s ostatním personálem -forma supervize od externího odborníka z oblasti speciální pedagogiky - nové podněty, nové metodiky, pomocná ruka, konzultace	-povinný sebereflektující dotazník na zhodnocení vlastní práce -intervize a dohled kolegyně -dohled nad kvalitou služby -dohled vedoucího -zpětná vazba od rodin -dokumentace ke zpětnému nahlédnutí -konzultace s instruktorkou -možnost vypovídat se a získat nové náhledy od kolegů	-zpětná vazba od rodin 2x ročně pomocí dotazníkového šetření -vlastní potřeba zjišťovat spokojenost klientů -úspěchy intervencí -uchopení problému rodinou -aktivita rodiny -vlastní pocity po úspěšné intervenci -naladění dítěte a jeho reakce

6.2 Reflexe videozáznamu intervence DC 1

Celá událost, v našem případě tomu byla intervence s dítětem raného věku s kombinovaným postižením realizována speciálním pedagogem DC 2(dále jen účastník), byla vnímána, jako celistvá jednotka se začátkem, průběhem a koncem.

Vlastní intervence s dítětem byla v délce 19:42 minut. Anamnéza dítěte je k nahlédnutí v příloze č. 6.

Popis průběhu intervence:

Před zahájením činnosti byl veden rozhovor se zdravotní sestrou o rozpoložení chlapce, předány byly základní informace. Vše probíhalo v dopoledních hodinách, dítě bylo nakrmeno a přebaleno, jeho základní potřeby byly uspokojeny. Dítě bylo v dobré zdravotní kondici. Malý klient byl poté přemístěn do pracovny

účastníka. Zde je splněna podmínka nerušivého prostředí, individuálního přístupu a dostatečného osvětlení. Odbourány byly veškeré rušivé zvuky (vypnutí mobilního telefonu, vypnutí rádia). Pozorovatel se usadil mimo zorné pole klienta, protože by mohl být rušivým elementem. Začátek intervence byl věnován naladění dítěte a jeho motivaci. V průběhu intervence mezi sebou pozorovatel s účastníkem nekomunikovali. Účastník slovně doprovázel veškerého dění okolo klienta. Měnil hlasovou intonaci, střídal podněty, nešetřil pochvalou a pozitivním komentářem spolu se zapojením výrazné mimiky. Chlapci podával jednu aktuální krátkou a jasnou slovní instrukci, kterou několikrát zopakoval spolu s ukázkou. Reagoval na projevy dítěte (zpravidla slovním doprovodem). Chlapec dostal vždy dostatečnou časovou dotaci pro reakci. K oslovení malého klienta užíval vždy zdrobnělinu jeho křestního jména. Práce byla orientována na aktivaci levé horní končetiny. Intervence začínala v horizontální poloze dítěte. Veškeré hračky a pomůcky byly schovány ze zorného pole klienta (za zády speciálního pedagoga, aby dítě nebylo rozptylováno rušivými prvky okolí). Účastník seděl u dítěte na zemi, čelem k němu. V další části byl chlapec přemístěn do dětské židličky, čelem k účastníkovi, oba byli ve stejné úrovni. Židlička měla stolík, chlapci byly předkládány hračky a pomůcky na pracovní plochu. Činnosti na vkládání, zasouvání a jemnou motoriku. Závěrem proběhla činnost, kdy si účastník posadil dítě na klín zády k sobě, a pracovali u desky pracovního stolu. Zde měl aktér možnost omezit pohyb pravé paže a soustředit se na aktivizaci levé horní končetiny. Klientovi bylo omezení pohybu nepříjemné, ale řídil se instrukcemi, kdy opravdu zapojil požadovanou končetinu. Poté proběhla část pro zklidnění – aromaterapie a odpočinek ve snoezelenu. Zvolení doby trvání činnosti bylo adekvátní. Na klientovi byla ke konci intervence znát únava, rozladění a zvyšující se nespolupráce.

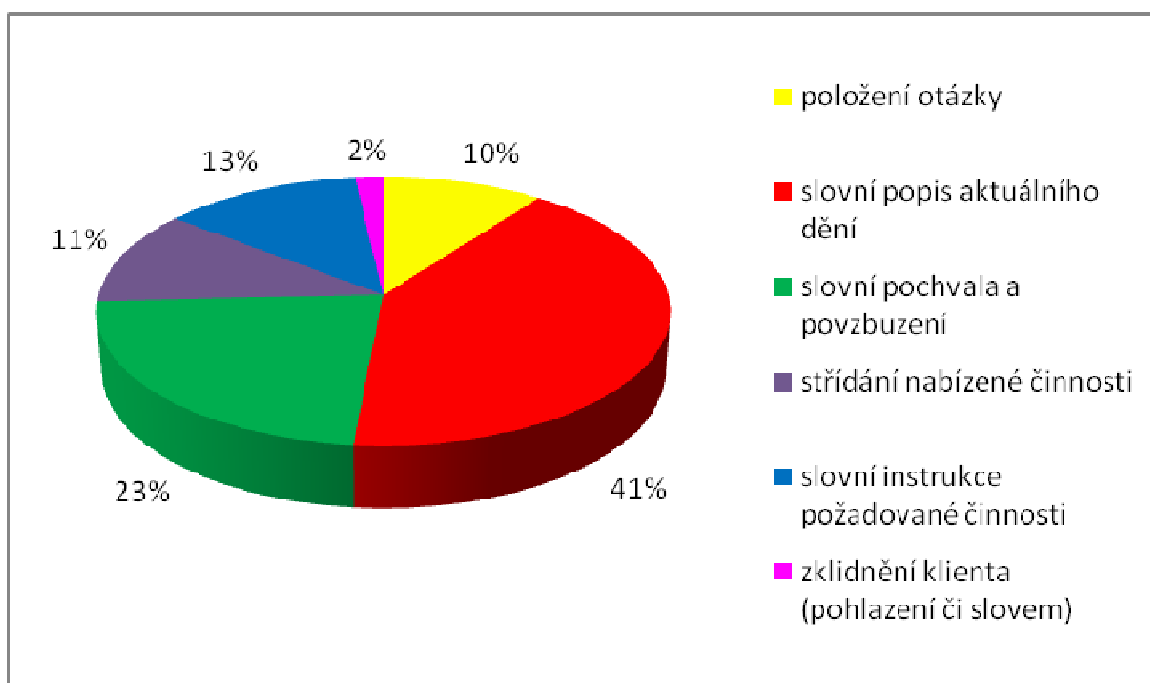
Následující tabulka označuje četnost výskytu projevů (prostředků), které užil speciální pedagog DC 2 při práci s dítětem s kombinovaným postižením. Na základě předem stanovených kritérií bylo vzorkováním události zaznamenáno využití prostředků v rámci dané intervence a to formou prostého výčtu získaných dat. Tato

metoda neumožňuje záznam intenzity, či zpětnou rekonstrukci, jak šli jednotlivé projevy za sebou (Miovský, 2006). S tímto zjištěním výzkumník počítal a neshledal je relevantními pro dané šetření.

Tab. 5 Výskyt užitých prostředků v rámci intervence DC 2

Projev (užití prostředku)	Výskyt	Procentuální zastoupení
položení otázky	17x	10%
slovní popis aktuálního dění	69x	41%
slovní pochvala a povzbuzení	38x	23%
střídání činností	19x	11%
slovní instrukce požadované činnosti	21x	13%
zklidnění klienta (pohlazení či slovem)	3x	2%

Graf 1 Znázornění procentuálního zastoupení prostředků intervence DC 2



Komentář tabulky 5:

Grafické znázornění průběhu intervence DC 2, bylo zaměřeno na 6 oblastí užitých prostředků. Celek (100%) obsahuje záznam v délce 19:42 minut, z něhož největší část (42%) věnoval účastník slovnímu popisu aktuálního dění. Tím dával klientovi možnost orientovat se. Je nutné poznamenat, že klient na krátké slovní instrukce reagoval. K dosažení požadovaného úkonu posloužila názorná ukázka činnosti. Při splnění byl klient pochválen. Pozitivní hodnocení v rámci intervence zastupuje 23%. Různorodost a obměna činností byla pro účastníka cesta k úspěchu. Střídání činností (11%) slouží i k motivaci a zaujetí pozornosti klienta. Pokládání otázek přispívalo zejména ilustraci dění: „Je to malé, že? Je to studené? Máš kostku? Chceš? Líbí?“ apod. Některé úkony klient zvládal ihned. Následovalo vždy zopakování úkonu pro upevnění znalosti. Zklidnění bylo potřeba zejména na konci intervence, kdy klient jevil známky únavy.

Materiální prostředky byly v rámci intervence užity tyto: chrastítka různých barev a velikostí, zvoneček, kostky různých barev a velikostí, kuličky, lentilky, fazolky, hračky vydávající zvuky, svítící hračky, little room, různá velikost nádob na vkládání, pingpongové míčky, proložka na vajíčka, kojící polštář na podporu sezení, dětská stolička, široký náramek na ruku, zrcadlo, bublinková folie, umývací houbička, ptačí peříčka, masážní strojek.

Z výčtu užitých materiálních prostředků je zřejmé, že mnohdy není zapotřebí nákladného vybavení pracoviště, ale nápaditost speciálního pedagoga. Je však důležité znát cíl, čeho má intervence dosáhnout a na čem pracovat. Současně dbát na možnosti a schopnosti dítěte s postižením. V rámci vlastní intervence je nutný aktivní, vnímavý a trpělivý přístup speciálního pedagoga.

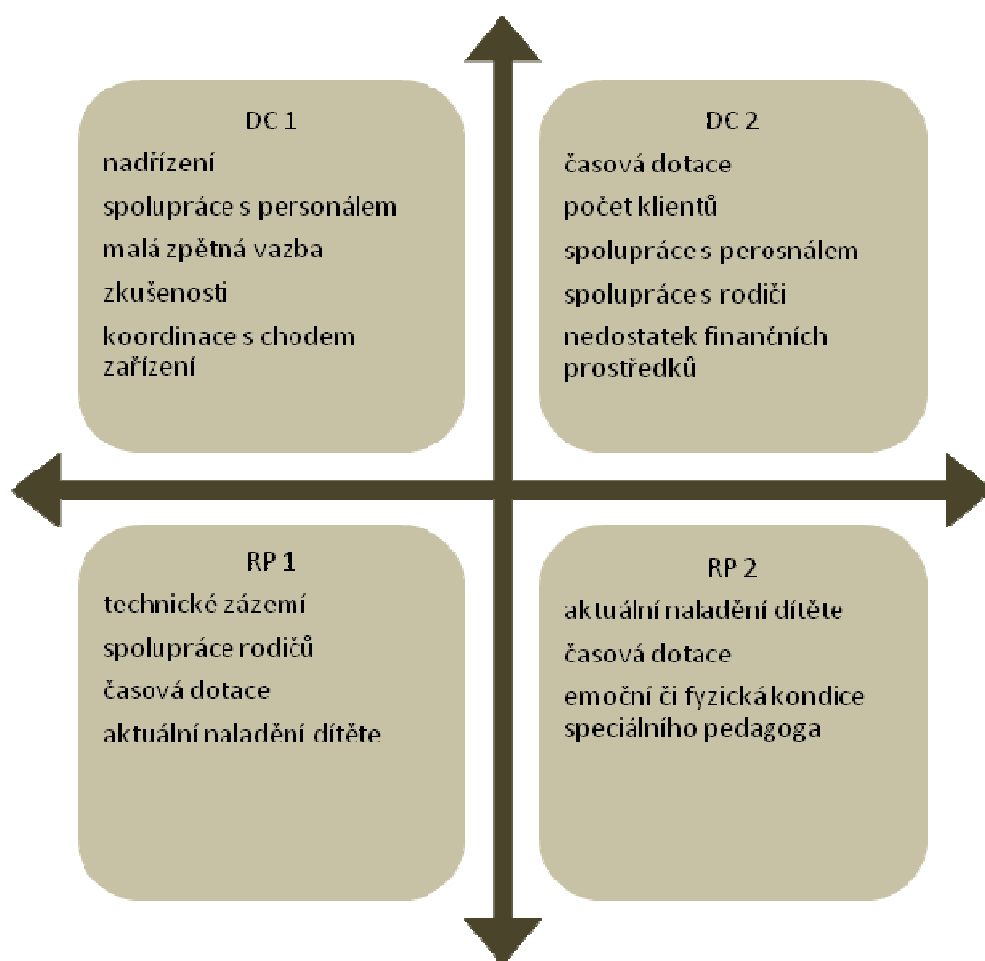
6.3 Reflexe možných překážek v intervenci

Při získávání informací o průběhu procesu speciálněpedagogické intervence, mimo předem daných okruhů byly zjištěny možné překážky, které vnímali respondenti v rámci svých intervencí v daných zařízeních. Všichni respondenti se liší, každý má svůj specifický pohled. Nejčastěji však byl překážkou faktor času a spolupráce.

V dětských centrech je pro zajištění stálé intervence s dětmi s postižením potřeba i edukace zdravotníků speciálním pedagogem, z toho důvodu, že pedagog s dítětem nemůže být z časových důvodů denně. Právě tuto oblast však uvedli respondenti jako problematickou. Z výpovědi respondenta z DC 2 byly zjištěny informace o již nastaveném systému spolupráce se zdravotním personálem. Má vytvořen systém kontroly metodou čárkování jednotlivých předem daných úkonů. Jeho intervence jsou ostatním personálem akceptovány. Má nad sebou i podporu vedení. Naopak pedagog v DC 1 udává velké obtíže s přijetím konceptu speciálněpedagogické péče. Pozice je z jeho pohledu o to obtížnější, že děti, se kterými pracuje, mají těžké kombinované postižení a nejsou u nich znatelné změny ve vývoji. Vedoucí zařízení není z oboru a má velká očekávání. V daném zařízení doposud nebyla navozena spolupráce mezi pracovníky, ani podpora od vedení.

Pro konstelaci RP je důležitý vozový park, technické zázemí. Jejich intervence nejsou tak časté jako u konstelace DC a možnou překážkou je aktuální naladění dítěte. Při neúspěších prvotně začínají od sebereflexe. Počítají s únavovou křivkou dítěte a s časovou dotací, kdy nemohou s dítětem pracovat mnohdy déle nežli 20 minut. I to však vnímají jako pozitivum, kdy ve zbývajícím čase se věnují potřebám rodiny a jednotlivým členům. Rozptyl mezi jednotlivými intervencemi chápou pozitivně, dochází zde k osamostatňování, aktivizaci členů a společně pak své úspěchy a závěry mohou hodnotit. Bezesporu je pro úspěšnost zvolených metod důležitá aktivní spolupráce s rodiči, ale i celková fyzická i psychická zdatnost pracovníka.

Obr. 3 Zobrazení možných překážek intervence u jednotlivých respondentů



7 Shrnutí a diskuze výsledků

Z obsáhlého výčtu informací věnující se vlastní interpretaci získaných dat je patrné, že bylo vhodné zvolit rozčlenění souhrnného protokolu jednotlivým kategoriím našeho zájmu. Samotný obsah transkribovaného textu rozhovorů je uchován v archivu výzkumníka, spolu s videozáznamem intervence DC 2. K dispozici jsou však netříděné metatabulky s výčtem výpovědí respondentů a také jejich následné analyzování.

7.1 Kritická reflexe průběhu šetření

Výzkumník si je vědom faktorů ovlivňujících získaná data. Charakter výpovědí je vždy vázán na rozpoložení respondenta, jeho časových možnostech, na sympatiích, aktuálním psychickém rozpoložení, či na vlastní osobnosti obou. Sběr informací vždy ovlivňují procesuální faktory, se kterými musí výzkumník počítat. Situace sběru dat je neopakovatelná. Sběr údajů mohlo například ovlivnit i to, že respondenti měli záznamové zařízení přímo před sebou a viděli na něj. Zvolená metoda, zpracování transkribovaného textu rozhovorů pomocí netříděných metatabulek, dala výzkumníkovi možnost zobrazit vyslovená fakta v rámci šetření dané případové studie.

Vzhledem k charakteru získaných dat se domníváme, že množství získaných informací v rámci rozhovorů bylo ovlivněno tím, že výzkumník přesně věděl oblasti, o které se zajímá a které sleduje. Všichni speciální pedagogové (respondenti) v rámci daného šetření pracovali s velkým výčtem informací. Bereme na vědomí, že v danou chvíli si nemuseli na všechny námi zkoumané aspekty speciálněpedagogické intervence vzpomenout. Výsledky šetření jsou platné pouze pro zvolený výzkumný vzorek a nelze jej zobecnit, může být ale vhodným podkladem pro další možná šetření a prohlubování znalostí o dané problematice.

Důraz byl v neposlední řadě kladen na pečlivý záznam všech kroků šetření, užití metodiky apod., což vnímal výzkumník jako podmínku ke zvýšení kvality šetření.

7.2 Diskuze

Záměr závěrečné diskuze je shrnutí a interpretování získaných dat z výzkumného šetření. Užití několika metod ke sběru dat poskytlo množství zdrojů informací, jež byly dále analyzovány a zpracovány do jednotlivých sekvencí k daným zkoumaným oblastem.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo analyzovat aspekty vybrané speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením. Cíle bylo dosaženo pomocí získaných dat z interview realizovaných se čtyřmi speciálními pedagogy. Ti byli ze dvou středisek rané péče a dvou dětských center do tří let věku dětí. Podrobné informace jsou k nahlédnutí v kapitole Charakteristika zvolených respondentů. Důvody zvolení respondentů jsou uvedeny v kapitole Popis realizace výzkumu. Další data byla získána pomocí videonahrávky. Sběr dat byl doplněn o dvě anamnestická šetření, která jsou součástí příloh 6 a 7. Tímto byla zajištěna triangulace dat.

Zvolenou výzkumnou strategií byla případová studie. Ta měla vymezené hranice volbou vedlejších cílů a formulací problému – v případě tohoto šetření tomu byla analýza aspektů speciálněpedagogické intervence.

Výběr způsobu zpracování dat případové studie nebylo jednoduché. Bylo rozhodnuto získaná data z rozhovorů zaznamenat formou jejich doslovné transkripce. Transkribovaný text byl zpracován do netříděných metatabulek (viz příloha č. 2 - 5).

Získaná data byla roztříděna do dvou konstelací DC a RP – vysvětlení zkratk je uvedeno na straně 57. Zde je k nahlédnutí i popis rozdělení respondentů. Do každé konstelace byli zařazeni dva speciální pedagogové. Tímto byla vytvořena možnost

pro srovnání a hledání shodných znaků nejen dvou konstelací reprezentujících zařízení spadajícími pod rozdílné rezorty, ale vznikla i možnost porovnání intervence speciálních pedagogů.

V rámci sekce zabývající se prezentací získaných dat, byla provedena současně i jejich analýza a to z důvodů zachování přehlednosti. Z toho vyplývá, že je následující diskuze založena na shrnutí základních poznatků. Získané informace se navzájem prolívají a doplňují ve všech oblastech zájmu, nelze je od sebe oddělit, což je zřejmé i z charakteru diskuzí k jednotlivým oblastem.

Na začátku šetření byly formulovány vedlejší výzkumné otázky, které reprezentovaly výzkumný problém. Pokusíme se je nyní zodpovědět.

- *Jaké se používají prostředky speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením?*

Využívanými prostředky je zejména sběr informací z různých zdrojů, což posléze poskytuje speciálnímu pedagogovi co nejucelenější obraz o dítěti. Všichni respondenti využili vlastní možnosti diagnostikování dítěte. Ani jedna z konstelací neměla problém s materiálním vybavením pracoviště. Každý respondent je specifický, což se projevuje i různorodostí využití prostředků v rámci intervence.

Prostředkem, se kterým kooperují, je také časová dotace a to nejen v rámci četnosti intervencí, ale také aktivita dítěte raného věku a jeho únavová křivka. V rámci hledání prostředků jsou porovnány obě konstelace, popsány jsou i shody. Zjištěná hlediska jsou zejména pozorování, životní zkušenosti speciálního pedagoga, jeho psychická a fyzická odolnost, ale i podpora jeho intervencí od nadřízených i spolupracovníků. Dále pak využití možnosti konzultací a proces evaluace. Při poznávání dítěte využít kontakt v rámci přirozených činností a hry, v optimálním případě v rámci přirozeného prostředí. Prostředkem je i týmový přístup. Jako členy týmu jsou vnímáni nejen odborníci, ale také rodiče, kteří své dítě znají nejlépe a svým postojem ovlivňují úspěšnost rozvoje dítěte zásadním způsobem. Bohužel v dětských centrech je využití této možnosti minimální. Tímto krátkým souhrnem byl nastíněn obsah informací vedoucí ke splnění vedlejšího cíle, který koresponduje s výzkumnou

otázkou. K doplnění informací lze nahlédnout do přílohy č. 2 a reflexe mapující právě tuto oblast (podkapitola 6.1), kde je vložena i souhrnná Tabulka 2.

Dalším možným zdrojem informací k mapované oblasti je zpracovaný videozáznam. Podkapitola 6.2 je věnována popisu průběhu intervence. Pomocí prostého výčtu byla zpracována data o využití prostředků. Speciální pedagog (DC 2) použil zejména slovních instrukcí, popis aktuálního dění povzbuzení dítěte a střídání nabízené činnosti. Intervenci směřoval k předem stanovenému cíli. Z výčtu užitých materiálních prostředků je zřejmé, že není vždy zapotřebí nákladného vybavení, ale vynalézavost speciálního pedagoga. V rámci intervence je nutný aktivní, vnímavý a trpělivý přístup speciálního pedagoga.

Videozáznam byl doplněn o anamnestická data k dítěti, jež jsou součástí přílohy č. 6. Videozáznam byl cenným příspěvkem v rámci získávání dat do našeho šetření.

- *Jaké jsou faktory, které ovlivňují plánování speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením?*

Pomocí formulace této otázky byly získány informace ke splnění vedlejšího cíle, který se věnuje mapování procesu plánování speciálněpedagogické intervence. Výpovědi respondentů k oblasti plánování jsou součástí přílohy č. 3. Reflexi lze nalézt v podkapitole 6.1. Informace byly zpracovány do diagramů plánování. Při zpracování údajů došlo ke srovnání shodných znaků obou konstelací. Neodlučitelnou součástí plánování se opět stalo získávání informací z dostupných zdrojů na počátku každého šetření. Dále pak ověřování informací, snaha o složení uceleného obrazu o dítěti. Po počáteční shodě se formy plánování v jednotlivých konstelacích rozcházejí. Plánování konstelace DC je zaznačeno kruhovým diagramem. Speciální pedagog sestavuje vlastní strukturu plánování, která není nikým kontrolována ani vyžadována, koncept intervencí si určuje sám. Plánování se odvíjí zejména od pravidelných hodnocení psychomotorického vývoje dle vývojových škál. Probíhá zde proces užívající diagnostiky, stimulace a součástí pravidelného hodnocení je evaluace stavu dítěte. Průběh plánování se

v pravidelných intervalech opakuje. Plánování konstelace RP vychází zejména z formulace zakázky rodinou. Děj byl zobrazen diagramem s výstupem z toho důvodu, že na začátku je rodina dítěte s postižením ve zcela jiné pozici, než po získání informací a zahájení intervence speciálního pedagoga ze střediska rané péče.

- *Jak probíhá záznam a vedení dokumentace ve speciálněpedagogickém procesu u dětí raného věku?*

Konstelace DC nemá oficiálně danou formu vedení záznamů, není ani vyžadována, tedy ani kontrolována od nadřízených. Záznamy nejsou součástí dokumentace dítěte. Konstelace DC vytvářejí vlastní formu záznamů. Ty slouží našim respondentům zejména ke zpětnému a pravidelnému zhodnocení posunu dítěte a návrhu dalšího plánu rozvoje. Do dokumentace neznačí užitá prostředky v intervenci. Zpravidla jedenkrát měsíčně hodnotí určité oblasti psychomotorického vývoje. Obsahuje základní anamnestické údaje o dítěti. Speciální pedagogové mají neomezený přístup k dokumentaci klienta zařízení. Množství údajů v záznamech je také odlišný.

Konstelace RP má formu vedení záznamů schválenou a kontrolovanou zřizovatelem. Vedení záznamů musí splňovat kvalitu služby, je tedy povinné. Obsah se ale liší v každém zařízení, forma není jednotná. Důraz je kladen na zaznamenání veškerých setkání, sepsání smlouvy se střediskem. Zápis slouží ke zpětné kontrole nejen pracovníkům a nadřízeným, ale i klientským rodinám. Zaznamenává vyšetření, užití terapií a také s kým byla intervence vedena. Nemusí se jednat pouze o práci s dítětem. Speciální pedagog se zde věnuje i členům rodiny. Součástí záznamů zde nemusí být lékařské zprávy, obsah sdělených informací řídí vždy rodiče.

Další informace jsou k nahlédnutí v příloze č. 4. Dále pak reflexe k této příloze, která je opět součástí kapitoly 6.1, kde je uvedena i tabulka vedení záznamů v rámci srovnání kategorií DC a RP. Tímto byla prozkoumána i třetí oblast našeho zájmu, týkající se vedlejšího cíle zmapování vedení záznamů speciálněpedagogické intervence.

- *Jaké má speciální pedagog možnosti evaluace při práci s danou cílovou skupinou?*

Výzkumnou otázkou byl zmapován poslední vedlejší cíl. Reflexi k příloze č. 5 najdeme opět v podkapitole 6.1. Možnosti využití evaluace se od sebe u jednotlivých respondentů liší. Velkou roli zde hrají nejen osobnostní charakteristiky respondentů, ale i vlastní zkušenost, díky které si vytvářejí vlastní síť zdrojů evaluace práce. Z výpovědí se však prokázalo, že i jednání spolupracovníků může ovlivnit možnosti evaluace zásadním způsobem v pozitivním i negativním smyslu. Profesní podpora je pro respondenty neocenitelná. Pro konstelaci RP je důležitá pozitivní i negativní zpětná vazba od klientských rodin. Je pro speciálního pedagoga motivací.

V rámci šetření byly zmapovány i možné překážky v intervenci. Z našeho pohledu se jedná zejména o saturaci potřeb dítěte, ale i jakousi saturaci potřeb speciálního pedagoga. Faktor krátké praxe a vstoupení do nového kolektivu nebyl tak citelný, jako potřeba interpersonální spolupráce. Citelně obtížnější pozici má konstelace DC, kdy nemají k dispozici sounáležitost a pochopení od ostatních zdravotníků. Spíše se jedná o jakousi akceptaci se skreslenými představami o jejich práci. Srovnáme-li motivaci ke spolupráci zdravotníky a rodiče postiženého dítěte, je zde znát markantní rozdíl. Rodič chce pro své dítě zpravidla maximum do jeho budoucího života a speciální pedagog se snaží tvarovat a využívat možnosti a schopnosti dítěte i rodiny. Zdravotník takovou motivaci nevyužije, je mu přidávána práce bez jasných výsledků, zároveň k budoucnosti dítěte nemá užší vztah. Možnosti dítěte s kombinovaným postižením spíše podceňuje. Propojení spolupráce zdravotníků a speciálních pedagogů je nesnadný úkol.

Závěrem může být konstatováno, že byly prozkoumány všechny vedlejší cíle, které sestavily mozaiku ke splnění hlavního cíle šetření. Mapování užití prostředků, plánování, vedení dokumentace a možnosti evaluace dalo prostor pro analyzování aspektů vybrané speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením. Podařilo se prohloubit povědomí o této oblasti,

avšak zároveň výzkumné šetření otevřelo oblasti, jejichž problematika neumožňuje obecné závěry. Každé zařízení má svoji individuální strukturu a zázemí. Každé nabízí jiné možnosti dětem, v každém je jinak nastaven personál.

V rámci konstelací středisek rané péče byl nejzajímavější faktor spolupráce střediska, rodiny a dítěte raného věku. Dále pak spolupráce pracovníků, jejich předávání zkušeností a názorů mezi sebou.

7.3 Návrhy pro další výzkum

Analyzování aspektů speciálněpedagogické intervence bylo poměrně široké téma. Pomocí stanovení vedlejších cílů a realizace našeho šetření byl okruh respondentů zúžen na čtyři pracoviště a dva resorty. Zkoumané oblasti byly jasně definovány. Z analýzy však vyplynulo, že škála získaných informací může být daleko širší a může přispět k realizaci hlubšího šetření zejména v rámci problematiky speciálních pedagogů v dětských centrech do tří let věku dětí.

V důsledku nového trendu transformace a rozšiřování služeb kojeneckých ústavů – dětských center do tří let, se speciální pedagog dostává do kolektivu zdravotníků. Bylo by zajímavé prohloubit povědomí o jejich možnostech a postavení v daných zařízeních. Zjištění, jaké jsou důvody a očekávání vedoucích zařízení a samotných zdravotníků. Jaké jsou očekávání samotného pedagoga. Jak mohou být obě skupiny nápomocny nejen malému klientovi, ale i sobě navzájem. Prozatím se jeví jako problematická oblast uchopení konceptu speciální pedagogiky, přestože jeho potřebnost je v povědomí.

Přínosná pro samotné speciální pedagogy, pracující v dětských centrech, by zcela jistě byla podpora zvenčí. Možnost odborných konzultací s kolegy z jiných zařízení. Umožnění představení své vlastní intervence s dítětem, jako je tomu ve střediscích rané péče.

Zajímavé by bylo naznačení jakéhosi konceptu speciálněpedagogické péče o děti raného věku s postižením a kombinovaným postižením v těchto zařízeních.

Vedení dokumentace by mělo být na míru samotných pracovišť, ale kostra nutná pro plánování intervencí a zápis by v rámci zajištění kvality služby mohl být koncipován již nyní. Inspiraci lze brát ze středisek rané péče, kde je metodika přístupu propracovaná. Není závadou, že forma přístupu a vedení je každému zařízení sepsána na míru, jsou zajištěny kontrolní mechanismy. Speciální pedagogové v rodinách pracují samostatně, ale následně mají možnost odborné konzultace se svými kolegy. To vše je pro speciální pedagogy v dětských centrech problematické.

ZÁVĚR

Obsáhlé téma diplomové práce mapovalo procesy speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku. Autor se věnoval ve své praxi zejména dětem raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením, z toho důvodu šetření orientoval tímto směrem.

Teoretický rámec diplomové práce obsahuje dvě hlavní kapitoly. První kapitolou byla obsažena problematika dítěte raného věku s tělesným nebo kombinovaným postižením. Základem byla orientace v psychomotorickém vývoji dítěte raného věku, od něhož se odvíjí proces speciálněpedagogické diagnostiky. Druhou neméně důležitou a pro nás nakonec i stěžejní kapitolou, se stal teoretický podklad k oblasti práce speciálních pedagogů ze středisek rané péče a z kojeneckých ústavů (dětských center pro děti do tří let věku). Intervence směřovaná na rozvoj dětí s tělesným nebo kombinovaným postižením je v raném věku dítěte zásadní pro využití jeho potenciálu a zvyšuje i pravděpodobnost budoucí socializace.

V praktické části byl čtenář podrobně obeznámen s jednotlivými kroky výzkumného šetření. Práce mapuje a analyzuje získané informace, přináší podrobné údaje k průběhu speciálněpedagogické intervence, stanovuje čtyři konkrétní aspekty: plánování, využití prostředků v intervenci, vedení dokumentace a možnosti evaluace práce speciálních pedagogů, tyto porovnává mezi sebou. Narazili jsme i na případné překážky, které jsou dány spíše zaměřením zařízení. Výzkum byl realizován pomocí kvalitativního přístupu, v rámci výzkumné strategie byl využit design případové studie. Podrobnou analýzu výsledků našeho šetření uvádí diskuze. Oblast zkoumání byla obsáhlá a je vhodným podkladem pro realizaci hlubšího a dlouhodobějšího výzkumu.

SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ

Seznam literatury

- 1) ALLEN, K. E., MAROTZ, L. R. 2005. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. 2. vyd. Praha: Portál, 187 s. ISBN 80-7367-055-0.
- 2) BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. 2007. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. 2. vyd. Brno: Paido, 247 s. ISBN 978-80-7315-158-4.
- 3) BIGGE, J., BEST, J., S., HELLER, K. 2010. *Teaching Individuals with Physical or Multiple Disabilities*. 3. vyd. New York: Macmillan Publishing Company. 541 s. ISBN 0-675-21017-8.
- 4) ČAČKA, O. 2002. *Nástin psychologie II*. 1. vyd. Brno: Paido, 103 s. ISBN 80-7315-016-6.
- 5) DE VITO, J.A. 2008. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
- 6) ERIKSON, E. H. 2002. *Dětství a společnost*. 1. vyd. Praha: Argo, 387 s. ISBN 80-7203-380-8.
- 7) HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- 8) HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- 9) HRADILKOVÁ, T. 1998. *Týmová spolupráce*. In PILAŘOVÁ, M., HRADILKOVÁ, T. (ed.), *Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence*. Praha: Futurum. 110 s.
- 10) CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- 11) JANKOVSKÝ, J. 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

- 12) JANKŮ, K. 2010. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská universita v Ostravě, 189 s. ISBN 978-80-7368-915-5.
- 13) JOUEN, F., POUTHAS, V. 2000. *Psychologie novorozence: Chování nejmenšího dítěte a jeho poznávání*. 1. vyd. Praha: Grada, 285 s. ISBN 80-7169-960-8.
- 14) KMÍNKOVÁ, I. 2009. Možnosti služeb rané péče v Moravskoslezském kraji. In KRÖMEROVÁ, L. (ed.), *Rizika ve vývoji dětí v raném věku*. Ostrava: Slezská diakonie. 44 s.
- 15) LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. 2011. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum, 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
- 16) LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. 1974. *Psychická deprivace v dětství*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 400 s. ISBN 08-049-74.
- 17) LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 1998. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
- 18) LUDÍKOVÁ, L. et al. 2005. *Kombinované vady*. 1.vyd. Olomouc: Universita Palackého, 137 s. ISBN 80-244-1154-7.
- 19) MATĚJČEK, Z. 2005. *Výbor z díla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 445 s. ISBN 80-246-1056-6.
- 20) MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- 21) OPATŘILOVÁ, D. et al. 2008. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 292 s. ISBN 978-80-210-3977-3.
- 22) OPATŘILOVÁ, D., NOVÁKOVÁ, Z. 2012. *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 321 s. ISBN 978-80-210-5880-4.
- 23) RÁDLOVÁ, E. et al. 2004. *Speciálněpedagogická diagnostika*. 1. vyd. Ostrava: Montanex. ISBN 80-7225-114-7.
- 24) ŘÍČAN, P. 2004. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 390 s. ISBN 80-7178-829-5.

- 25) ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 640 s. ISBN 80-247-1049-8.
- 26) SOVÁK, M. 1980. *Nárys speciální pedagogiky*. 4. vyd. Praha: SPN, ISBN 14-628-80.
- 27) SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- 28) STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Brno: Albert, 228 s. ISBN 80-85834-60-X.
- 29) ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, J. a kol. 2008. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 175 s. ISBN 978-80-244-2141-4.
- 30) ŠEĐOVÁ, K., ŠVAŘÍČEK, R. et al. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 31) ŠULOVÁ, L. 2010. *Raný psychický vývoj dítěte*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 247 s. ISBN 978-80-246-1820-3.
- 32) TRACHTOVÁ, E. et al. 2010. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
- 33) VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 397 s. ISBN 80-7178-802-3.
- 34) VÁGNEROVÁ, M. a kol. 2000. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
- 35) VÁGNEROVÁ, M.; STRNADOVÁ, I.; KREJČOVÁ, L. 2009. *Náročné mateřství, být matkou postiženého dítěte*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 333 s. ISBN 978-80-246-1616-2.
- 36) VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
- 37) VÍTKOVÁ, M. 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.
- 38) VYBÍRAL, Z. 2005. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál. 319 s. ISBN 978-80-7367-387-1.

- 39) PLHÁKOVÁ, A. 2003. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia. 472 s. ISBN 80-200-1086-6.
- 40) PUGNEROVÁ, M., KONEČNÝ, J. 2012. *Patopsychologie se zaměřením na psychologii handicapu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 124 s. ISBN 978-80-244-3058-4.

Zdroje online:

- 41) ASOCIACE PRACOVNÍKŮ V RANÉ PÉČI, 2013. *Dokumenty*. [online]. [cit. 2014-01-17]. Dostupné z: <http://www.aprp.cz/dokumenty.html>
- 42) DĚTSKÉ CENTRUM SLUNÍČKO LIBEREC. 2012. *Výroční zpráva 2012*. [online]. [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://www.kuliberec.cz/file.php?nid=12370&oid=3558078>
- 43) EUROPEAN AGENCY FOR DEVELOPMENT IN SPECIAL NEEDS EDUCATION. 2005. *Early Childhood Intervention - Special Needs Education in Europe* [online]. [cit. 2014-02-23]. ISBN 8791500-60-5. Dostupné z: <https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations-eci-en.pdf>
- 44) EUROPEAN AGENCY FOR DEVELOPMENT IN SPECIAL NEEDS EDUCATION. 2010. *Early Childhood Intervention - Progress and Developments 2005–2010*. [online]. [cit. 2014-02-23]. ISBN 978-87-7110-056-3. Dostupné z: <http://www.european-agency.org/sites/default/files/ECI-report-EN.pdf>
- 45) MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2006. *Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.* [online]. [cit. 2014-01-17]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf
- 46) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2005. *Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let věku*.

[online]. [cit. 2014-02-19]. Dostupné z:

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

- 47) MANUÁL O RANÉ PÉČI V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI, 2006. *Publikace*. [online]. [cit. 2014-01-17]. Dostupné z: http://www.kr-moravskoslezsky.cz/publikace/rana_pece.pdf
- 48) SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI. 2009. *Střediska rané péče – O nás*. [online]. [cit. 2014-01-17]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/o-nas/stediska-rane-pee.html>
- 49) POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČR. 2013. *Předpis 66/2013*. [online]. [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=66&r=2013>
- 50) ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2013. *Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let věku a dalších zařízení pro děti v roce 2012*. [online]. [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: file:///C:/Users/iva/Downloads/ai_2013_25.pdf

SEZNAM ILUSTRACÍ

Tabulka 1: Základní informace k respondentům.....	57
Tabulka 2: Shody ve využití prostředků.....	62
Tabulka 3: Shody ve způsobu vedení záznamů.....	67
Tabulka 4: Možnosti evaluace práce speciálního pedagoga.....	69
Tabulka 5: Výskyt užitých prostředků v rámci intervence DC 2.....	71
Graf 1: Znázornění procentuelního zastoupení prostředků intervence DC 2.....	71
Obrázek 1: Diagram plánování konstelace DC.....	65
Obrázek 2: Diagram plánování konstelace RP.....	65
Obrázek 3: Zobrazení možných překážek intervence u jednotlivých respondentů....	74

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Rámec otázek k rozhovorům

Příloha č. 2 Netříděná metatabulka k tematickému kódu „využití prostředků“

Příloha č. 3 Netříděná metatabulka k tematickému kódu „plánování“

Příloha č. 4 Netříděná metatabulka k tematickému kódu „vedení záznamů“

Příloha č. 5 Netříděná metatabulka k tematickému kódu „evaluace“

Příloha č. 6 Anamnéza dítěte s kombinovaným postižením v rámci intervence DC 2

Příloha č. 7 Anamnéza dítěte s kombinovaným postižením v rámci intervence RP 1

Příloha č. 1: Rámec okruhů a otázek k rozhovorům

OKRUHY:

- plánování speciálněpedagogické intervence,
- záznam a vedení dokumentace,
- prostředky intervence vedoucí k poznání potřeb dítěte,
- evaluace intervence speciálního pedagoga.

OTÁZKY:

- *Jaké využíváte prostředky speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku s tělesným a kombinovaným postižením? (např. rozhovor, hra, činnosti, mezikým,..)*
- *Jak u vás probíhá plánování speciálněpedagogické intervence? Z čeho vycházíte? (např. jaké má možnosti metod, technické zázemí, vytíženost pedagoga, vlastní způsob vedení intervence, ovlivnění zakázkou, využití nových poznatků, užití terapií a jejich zajištění, četnost, délka intervence, klientela - postižení klienta ale i to jak to pomáhá, jak reaguje. Diagnóza dítěte, anamnéza, rozhovor – s kým, vývojové škály, pozorování apod.)*
- *Jaké máte možnosti při poznávání a zajišťování potřeb dítěte se zdravotním postižením? (např. jestli přihlíží a zjišťuje jeho potřeby, vede si je v záznamech? Rodina, vlastní interakce s dítětem, z čeho vychází v případě potřeb, ovlivňuje ho zaměření zařízení, zřizovatel?)*
- *Jakým způsobem vedete dokumentaci? (- vlastní zápis, formu udává zařízení nebo vlastní, možné překážky..).*
- *Je zajištěná dostatečná evaluace práce v případě speciálního pedagoga? (jak evaluaci ovlivňuje resort, jakou má možnost zpětné vazby, jak ji vnímá speciální pedagog, rodič, možné překážky, zdali uspokojuje specpeda, výstup dokumentace, relevance pro dokumentaci apod.)*

Příloha č. 2 Netříděná metatabulka k tematickému kódu „využití prostředků“

Označení respondentů	Odpovědi
DC 1	<ul style="list-style-type: none"> - ohodnocení psychomotorického vývoje dítěte - získávání informací od rehabilitačních pracovníků a sester - využití zpětné vazby od dítěte, jeho aktuální rozpoložení - vlastní práce speciálního pedagoga - výchovná sestra uplatňovala bazální stimulaci - rehabilitační sestry uplatňovaly vojtovu metodu a cvičební soubory - snoezelen místnost - místnost, kde si hrály všechny děti - základní hračky - chrastítka, stavebnice, plastový špendlík, plyšové hračka pro úchop - slovní doprovod činností, změna intonace hlasu - motivace dítěte - stimulace zraku – otáčení za zvukem - materiální vybavení docela dobré - pokud to bylo možné, docházela jsem 1x za den, 3-5x týdně intervence kolem 30 min.
DC2	<ul style="list-style-type: none"> - ohodnocení psychomotorického vývoje - hračky a pomůcky si sama vybírám - u tělesně postižených dětí jsou to právě rehabilitační pomůcky (polohovací vozíky, kočárky, předměty na stimulaci jemné motoriky, i na hrubou motoriku, např. snoezelen místnost, která je spojena s aromaterapií, muzikoterapií, je toho strašně moc - předměty běžného typu – masážní strojek, elektrický kartáček, perličková koupel apod. - omezuje mne časová dotace - mám k dispozici pracovnu, kde mám čas vymezený pro sebe a práci s dítětem - individuální přístup - dostatek materiálního vybavení - využívám multisenzoriální přístup - využití spontánní hry - doptávám se sester na náladu, naladění i vyprázdnění klienta - využití účasti všech činností každodenního života - ovlivňování probíhá při jídle, činnostech jako oblékání, koupání, krmení, - intervence směřují i na základní potřeby - nácvik základních návyků, které mohou život dítěte obohatit, začlenit ho víc do běžného života - využívám reálné možnosti klienta (vertikalizme, činnosti, hra,

	<p>výkony)</p> <ul style="list-style-type: none"> - děti je hodně, proto předávám svoje intervence sestram, které to mají pak dělat během dne - nedělá s ním jeden člověk, ale každá, která s ním pracuje - využívám to, co je dostupné - využívám co má rádo, nemá rádo - převléknu se do barevného oblečení, pokud reaguje dopředu pláčem na bílé oblečení - hledám reakce dítěte, veškeré podněty - spolupráce s odborníky, s lékaři, sestrami a vlastní zjištění - využívám informací z anamnézy dítěte
<p>RP 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> - vozový park - pomůcek máme hodně, hračky, kuličkový vak, ortopedické židličky, kozlík za kolo, chodítka, sedačky, pak běžné pomůcky - podání informací rodičům o všem, informační letáky - depistáže u lékařů, spolupráce s nimi, osvěta - diagnostikování přímo v našem středisku - máme nasmlouvanou bobath terapeutku i ke konzultacím - dostupnost časová a místní - dáváme rady typy jak pracovat s rodinou, posílení jejich kompetencí, zároveň z toho bude těžit to dítě - pracujeme s cíli a představami rodičů o možnostech dítěte - provádíme zpětnou vazbu rodičům - dáváme doporučení, je na nich co s informací provedou - hra, konzultace, poradenský, psychoterapeutický rozhovor - mnohdy krizová intervence - podpora v sociálním poradenství - výchovně vzdělávací činnosti v přímé práci s dítětem - sociálně-aktivizační činnosti – kurzy pro rodiny s dětmi, další akce, setkávání rodičů, víkendové pobyty - hra je největší devízum rané péče - poznání dítěte z dlouhodobého hlediska - charakter rodiny - pokládat otázky rodičům, realizují rozhovory - využití nových postupů - videotrénink - uvědomění si, že 50% konzultace je má zásluha a 50% rodiny - profesionální přístup, určení hranic - poradna ve středisku - četnost intervencí jsou maximálně 2hod. za 1 až 3 měsíce (navrhuje rodič dle potřeby) - intervence v mých rodinách tvořím já, konzultuju to s ostatními pracovníky z hlediska dané vady

RP 2

- pravidelné intervence v rodině
- diagnostikování mnou
- mapování potřeb rodiny, aktuální stav dítěte, jeho naladění
- předání kontaktů na odborníky, literatura, webové odkazy
- informace o tom, co obnáší metody, jakou formou to bude, v jakém prostředí
- důležité je pracovat s tím, co je pro rodiče přijatelné, aby byl rodič připraven
- intervence musí být schválená rodičem, musí to být vzájemné
- pomůcky volím dle domluvy a vlastního uvážení
- užívám míčkování, aromaterapie, somatické cvičení, prvky bazální stimulace, sinergické reflexní terapie, kojenecké masáže, motýlí a prenatální terapie apod.
- metodické materiály jsem si zpracovala a jsou mně i rodičům k dispozici
- prostředků je spousta, souvisí s danou podpůrnou terapií
- u dětí s kombinovaným postižením se hodně věnujeme stimulaci somatické části těla, zaměřujeme se na tělesnou lokomoci, na hrubou motoriku, lezení, přetáčení, chůze
- prostředkem, který využívám je i věk dítěte – včasnost intervencí
- hlavně šikovní ruce, olej, klidné prostředí, podložka, kde dítěti bude příjemně
- videotrénink
- spolupráce s ostatními středisky, s neonatologickým centrem
- vlastní praxe
- časová dotace – mám na intervenci 3 hodiny, ale vlastní práce s dítětem bude 20 min.
- rozmezí intervencí 14dní až 1 měsíc
- bezpečné rodinné prostředí
- vhodná denní doba – únavová škála
- stravovací návyky dítěte
- vnímání podnětů od samotného dítěte
- přímý kontakt s dítětem, kontakt s rodinou, úzká spolupráce
- vnímat sociokulturní stránku dítěte
- dotazování, aktivní rozhovor
- pozorování, vlastní úsudek nad projevy a chování dítěte je základ mé práce
- pracuji s různými zdroji informací, potřebuji znát zdravotní stav dítěte, abych tomu dítěti neškodila
- vnímám omezení a potřeby dítěte
- vnímám jejich alternativní projevy komunikace
- snažím se reagovat na vnější signály

Příloha č. 3 Netříděná metatabulka k tematickému kódu „Plánování“

Označení respondentů	Odpovědi
DC 1	<ul style="list-style-type: none"> - nemohu využít rozhovoru s rodiči - vycházím z psychomotorického vývoje dětí, které zpracovává výchovná sestra - sama si děti diagnostikují pomocí metodou Strassmeiera - zkouším, co umí x neumí, od toho se odvíjela charakteristika intervencí - udělala jsem si diagnostiku, co by mělo v dané období dítě zvládat - když jsem viděla, že to jde, posunovali jsme se dál - dělali jsme opakovaně - zkoušela jsem, - šla jsem od začátku - doptávám se dětských sester a rehabilitačních pracovníků - udělala jsem si mozaiku - rozepsala jsem si harmonogram se svojí pracovní dobou - z každé intervence krátký zápis, souhrn informací - plán na další období podle toho co se nám (ne)dařilo, v čem budeme dále pokračovat - souhrn informací po jednom až třech měsících
DC2	<ul style="list-style-type: none"> - potřebuji dítě vyšetřit, - stanovit na jaké úrovni je, o jaké postižení jde - čeho je schopno dosáhnout - druh postižení - informace od rodičů jsou v našem zařízení nereálné - informace od lékařů - vycházím ze současného stavu dítěte, a čeho bych chtěla dosáhnout - současný stav ohodnotím a naplánuju cíl pro dané časové období (co měsíc) - vycházím z možností zařízení eventuálně z možností rodičů - co je dostupné, dle toho co máme, se plánuje
RP 1	<ul style="list-style-type: none"> - plánování ovlivňuje technické zázemí střediska - finanční náročnost věcí (pomůcek) - začíná, když nás kontaktuje rodina (zpravidla telefonicky) - zdali dítě spadá věkové skupiny, do kraje působnosti zařízení - jestli splňuje diagnózu cílové skupiny - v opačném případě kontaktujeme další pracoviště - proběhne nezávazná schůzka o tom, zdali mají taková očekávání, která my jsme schopni splnit

	<ul style="list-style-type: none"> - podáme informace o službě - prostor pro dotazy od rodičů - se zájemcem o službu je domluvena další schůzka ve středisku – nazýváme ji „komplexní posouzení“ - získáváme informace o rodině – čím si prošli, anamnéza dítěte, dítě může být vyšetřeno přímo v zařízení. - vycházíme pak co by rodiče chtěli - mají možnost volby - plánování spolu s rodiči, je pro ně - hodně o podávání informací, navádění pomocnými otázkami - hodně vysvětlování - snažíme se zakázku rodičů upřesnit, navést na to, co je reálné - přílohou sepsané smlouvy je individuální plán, kde jsou i cíle - plán je nejdéle na jeden rok, můžeme jej kdykoli měnit po dvou, třech měsících (pokud cíl nebyl relevantní) - zhodnocení - plánování jednotlivých intervencí dochází z konzultace na konzultaci dle reakcí dítěte - stále se přitom držíme hlavního plánu - máme vždy dva cíle – jeden pro rodinu a druhý pro dítě
<p style="text-align: center;">RP 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - plánování intervence je na základě požadavku - na základě předešlé intervence - pravidelně docházím, mapuji potřeby dané rodiny - zjišťuji a dělám diagnostiku dítěte - na základě výsledků zjištění (diagnostika a potřeby) rozlišuji několik možností, které rodině nabídnout - vlastní intervence, která je součástí setkání - nebo kontakt na odborníka, který poskytuje služby - poskytnutí informací rodině (literatura, webové odkazy) - domluvím se přesně s rodiči, co se na následné intervenci bude dít - velmi individuální a specifické - vychází z potřeb daného dítěte a celé rodiny

Příloha č. 4 Netříděná matatabulka k tematickému kódu „vedení záznamů“

Označení respondentů	Odpovědi
DC 1	<ul style="list-style-type: none"> - měla jsem rozepsaný harmonogram, kde jsem měla celou svoji pracovní dobu rozčleněnou mezi děti - zápis po každém setkání s dítětem - dělala jsem si vlastní zápis, nikdo mě nekontroloval - neměla jsem žádný formulář nebo tabulku - v MS Word jsem si napsala datum a čtyři řádky co jsme dělali, jak se nám dařilo, jaká byla nálada, co jsme zkoušeli apod. - dělala jsem si souhrn období - měla jsem své poznámky, které jsem shrnula do zprávy (hodnocení) - zároveň jsem tam měla plán na další období.
DC 2	<ul style="list-style-type: none"> - vedení dokumentace jsem si vytvořila sama - dokumentaci si také sama vedu - nikdo mě nekontroluje, zaměstnavatel mi ji nenařídil - vedu si ji poctivě, každý záznam, co chci s dítětem dělat - vypisuju, nebo mám udělaný vývojový plán - využívám tabulky, značím si do ní - vytvářím si individuální plány - podle nich instruuji ostatní pracovníky - pracovníci s dítětem mohou pracovat vícekrát denně - plány jsou kontrolovány - hodnotím 1x měsíčně jak pracovníky, tak sebe sama, projdu je a dělám další - nikdo mi nedal dokumentaci, dle které, bych mohla pracovat a sestavit svůj plán - do dokumentace si doplňuji informace od všech - spolupracuji s odborníky, lékaři, sestrami + vlastní zjištění - ve složce dokumentace vycházím z anamnézy (osobní, rodinné, farmakologické, sociální, ze současného stavu), pak doplňuji vývojovou úroveň - rozdělují na jemnou, hrubou motoriku, kognitivní vývoj, řeč a myšlení, sebeobsluha - u každého si stanovuji, co bych chtěla dosáhnout - od toho sestavuji individuální plán pro sestry na každý měsíc - sestry mají na každý měsíc 5 úkolů, co mají dělat, když to udělají, udělají čárku.
RP 1	<ul style="list-style-type: none"> - formulář o prvním kontaktu rodinou – kde bydlí, věk, kdo volá, co je dítěti

	<ul style="list-style-type: none"> - dokument o uskutečnění první schůzky v rodině a že je zájemce o službu - schůzka ve středisku – dokument „Komplexní posouzení“ - zjišťuje se anamnéza rodiny, čím vším si prošli - popřípadě zápis o provedení speciálněpedagogického vyšetření v centru - na vedení dokumentace není manuál, všechny rané péče jsou neziskové organizace - dokumentace by měla být, ale nikdo neříká jaká - někdo to píše rukou, my na to máme formulář v elektronické podobě, vše se do něj zapisuje a pak tiskne - zápis se ukládá do osobní složky - nejdůležitějším dokumentem je individuální plán rodiny - plán se tvoří z konzultace na konzultaci (zápis z každé konzultace) - musí být sepsána smlouva se střediskem - terapeutka píše zprávu z konzultace s rodiči, kterou také zakládáme - dokumentace jsou schválené v metodickém centru v Praze - nově jsou povinné sebehodnotící dotazníky
RP 2	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentace nastavena v rámci kvality služby - povinné vést záznamy o jednotlivých intervencích v rodině - každá návštěva je zaznamenána - v dokumentaci jsou veškeré náležitosti - výsledky práce se zasílá ke všem zřizovatelům a podporovatelům - dokumentace obsahuje: datum, čas, kdo vedl intervenci, místo konání, forma komunikace, forma intervence, typ intervence - forma: ambulantní x terénní, osobní, telefonická, - typ: individuální x skupinová - zdali byla intervence v rámci multidisciplinární spolupráce - zápis obsahu intervence – co proběhlo, je u toho vždy cíl, co jsme chtěli v rámci intervence dosáhnout - na konkrétní speciálněpedagogickou intervenci, např. bazální stimulaci mám vlastní tabulku, kam si např. zapisuji, jaké formy bazální stimulace jsem užila. - metody mají svůj vlastní list, který já mohu doložit, nebo pro maminku je to zajímavé, pro zpětnou vazbu třeba po půl roce

Příloha č. 5 Netříděná metatabulka k tematickému kódu „evaluace“

Označení respondentů	Odpovědi
DC 1	<ul style="list-style-type: none"> - v podstatě nijak - výchovná sestra mi mnou sdělené informace odkývala, ale žádnou zpětnou vazbu nebo hodnocení jsem nedostala - demotivující je pocit zbytečnosti - neviděla jsem žádné velké výsledky u samotných dětí (v důsledku jejich zdravotního stavu a mentálních možností) - ani ze strany zdravotníků – sestry neberou vážně speciální pedagogiku - ze strany psychologů jsem neviděla ocenění, zpětnou vazbu, či zhodnocení - říkali mi, ať se snažím - využila jsem několikrát svoji známou – učitelku v ZŠ speciální, ale to byla jiná cílová skupina - několikrát jsem se na ni obrátila, když mi nefungoval určitý přístup apod. – co s tím mohu dělat - navrhla mi pár typů, uklidňovala mne, že to opravdu nepůjde rychle - to byla jediná moje opora - moc mi chyběla opora ze strany ostatních
DC 2	<ul style="list-style-type: none"> - jsem tam jako speciální pedagog sama - evaluaci si dělám kontrolou plánu - hodnotím, jestli jsem dosáhla cílů nebo ne - pokouším se najít problém, pokud jsem cíle nedosáhla - hodnotit vlastní práci je obtížné - pokud se mi něco nedaří, zkouším to jinou cestou - evaluaci provádí ředitel zařízení, doptává se, co jsme dělali, jak a jaký to mělo efekt - probíhají schůze, probíráme, bavíme se o dětech, hodnotíme - mám možnost také evaluace odborníka z vysoké školy, ten mi dělá jakousi supervizi - není nade mnou kontrola (odborník), dává mi ale nové podněty, metodické práce, pomocná ruka, konzultuji s ním - vím, že většina speciálních pedagogů tuto možnost nemá
RP 1	<ul style="list-style-type: none"> - po každé konzultaci se nově povinně seberefektujeme, máme na to sebehodnotící dotazník, hodnotíme si práci - intervize s kolegyní, jede do mojí rodiny a pozoruje mou práci - jezdí sem i s vedoucím zařízení - nejsou tam od vytýkání, ale od zlepšování práce

	<ul style="list-style-type: none"> - pozorování je zaměřeno na kvalitu služby - noví členové týmu mají intervizi častěji, je to individuální - klientské rodiny si mohou stěžovat, máme schránku, mohou osobně nebo anonymně, nebo emailem - je pro mne důležité hodnocení každé konzultace, zápis, který si zpětně mohu přečíst a vidím posun, ten nemusí být ze zdravotního hlediska dítěte, ale posun v dané rodině - tedy pozitivní odezva - konzultace s instruktorkou hojně využíváme, abychom si ulevili stresu, - vypovídat se - porady jsou i pro rodiny
RP 2	<ul style="list-style-type: none"> - doptávám se rodin, když skončíme nějakou terapii - je pro mě důležité, jak to vnímá rodič, který s tím dítětem je denně - je pro mě důležitá spokojenost rodiče, přijetí té dané metody - rodiče posílají v rámci mailu zpětné vazby - 2x ročně rodiče hodnotí službu pomocí dotazníkového šetření - co se jim líbilo, co by jim pomohlo, co by potřebovali - je to i moje pocitová záležitost, že člověk cítí, že to sedlo - když dítě reaguje dobře - nesmím si to brát příliš osobně od těch vnějších činitelů

Příloha č. 6 Anamnéza dítěte s kombinovaným postižením v rámci intervence

DC 2

Osobní anamnéza:

Chlapec narozen v prosinci roku 2011, porod proběhl ve 38. týdnu gravidity, překotný porod s sanitním voze, plodová voda zelená. Dítě bez zjevných komplikací, avšak došlo k cyanóze na akrálních částech těla, bylo nutné zahájit nepřímou srdeční masáž. Novorozenec o hmotnosti 2100g, dle dokumentace hraniční nezralost. Po příjezdu na neonatologické oddělení bylo dítě uloženo do inkubátoru s nasyceností kyslíkem, nasazení antibiotické léčby. Na vyšetření CT průkaz hemoragie, ischemie mozku.

Rodinná anamnéza:

Matka 40 let, o dítě neprojevuje větší zájem, dítě uvedla jako svoji VII. graviditu. Z důvodů nevhodných sociálních podmínek a z důvodů zdravotního stavu, dítě přemístěno 2 měsíce po porodu z novorozeneckého oddělení do dětského centra, kde přetrvává do nynějška. Rodička své dítě nenavštěvuje. Matka silná fumátorka, psychiatricky sledována pro úzkostné stavy. Do druhého trimenonu gravidity užívala Neuro1, podezření na suicidální chování. Otec uveden, nezjištěny bližší informace.

Stav po přijetí do dětského centra:

Krmen nasogastrickou sondou, dítě nefixovalo zrakem předměty, jeho pohled nešel ani za světlem, opoždění v psychomotorickém vývoji (ve 3. měsíci odpovídá šestinedělí). Dítě nepokojné, hlavička v temenní části větší. Na zvuk reagovalo.

Stav po uzavření diagnózy a zahájení všech lékařských i speciálněpedagogických intervencí :

Dítě prošlo několika vyšetřeními, zejména neurologickými a oftalmologickými.

Chlapec prodělal v šesti měsících života zákrok, při kterém mu byl vpraven V-P shunt pro diagnostikování hydrocefalu. V dokumentaci uvedeno také zavedení tzv. „předkomůrky“, která zajišťuje odvod a vstřebání mozkomíšního moku (nebylo mi

dále vysvětleno co konkrétně „předkomůrka“ je). „Předkomůrka“ je viditelná a hmatatelná pod kůží v oblasti velké fontanely. Chlapcův stav se tomto zákroku velmi zlepšil. Na dítěti nebyly poznat dřívější obtíže. Chlapec se v psychomotorice vyrovnal ostatním dětem. Rehabilitován Vojtovou metodou 2x denně. Vidí i slyší, orientuje se. Handicap byl znát v oblasti řečové. Chlapec žvatlal, vydával slabiky. Děti v ústavu jsou obecně v řečové oblasti ve vývoji opožděné, proto byl předpoklad, že jeho rozvoj není omezen, pouze opožděn. Chlapec projevoval zájem o své okolí, hrál si se zvukovými, jezdícími hračkami a skládačkami. Jedl s chutí, stále však s dopomocí. Měl rád mazlení a vlídný kontakt dospělých. Rodina nadále chlapce nenavštěvovala a nejevila zájem.

Leden 2013:

Chlapcův stav se akutně zhoršil, chlapec nereagoval, došlo k upadnutí do bezvědomí, převezen rychlou záchrannou službou do nejbližší nemocnice. Došlo k ucpaní V-P shuntu a poruše odvodu mozkomíšního moku, chlapcův stav se stabilizoval, avšak došlo k jeho celkové regresi ve vývoji.

Duben 2013 – (zápis z období sběru dat do diplomové práce):

V oblasti motoriky došlo k nejmarkantnějšímu zhoršení.

Zrak:

Dítě hračku sleduje, natáčí hlavu k levé straně, silný strabismus obou očí, okluzor na levém oku.

Jemná motorika:

Po hračce se natáhne pravou rukou. Levou ruku nezapojuje. Při uchopení předmětu ztrácí zájem a pouští jej, nezajímá se, nezkoumá. Dlaňový úchop, při menších předmětech občas klešťový, jindy špetka. Při práci sedí v dětské sedačce (je vertikalizován), pracovní plochu má ohraničenou. Tleská si, když je chválen (levou dlaň drží a pravou tleská). Projevuje silnou nelibost při snaze aktivizovat levou paži a ruku. Vybírá si hračku vždy na pravé straně. Kostku a malý předmět na pokyn hodí do hrníčku, na pokyn předmět podá. Pohyby trhavé, nepřesné. Levá ruka není ve flexi, ani spasmu - snaha o obnovení jejího zapojování. Předměty předá z pravé do

levé, opačně ne. Za silné negace si po chvíli umí svléknout z první ruky „náramek“, který mu překáží. Při dobrém rozpoložení a při posazení na klín (pravá ruka přidržena), chytí na stole předmět i levou rukou. Ruce nespojuje.

Hrubá motorika:

Žabí sed, přítomny stereotypní pohyby, při lezení spíše přiskakuje, nohy nestřídá. Snaha o stavění u opory (málo). DKK stočeny do vnitřní rotace. Rehabilitace Vojtovou metodou pro navození správných motorických dovedností. Znamky DMO.

Myšlení a řeč:

Úsměv sociální, reaguje na obličej dospělého a intonaci hlasu, sebe v zrcadle nevnímá. S hračkami si aktivně nehraje ani je nevyhledává, jsou mu předkládány. Žvatlá, vydává náhodné souhlásky (papa gaga baba..). Činnosti s ním vykonávané jsou vždy komentovány slovně.

Vše je zaznamenáno do jeho osobní dokumentace, velmi přehledné je grafické znázornění vývoje (5 oblastí x věk). Cíle se odvíjejí dle aktuálního stavu dítěte (platí u všech dětí).

U tohoto chlapce realizována videonahrávka intervence.

Příloha č. 7 Anamnéza dítěte s kombinovaným postižením v rámci intervence

RP 1

Osobní anamnéza:

Dívka narozena listopad 2011, průběh těhotenství bez komplikací, porod ve 41. týdnu gravidity. Novorozenec bez známek života, bez reflexe 3 minuty, umělá ventilace. Atonie, hodinu po porodu u dítěte křeče, bradykardie, hypoxie, použita hypotermie. Bližší informace nezjištěny.

Do spolupráce se střediskem rané péče se rodina dostala na doporučení neurologa ve 3 měsíci věku dítěte. Rodina využívá služby doposud.

Rodinná anamnéza:

Bez genetické zátěže, ve 30. týdnu gravidity prodělala matka infekci, léčba penicilínem. Mladší sourozenec je bez komplikací.

Současný stav:

Strabismus – neurologického původu (levé oko), oční vada nepotvrzena, sluch v normě. Dívce diagnostikována hypotonická DMO. Epilepsie plně vykompenzovaná, dříve velmi problematické s následky ztížení celkového stavu dítěte.

Hrubá motorika: dle ohodnocení psychomotoriky odpovídá úrovni prvního trimenonu. Hlavu udrží, ale potřebuje vertikalizaci s oporou zad, posazování v ortopedické židli, užití vertikalizačního stojanu.

Jemná motorika: dlaňový úchop není cílený, nemá vyhraněnou laterální. Spastické držení, zkoumá vše ústy.

Řeč: dívka vokalizuje (ma, nebo samohlásky), nepojmenovává

Komunikace: ano x ne, při ano se usměje, když je bez reakce tak to znamená ne

Projevuje libost x nelibost, snaha nastavit komunikátor na dva body ano x ne, ale není to cílený pohyb, spíše pokus omyl - nezacílený neuvědomělý pohyb.

Sociální kontakt je na mnohem vyšší úrovni, než je hrubá motorika. Dívka je velmi prosociální, ráda sleduje osoby ve svém okolí. Sleduje stále mladšího sourozence, má

oblíbené osoby. Rodiče uvádějí pláč, když je dívka někdo nesympatický, ale pracovnice ji plakat nikdy neviděla. Navázat zrakový kontakt umí, ráda sleduje děj okolí, přenáší pozornost z člověka na člověka. Navštěvuje MŠ speciální při stacionáři, navštěvují plavání, hudební kroužek pro intaktní děti, kde je integrovaná, dochází i s bratrem. Dochází na logoterapii, bobath terapii, 2x ročně dívka absolvuje lázně. Stravování: dívka již zvládá menší kousky s něčím vlhkým, hrubší mixovaná strava, dentice má, podněcování kousání, užití prvků bazální stimulace.

Intervence speciálního pedagoga rané péče:

- zaměření na rozvoj jemné motoriky, úchopu, hmatové podněty, různorodé materiály, prvky ergoterapie,
- snaha o koordinaci oko-ruka, manipulační pultíky, zvukové hračky,
- zrak – světelné, barevné, kontrastní pomůcky, hračky,
- sociální poradenství pro rodinu, ohledně speciálních pomůcek
- přijetí oběma rodiči, maminka je zaměstnaná mladším sourozencem, proto přejal péči otec,
- otec se dále v této oblasti vzdělává pomocí kurzů (bazální stimulace apod.)
- hrubá motorika – motivace k pohybu, houpačka, vibrace a vibrační pomůcky,
- zvukové hračky, orffovy nástroje,

Intervence doposud nebyla ukončena z důvodů podpory rodiny, rodiče uvítají vždy nové poznatky.

Snaha o zapojení babiček. Pravidelná účast na týdenních pobytech pro rodiny s dětmi.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Iva Mičková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Jiří Kantor, PhD.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Procesy speciálněpedagogické intervence u dětí raného věku
Název v angličtině:	Processes special Education intervention for early childhood
Anotace práce:	Práce analyzuje jednotlivé aspekty a procesy speciálněpedagogické intervence s dětmi raného věku s tělesným či kombinovaným postižením pomocí kvalitativního výzkumu. Srovnává možnosti práce speciálního pedagoga z pohledu dvou speciálních pedagogů pracujících v dětských centrech a dvou speciálních pedagogů pracujících ve střediscích rané péče. Zaměření práce je zejména na hledání prostředků speciálněpedagogické intervence, plánování, vedení záznamů a možnosti evaluace.
Klíčová slova:	Dítě raného věku, speciální pedagog, intervence, tělesné a kombinované postižení.
Anotace v angličtině:	This Diploma thesis is describing individual aspect and processes of special educational intervention with the early age children affected by physical or multiple disability using the qualitative research methodology. The analysis compares the work options of a special education teacher from the point of view of two different special education teachers working in the children centers and two special education teachers working in the early age care centers. The thesis is mainly on focused on searching of the means of special educational intervention, its planning, recording and options of evaluation.
Klíčová slova	Early age child, Special education teacher, Intervention,

v angličtině:	Physical and multiple disability.
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 Rámec otázek k rozhovorům</p> <p>Příloha č. 2 Netříděná metatabulka k tematickému kódu „využití prostředků“</p> <p>Příloha č. 3 Netříděná metatabulka k tematickému kódu „plánování“</p> <p>Příloha č. 4 Netříděná metatabulka k tematickému kódu „vedení záznamů“</p> <p>Příloha č. 5 Netříděná metatabulka k tematickému kódu „evaluace“</p> <p>Příloha č. 6 Anamnéza dítěte s kombinovaným postižením v rámci intervence DC 2</p> <p>Příloha č. 7 Anamnéza dítěte s kombinovaným postižením v rámci intervence RP 1</p>
Rozsah práce:	90 stran
Jazyk práce:	Český jazyk