

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Tereza Piknerová

**Přínos rané péče ve vývoji dítěte s kombinovaným postižením
na Uherskohradištsku**

Olomouc 2016

vedoucí práce: Mgr. Ivana Horváthová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem a že jsou všechny použité zdroje uvedeny v závěru práce.

V Olomouci dne 18. října 2016

Děkuji Mgr. Ivaně Horváthové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a cenné rady udílené v průběhu konstrukce této bakalářské práce. Dále středisku CESTA, které nám umožnilo dotazníkové šetření a kamarádkám, studentkám anglické filologie, za pomoc s překladem anotace do anglického jazyka v závěru práce.

Obsah

Úvod	6
Teoretická část	
1 Kombinované postižení	8
1.1 Vymezení problematiky	9
1.1.1 Pojem kombinované vady	10
1.1.2 Etiologie kombinovaných vad	11
1.1.3 Klasifikace kombinovaných vad	12
2 Raná péče	15
2.1 Historie služby rané péče v ČR	15
2.1.1 Vznik RP pro děti s kombinovaným postižením	20
2.2 Charakter rané péče	20
2.2.1 Cíle a poslání rané péče	22
2.2.2 Zásady a principy rané péče	25
2.2.3 Základní činnosti rané péče pro děti s kombinovaným postižením	27
2.2.4 Doplnkové činnosti RP pro děti s kombinovaným postižením	29
2.2.5 Klienti rané péče z pohledu kombinovaných vad	29
2.2.6 Odborný tým rané péče pro děti s kombinovaným postižením	31
3 Vývoj dítěte v raném věku	33
3.1 Pojmosloví	33
3.2 Stádia běžného vývoje dítěte v raném věku	34
3.2.1 Charakter jednotlivých vývojových období	34
3.2.2 Vývoj dítěte v raném věku v jednotlivých oblastech	36
3.3 Dítě raného věku s postižením	40
3.3.1 Specifika vývoje dítěte s kombinovaným postižením	42

Praktická část

4 Průzkumné šetření	44
4.1 Cíle práce	44
4.2 Průzkumný soubor	45
4.3 Předpoklady pro průzkum	46
4.4 Metoda sběru dat	47
4.5 Organizace a průběh průzkumného šetření	48
4.6 Charakteristika průzkumného souboru	50
4.7 Analýza dat	57
4.8 Diskuse a závěr	66
Seznam použité literatury	71
Seznam zkratk	77
Seznam tabulek	79
Seznam příloh	80
Přílohy	
Anotace	

Úvod

Téma bakalářské práce „Přínos rané péče ve vývoji dítěte s kombinovaným postižením na Uherskohradištsku“ bylo stanoveno, po úvaze o mé budoucí perspektivě v rámci studijního programu Speciální pedagogika raného věku, který studuji. Kdy v souvislosti s tímto oborem je největší důraz kladen právě na ranou intervenci v samotných rodinách s dítětem s postižením hlavně prostřednictvím střediska rané péče.

Progrese mé úvahy vyvrcholily v bazální otázce: Jaký má raná péče přínos, tedy užitek pro vývoj dítěte s postižením? Následně jsem se rozhodla prozkoumat danou problematiku ve středisku poradny rané péče v městě Uherském Hradišti, sic městě, kde žiji. Tím byla stanovena i škála co se druhu postižení týče, jelikož zmíněná raná péče se zabývá klientelou s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením, spolu s dětmi s nerovnoměrným a ohroženým vývojem. Přičemž bakalářská práce je více zaměřena na kombinované postižení a společenský handicap z něj vyplývající, díky mému zaujetí danou oblastí. Byl vytyčen hlavní cíl práce: Popsat přínos RP střediska CESTA v oblastech vývoje dětí s KP, z hlediska poskytovaných služeb. Z toho pak cíle dílčí, vedlejší...

Poradna rané péče, která se nachází na Uherskohradištsku, je vedena pod střediskem CESTA provozovaným Diakonií Českobratrské církve evangelické (ČCE). Tato instituce má významnou spoluúčast na tvorbě především praktické části práce, proto je zde hojně zmiňována i v průběhu části teoretické. Za Uherskohradištsko je míněn samostatný okres Uherské Hradiště ležící ve Zlínském kraji. Středisko CESTA pak s tímto krajem úzce spolupracuje, proto se v práci nachází i zmínka o poradně rané péče Educo, sídlící přímo v krajském městě Zlín. Pro doplnění celistvosti představy o rané péči pro rodiny s dětmi s kombinovaným postižením (nadále KP) jsme si v práci vypomohli i středisky mimo oblast Uherskohradištska, vedených pod záštitou Diakonie, na území Moravy.

Jako hlavní cíl si bakalářská práce klade nalézt konkrétní přínos místního střediska rané péče v Uherském hradišti pro rodiny s dětmi s KP, z hlediska podpory jejich vývoje v jednotlivých oblastech. Ukáží se tím kvality dané služby i smysl zdejší raně speciálně-pedagogické intervence vůbec. Přestože se jedná o jedno zařízení a výsledky šetření tak nelze zevšeobecňovat, lze v tom spatřit určitý náhled na perspektivu studijního oboru Speciální pedagogika raného věku alespoň v mém okolí.

Teoretická část práce se snaží vymezit problematiku kombinovaného postižení, ukotvit službu rané péče z hlediska náhledu do její historie na našem území, popsat její charakter, a to jak

ve všeobecné rovině, tak i v souvislosti s dětmi s KP pohledem středisek zabývajících se danou cílovou skupinou. Čtenáři jsou vysvětleny pojmy jako „vývoj“, „rozvoj“, „raný věk“ a to díky jejich přímé souvislosti s bakalářskou prací. Dále chce práce seznámit s okolnostmi vývoje zdravého dítěte v raném věku a okolnostmi vývoje dítěte s KP.

Praktická část spěje k naplnění hlavního cíle, jímž je zodpovězení výše uvedené otázky spojené s přínosem (důležitostí, významem a kvalitou) místní služby rané péče pro vývoj dítěte s KP. Práce popisuje metody a organizaci sběru dat pro průzkum a uvádí průzkumný soubor, s nímž bylo operováno. Finálně práce prezentuje samotný průzkum probíhající prostřednictvím dotazníkového šetření, určeného rodičům nebo pečujícím osobám o děti s postižením v intervenci střediska CESTA. Dotazník poskytuje vlastní postřehy rodičů týkající se změn ve vývoji dětí pod vedením rané péče působící po celém okrese Uherské Hradiště. Je též koncipován na zjištění kvality dané služby pohledem rodičů.

Teoretická část

1 Kombinované postižení

Tato kapitola má za úkol nahlédnout do problematiky kombinovaného postižení z hlediska uchopení pojmosloví, klasifikace a etiologie, a tak čtenáři přiblížit danou oblast ze všeobecného úhlu pohledu.

Vančová (2001) upozorňuje na osoby s kombinovaným postižením jako na osoby, které tvoří nezanedbatelnou část populace s navyšující se tendencí výskytu, značící se velkou nejednotí a variacemi symptomů, jakožto i speciálními edukačními a vzdělávacími potřebami. Interpretuje tvrzení několika autorů¹, když říká, že vážnější postižení, poruchy, narušení se velmi často seskupují a existují pospolu, tudíž lze jejich nositele považovat za jedince s vícenásobným postižením. Zmiňuje také Sovákovo tvrzení, že neexistuje samostatné postižení², jelikož jakékoli izolované postižení (tzv. „mono“ postižení) ovlivňuje jedince v psychice, sociální interakci, adaptaci na prostředí. Stejného názoru je i Lányiová (in Vančová, 2001), když dělí osoby s postižením na dva proudy: s původním, primárním postižením, ke kterému se váží nová (sekundární, terciární) a s vícero primárními postiženími

¹ Např. Kábele, Matulay, Lányiová, Eisová, Bajo, Vašek, Kollárová, Jesenský, Kauffman, Hrdman, Drew, Egan atd.

² Termín „**postižení**“ uvádí psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2000) jako jakoukoliv poruchu v oblasti

² Termín „**postižení**“ uvádí psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2000) jako jakoukoliv poruchu v oblasti duševní, či tělesné, která působí dočasně, dlouhodobě nebo trvale, kdy brání jedinci úspěšně zvládat běžné životní nároky. Tamtéž se pojem „zdravotní postižení“ považuje za dlouhodobý nebo trvalý nepříznivý zdravotní stav, který nelze léčbou zcela odstranit, jeho nepříznivý dopad lze však zmírnit soustavou promyšlených opatření. V dělení postižení se Potměšil a kol. (2015) a Vágnerová (2002) shodují obecně na postižení:

- **vrozené**, neboli geneticky podmíněné, či získané v raném věku dítěte (prenatálním, a perinatálním období), které více zasahuje do jeho vývoje, však tolik netraumatizuje.
- **získané**, utvořené vnějšími vlivy po narození (postnatální období) kvůli nemoci, anebo úrazu. Podstatně více traumatizuje, neboť jedinec chápe, o co přišel, ale má již ukotvené jisté schopnosti později využitelné.

Důsledek z postižení plynoucí je „**handicap**“, neboli znevýhodnění jedince ve společnosti, které ho omezuje, případně mu zamezuje konání jeho běžné role. Jedná se však o „socio-kulturně ovlivnitelný důsledek přímo neovlivnitelného poškození“. Míra handicapu (znevýhodnění) je tedy dána mírou podpory ze strany společnosti, která by umožnila jedinci překonat důsledky jeho postižení. (Psychologický slovník, Hartl, Hartlová, 2000, s. 186)

založenými na stejné etiologii. Oproti tomu, Gordosová-Szabová (in Vančová, 2001), za případy kombinovaných vad považuje jen ty, u kterých nalezneme vícero primárních postižení nebo příznaků, nezařazuje tam navazující (sekundární, terciární) postižení. My se přikláníme k názoru prvnímu, názoru Sováka a Lányiové. Ludíková a kol. (2005) podotýká, že oblast kombinovaných vad se manifestuje jako nejkomplicovanější, však simultánně (i v dnešní pokročilé době) se jedná o nedostatečně propracovanou sféru z pohledu jak teorie, tak i praxe speciální pedagogiky vůbec.

1.1 Vymezení problematiky

Dle Vančové (2001) můžeme ve společnosti identifikovat skupinu lidí vyznačující se simultaneitou více postižení. Samotné vymezení takové skupiny je však velmi složitý úkon pro její značnou heterogenost kombinací z pohledu druhu, stupně, etiologie, symptomatologie, doby vzniku postižení, věku osob, potřeb a nároků na speciální služby, prognózy, atd. Dále zmiňuje definici těžkého vícenásobného postižení dané Americkou asociací osob s těžkými postiženími (The Association for person with Severe Handicap), která do dané kategorie zařazuje jedince v každém věku, s potřebou neustálé podpory ve většině základních životních aktivit jako mobilita, komunikace, sebeobsluha, učení, i veškerých dalších aktivit nutných k dosažení rozvoje jedince, jeho maximálně nezávislého života. (Ludíková a kol., 2005) tvrdí, že doposud nenastalo jednoznačné vymezení názvosloví dané problematiky ani v ČR, z důvodu různého náhledu jednotlivých ministerstev (Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy, Ministerstva práce a sociálních věcí aj.), ani v zahraničí.

Vítková a kol. (2004), ve srovnání s jinými autory,³ považuje „těžké kombinované postižení“ za pouhý „pracovní název“, komunikační nástroj s rodiči v řadách různých profesních skupin. Tvrdí, že „Tímto pojmem jsou označovány děti, mládež a dospělí, kteří jsou v důsledku svých motorických a schopností odkázáni při veškerých každodenních úkonech na pomoc jiných osob... jídlo, pití, ošetřování, oblékání, svlékání, polohování atd. Dorozumívají se zvuky, mimikou, gestikou a držním těla.“ (Vítková a kol., 2004, s. 337)

³ Fröhlich, Bienstein

1.1.1 Pojem kombinované vady

V našich podmínkách máme několik synonymně užívaných názvů (vícenásobné postižení, kombinované postižení i kombinované vady). Neexistuje pojem sjednocující tuto problematiku ani v zahraničních podmínkách, kde jsou mj. užívány termíny: multiple handicap — vícenásobné postižení, severe/multiple disabilities — těžké/vícenásobné postižení, viacnásobné postihnutie, viaceré chyby...(Ludíková a kol., 2005) My sami se přikláníme nejvíce k termínu těžké postižení.

Vítková (in Pipeková, 2006, s. 329) uvádí pojem „těžké postižení“ jako: „komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech.“ Termín „těžké postižení“ tak označuje za ekvivalentní pro označení oblasti kombinovaných vad. Vašek a kol. (1999) si vysvětluje povahu slova „těžké“ ve smyslu takové závažnosti jednoho, příp. vícero simultánních poškození, které brání rozvoji, či vytvoření nových funkcí. Do skupiny vícenásobně postižených patří i jedinci s těžkým mentálním postižením, kvůli předpokládaným těžkostem v oblastech kognice, komunikace, motoriky a psychomotoriky v takové závažnosti, že to lze považovat za vícenásobné postižení. Dále chápe kombinované postižení jako kombinaci „postižení“ a „narušení“. Přičemž termín „postižení“ vymezuje jako trvalý stav, nedostatek v celistvosti nebo funkci orgánu způsobují těžkosti v různých sférách. „Narušení“ vnímá, na rozdíl od postižení, do jisté míry jako reparable, neboť zasahuje pouze do funkční stránky.

Jesenský (in Ludíková a kol., 2005) popisuje vymezení kombinovaného postižení v rámci komprehenzivní⁴ speciální pedagogiky, jako výskyt dvou a více postižení. Nelze je však chápat jako pouhý souhrn daných postižení, nýbrž je potřeba na ně nahlížet z hlediska nově vzniklé kvality. Teplý (in Ludíková a kol., 2005) potom jako vady, kdy je významné duševní postižení s přidruženými nedostatky smyslovými, tělesnými, či mravními. Nadále Ludíková a kol. (2005, s. 9) prezentují definici Sováka jako „složitý celek různých podmíněných a vzájemně se ovlivňujících psychosomatických a psychosociálních nedostatků a deformací, jež jsou vzájemně podmíněné a podléhají vývojovým změnám.“ Vašek a kol. (1999, s. 5) o něm hovoří ve smyslu fenoménu předurčeného multifaktoriálnosti, multikauzálnosti a multisymptomatologií, vycházejícího z koexistence zúčastněných postižení, či narušení. Podle něj jejich interakcí a vzájemným překrýváním dochází k tzv. „synergickému efektu“,

⁴ Šándorová (2005) považuje komprehenzivitu ve speciální pedagogice raného věku za komplexnost, ucelenost v daném oboru.

tedy zcela nové kvalitě postižení, rozdílné od pouhého součtu postižení a narušení. Lze konstatovat složitost v záměru vymezení pojmu kombinovaného postižení, neboť existuje spousta definic a náhledů na tuto oblast.⁵ (Vítková a kol., 2004)

Nadále se budeme zabývat příčinami, proč vůbec dochází k tak složitým okolnostem vzniku postižení. Etiologie kombinovaných vad je, vzhledem k jejich heterogenosti v pojmosloví a následně samotné kategorizaci, taktéž dosti rozmanitá, v některých případech dokonce nespécifikovatelná. Lze ji také nacházet ve všech životních stádiích, nejzávažnější případy vícečetného postižení však vznikají již v prenatálním stádiu vývoje. (Ludíková a kol., 2005).

1.1.2 Etiologie kombinovaných vad

Etiologie kombinovaného postižení jsou nesmírně různorodé. Z velké části se příčiny kombinují, či stojí na neznámém podkladě, respektive neznáme mechanismus vzniku poruchy, i když známe příčinu. Příčiny se mohou objevit v kterékoliv etapě vývoje života jedince. Nejkomplikovanější poškození vznikají v prenatálním období. (Vančová, 2001)

Pipeková (2006) vnímá za obtížné, získat ucelený přehled o vzniku těžkého postižení. Mezi tzv. obecné příčiny vzniku postižení řadí celé spektrum příčin genetických, chromozomálních, metabolických, neurologických a traumatických.⁶ Často se také hovoří o seskupení několika škodlivých vlivů, ne pouze o jedné příčině. Uvádí, že převážná část dětí s diagnózou těžkého postižení se narodila předčasně a s nízkou porodní hmotností. Vašek a kol. (1999) podotýká, že se může vyskytovat relativně velký počet variací, podob a příčin výskytu kombinovaného postižení. Dále tvrdí, že vícenásobné paralelní postižení je důsledkem poškození CNS, což způsobuje více hlavních, či vedlejších vedoucích příznaků a má mj. také za následek koexistenci mentální retardace. Souhlasí s ním i Vítková a kol. (2004), když za společný prvek pro skupinu jedinců s těžkým/kombinovaným postižením, považuje fakt poškození centrálních funkcí.⁷ Ludíková a kol. (2005), mimo výše zmíněné přidává ještě infekce, intoxikace, vývojové poruchy, nutriční činitele, vlivy sociálního a materiálního prostředí, psychické faktory, apod. Zároveň zmiňuje, že pozornost by se měla věnovat taktéž diagnózám

⁵ Jedni specialisté vynakládají snahu o definici kombinovaných vad z hlediska vzniku a stupně postižení, jiní více zohledňují potřeby a schopnosti samotné osoby s postižením, zaměřují se na projevy a důsledky kombinovaných vad v procesu rozvoje osobnosti. (Vítková, 2004)

⁶ úrazy lebky a mozku, tonutí

⁷ tzn. funkcí řídicích centrální systém, tedy řídicích a zpracovávajících vnímání a pohyb.

predikujícím výskyt kombinovaných vad, jako je například Dětská mozková obrna (DMO) a různé syndromy.⁸

Na základě vytyčení etiologie poškození nelze zapomínat na individualitu dítěte, na jeho osobnostní stránku. Je třeba k takovému jedinci přistupovat jako k jedinečné bytosti, vynaložit úsilí pro odpovídající podporu jeho vývoje, vyzdvihuje Fröhlich (in Vítková a kol., 2004). Vašek (in Vančová, 2001) podotýká, že vícenásobné postižení nacházíme v různých početných variacích, na které je zapotřebí, skrze různorodost jedinců, nahlížet přísně individuálně.

1.1.3 Klasifikace kombinovaných vad

Samotná heterogenost problematiky kombinovaných vad obecně, ztěžuje i její členění na jednotlivé kategorie (kategorie osob s kombinovaným postižením), z tohoto důvodu je obtížné určení společných kritérií pro zařazení do skupin. Řada speciálních pedagogů vítala dělení dle druhu postižení, kdy mezi výchozími bylo mentální postižení, ke kterému se přiřazovala další postižení atp. (Ludíková a kol., 2005)

Sovák (in Vančová, 200, s. 16) ve své publikaci z roku 1986 člení „kombinované defekty“ dle druhu postižení na:

- „Slepohluchoněmé“
- „Slabomyslné hluchoněmé“
- „Slabomyslné slepé“
- „Slabomyslné tělesně postižené“ aj.

Také vyzdvihoval kombinovatelnost některých vad, čili předpoklady u jedné vady pro vadu další, příkladem Vančová uvádí „hluchota a slabomyslnost, vada zraku a sluchu, vada tělesná s vadou duševní.“

⁸ Např. Fetální alkoholový syndrom (FAS), Wolfův syndrom, Pataův syndrom, Frolischův syndrom, Edwardsův syndrom, Downův syndrom, Syndrom CHARGE a další.

Jesenský (in Ludíková a kol., 2005, s. 10) pak ke kategorizaci veškerých vad u kombinovaného postižení užívá **principu dominantního** postižení tímto způsobem:

- „Slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení“
- „Mentální postižení s tělesným postižením“
- „Mentální postižení se sluchovým postižením“
- „Mentální postižení s chorobou“
- „Mentální postižení se zrakovým postižením“
- „Mentální postižení s obtížnou vychovatelností“
- „Smyslové a tělesné postižení“
- „Postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou“

Lányiová (in Ludíková a kol., 2005) vyzdvihuje dané členění na **dvě hlavní struktury**:

- Model vrstvení, při čemž je prokázána existence primárního postižení, na které se nabalují sekundární postižení vznikající jako reakce na obtíže vycházející z interakce jedince se společností.
- Model, původně s více primárními postiženími, u kteréhož případu dochází k již zmiňované nové podstatě postižení a ne pouhé sumarizaci symptomů.

Vašek a kol. (1999) utváří skupinu **tří kategorií** osob s kombinovaným postižením na:

- osoby s mentálním postižením v kombinaci se sensorickým anebo tělesným postižením
- osoby s poruchami chování v kombinaci s dalším postižením, či narušením
- osoby se slepohluchotou

Vančová (2001), k níž se přikláníme, se při vymezení kategorií orientuje **dle dané schopnosti socializace** jednotlivých jedinců s kombinovaným postižením, přihlíží na dopad postižení v procesu jejich rozvoje a z toho vyplývající potřebné míry výchovných a vzdělávacích opatření. Vymezuje tak první **kategorii lehce vícenásobně postižených**, kteří s výchovou na běžných nebo i speciálních školách fungují bez výraznějších obtíží integrace do společnosti v běžném životě na úrovni jeho průměrné kvality. Jako druhou pak **kategorii těžce vícenásobně postižených**, kterou se myslí jedinci se speciální výchovou a vzděláváním, kteří jsou způsobilí samostatných dovedností jen v elementárních praktických životních situacích, však potřebují značnou pomoc. Jejich komunikační kompetence musí být vlivem

narušení stimulována v rámci procesu alternativní a augmentativní komunikace (AAK).⁹ Vyžadují taktéž užívání speciálních pomůcek, obstarávání komplexním týmem pracovníků, a to po celý život. Ludíková a kol. (2005) podotýká, že u osob s kombinovanými vadami se často objevuje narušená komunikační schopnost (nebo až nemožnost komunikačního procesu) následkem sensorických, kognitivních, příp. motorických, i emočně-volních nedostatků. Zároveň upozorňuje, že dosažení vymezených cílů edukace u klienta s kombinovanou vadou nikdy nenastane, ani v případě plné realizace veškerých principů, zásad, metod a organizačních forem, jestli-že nedojde k rozvoji odpovídajícího způsobu komunikace.

Vančová (2001) konstatuje, že jakákoliv kategorizace vícenásobných postižení představuje pouhý teoretický koncept, informace o tom, jak je dané postižení proměnlivé ve svém charakteru. Z toho důvodu i osoby zařazené do jednotlivých skupin, ve větší, či menší míře vyzařují interindividuální rozdíly, pro které se musí individualizovat i veškerý systém péče zahrnující edukaci, podporu, služby. Ludíková a kol. (2005) dodává, že nynější charakter strukturalizace tak problematické kategorie, jako jsou osoby s kombinovaným postižením se spíše než ke členění dle druhu a míry postižení, zaměřuje na míru schopnosti daného jedince se socializovat. Hlavní zásadu vhodných podmínek pro úspěšnou socializaci u osob s kombinovaným postižením představuje síť komplexních služeb, která je nyní již postavena na otevřeném systému výběru služeb. Dělí systém poradenských služeb pro děti s kombinovaným postižením v raném věku na instituce **středisek rané péče** a na instituce speciálně pedagogických center (SPC).¹⁰ Uvádí, že dnes se již nabízí možnost volby jednotlivého systému, ale také je potřeba aktivního zapojení daného jedince do celého procesu. Závisí na fungující spolupráci všech zúčastněných¹¹ v duchu jednotné filozofie přístupu k jedincům s kombinovaným postižením.

⁹ AAK se snaží, na určitou potřebnou dobu anebo trvale, kompenzovat narušenou komunikační schopnost. Pro těžce postižené osoby s částečným nebo plným poškozením verbalizace umožňuje komunikační interakci s okolím, vyjadřování pocitů, přání, reagování na podněty. Augmentativní komunikační systémy se zaměřují na podporu stávajících komunikačních dispozic, alternativní slouží jako náhrada mluvené řeči. (Vítková a kol., 2004)

¹⁰ SPC nabízí pro rodiny s dětmi s kombinovaným postižením předškolního věku služby psychologicko-terapeutické, informační a poradenské, speciálněpedagogickou diagnostiku, plus stanovuje opatření k cílené podpoře. Mj. se věnuje i depistázím.

¹¹ (odborných pracovníků i jedinců s danými specifiky, včetně jejich známých, příbuzných a okolí)

2 Raná péče

Nyní se zaměříme na prezentaci služby rané péče, neboť její působení na vývoj dítěte s kombinovaným postižením hraje významnou roli v této bakalářské práci. Kapitola má za úkol přiblížit ranou péči (nadále budeme užívat jen zkratky RP) ve smyslu sociální služby nabízené pro společnost: její historii na našem území, legislativní pojetí, vytyčení klientely, odborného týmu RP a celkový charakter služby jako jsou cíle, zásady a principy, spolu s terminologií s ní spojenou.

2.1 Historie služby rané péče v České republice

Prvotní zájem o děti nacházející se v nepříznivé sociální situaci (například dítě nemanželské, opuštěné, s postižením) probíhalo ze strany církve. Ta se začala ujímat osudu těchto dětí v prvních nalezincích, špitálech, které budovala. K církvi se postupně přidávaly první charitativní organizace, příkladem je uváděn Domov Svatého Ducha pro opuštěné děti v Praze, na počátku 17. Století. V průběhu 18. Století se depistáží dětí v náročných životních situacích začal zabývat stát, říká Dunovský a kol. (1999).

Obdobím raného věku (do tří let) až po čtrnáctý rok nebyla dříve věnována žádná pozornost, jak zmiňuje Šándorová (2005), pouze Freud ho vnímal jako významný činitel řady psychických narušení. Dal tak započít procesu bádání v tomto vývojovém období. Nové teoretické poznatky, v první polovině 20. století, v oblastech deprivace, imprintingu, senzitivních stádií, neurologie mozku dítěte,¹² jakožto i zjištění jeho základních životních potřeb vůbec, dále nasměrovaly k důležitosti stádia raného vývoje. To započalo všímatost a respekt daného období, kvality života dítěte a nutnost jeho ochrany, a to i před narozením k čemuž vznikla roku 1959 Charta práv dítěte. Instituce pro děti se zdravotním postižením raného věku ve střední Evropě počínala existovat již koncem 19. a počátkem 20. století, s Českou Republikou v předních pozicích. „Nejútlejší (rané) dětství je pro vývoj osobnosti lidského jedince mimořádně důležité. Jedná se o věkovou skupinu, která je nejzranitelnější. V tomto období se ve vývoji jedince děje nejvíce.“ (Šándorová, 2005, s. 32)

Prvopočátek rané péče ve smyslu dnešní služby nabízené pro společnost se nachází v 60. letech 20. století v poradenském odvětví v USA. Nazývala se „Early intervention“, tedy „raný

¹² Rané dětství je bohaté na synapse (spojení) mozkových buněk, což se do rychlosti a počtu týče. Znalost kritických vývojových období mozku dává předpoklady pro rychlejší proces učení, zmiňuje Matějček (in Potměšil a kol., 2015) To přidává na významu prvních tří let věku dítěte, kdy dochází ke kladnému rozvoji jeho schopností. (Potměšil a kol., 2015)

zásah“, zmiňuje Kučerová (in Krutišová, 2015). New, Cochran (2007) doplňuje, že oblast vzdělávání dítěte raného věku s postižením, je rozvíjena od doby svého vzniku (60 a 70 léta 20. Století), byla založena na stále vzrůstající snaze porozumění podstatě handicapu v raném dětství a jasnějšímu vymezení závazků společnosti vůči malým dětem s postižením a jejich rodinám.

V poválečném období se u nás, v oboru dítěte s postižením, proslavili dva lékaři¹³ po vzoru německých specialistů. Vojta byl znám svou fyzioterapeutickou metodou¹⁴ u dětí s Dětskou mozkovou obrnou. Padesátá léta zaznamenala rozkvět v terapeutické péči a pomoci dětem raného věku se speciálními potřebami právě s přičiněním zmíněných osobností v simultaneitě nástupu nových odborníků. Průkopníkem pro danou oblast, zejména časné péče vývoje a kvality řeči, se stal Sovák.¹⁵ Šedesátá a sedmdesátá léta pak zaznamenala snahu pečovat o dítě se speciálními potřebami od prvopočátku, uvádí Matějček (in Šándorová, 2005).

Raná péče v České republice (nadále užíváme termín ČR) vznikla teprve v polovině 80. let 20. století. U zrodu stála skupina rodin dětí se zrakovým postižením za účasti dobrovolníků (stát poskytoval odbornou pomoc dětem až od docházky do mateřské školy, vše předtím bylo v rukou lékařů). Z významných osobností ČR lze jmenovat hlavně tyflopědku Helenau Flenerovou,¹⁶ dále její profesní partnery, doktora Josefa Smýkala¹⁷ a psychologa doktora Oldřicha Čálka. (Hradilková, 2015) Pojem raná péče je zaveden od roku 1993 Terezií Hradilkovou a jejími kolegyněmi. (Krutišová, 2015)

S 19. a 20. stoletím přišla doba hlubšího pronikání do života dítěte, doba zvětšující jeho hodnotu, Dunovský a kol. (1999). Ze zájmu specialistů na raný věk, tak v průběhu 20. století, vznikla vědní disciplína pediatrie, jejímž teoretickým podkladem byla „zvláštní“ věda o dítěti,

¹³Papoušek – pediatr a Vojta – neurolog

¹⁴ Tzv. **Vojtova metoda reflexní lokomoce** staví na stimulaci (dráždění, tlaku) reflexních zón na těle, které následně vyvolají požadovaný reflexní pohyb (pohyb vpřed, otáčení, plazení, úchop, vzpřímení, chůzi), dokáže navodit aktivitu veškerého kosterního svalstva, svěračů, polykacích a mimických svalů, okohybných svalů a dechových svalů. (Kunhartová, Křížkovská, 2012)

¹⁵Absolvent lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, zabýval se tvorbou řeči v oboru foniatry, později logopedií, kdy je považován za významnou osobnost stojící u zrodu teoretické i praktické roviny logopedie tehdejšího Československa. (Hubišťová, 2010)

¹⁶ Během 80. let kooperovala s činností tyflopědičské poradny pro rodiče těžce zrakově postižených dětí raného věku v Brně, později s činností poradny rané péče v Praze

¹⁷ Působil jako ředitel školy pro nevidomé v Brně

tzv. pedologie,¹⁸ která, položila základ československé péči o dítě. Jistá podoba rané péče tak představovala součást pražského Pedologického ústavu již během předválečného období. (Šándorová, 2005) „Po roce 1948 byl systém z ideologických důvodů zrušen a následně zlikvidován.“ (Dunovský a kol., 1999, s. 45-46) Šándorová (2005) k tomu dodává snahu státu zastat všechny funkce, nevyjímaje ty, které náležely rodině, obci nebo nestátním institucím (teprve po revoluci v roce 1989 byla znovu umožněna občanská sdružení, spolky a další instituce a jejich začlenění do systému sociálních služeb).

Do roku 1989 panoval institucionální, ústavní model služeb rané péče. Při poskytování služeb se nedbalo tolik na kvalitu života jejich uživatelů, jako spíše na kvalitu ubytovacích podmínek. Vznik rané péče souvisí s hnutím po změně režimu, kdy probíhala snaha o zahájení cílené a individuální podpory lidí s postižením, či jiným znevýhodněním, podpory rodin, svépomocných aktivit a komunitních služeb. V mezinárodním kontextu představuje termín raná péče opatření a programy na bázi terapií, vzdělávání a socializace určené dětem s postižením či ohrožením vývoje v období prvních let života, před nástupem do vzdělávací instituce (mateřská, základní škola). Po polovině 80. let minulého století se programy rané péče, v Evropě i Americe, začaly zaměřovat, jako na předmět péče, také na celistvé rodiny dítěte s postižením. Tato událost podpořila odklon od dosavadní ústavní péče o děti s postižením, přispěla posílení schopností a zodpovědnosti rodičů, vzniku komunitních a terénních služeb. Simultánně se vyvíjely právní předpisy týkající se dané problematiky od resortu zdravotnictví s mezioborovou spoluprací, přes resort vzdělávací, po sociální. (Hradilková, 2015) Vyvstal tým nadšených lidí, ochotných spolupracovat na odborné úrovni. V rámci spolupráce se zahraničím (organizace, specialisté) pozvolna vznikala model provázení¹⁹, jímž se dnes řídí střediska RP v celé ČR, říká Vachulová (in Krutišová, 2015).

Čámský a kol. (2011) dodává, že po změně režimu, v roce 1989 nastala transformace v sociálních službách, došlo k jejich nesmírnému rozšíření na cílovou skupinu, vzniku nových legislativních opatření vyvrcholených v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a postupnému praktikování principů ochrany lidských práv. Ruku v ruce s tím započal

¹⁸ Pedagogický slovník (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 199) definuje „pedologii“ jako „směr pokoušející se nahradit pedagogiku novou vědou, která by sjednotila poznatky z biologie, psychologie a sociologie dítěte.“ Věda stavěla na znalostech z teorie i praxe pracovníků sociálně zaměřených s potřebnými právními znalostmi, i jinými specialisty lékaři a učiteli.

¹⁹ Model provázení si zakládá na teorii raného učení a deprivace, potřeb, socializace, rodinné výchovy, institucionální výchovy, sociální integrace, možností kompenzace, účinků stimulace. “ Vytvořila ho, a v praxi využívá, střediska rané péče, říká Hradilková (in Girčáková, 2015).

i proces deinstitucionalizace znamenající orientaci na individuální život jedince v domácích podmínkách, namísto dosavadních ústavních pobytových služeb.

S rokem 1989 se též naskytly možnosti pro zakládání nestátních organizací, které se zabývaly ranou péčí. Začínalo se soustředit na proces integrace dítěte do společnosti a zároveň brát zřetel na signifikantní úlohu rodiny. Podpůrná a pomocná etapa pro dítě, s cílem překonávat nezralost a zvládat nejrůznější zátěže, kdy se považovalo za rovnocenné k dospělým (především rodičům), stavila na Listině lidských práv a svobod, taktéž na Úmluvě o právech dítěte z roku 1989 (Šándorová, 2005). Ta dále tvrdí, že od roku 1990 existuje poskytování služby RP státními organizacemi z 80%, především speciálně pedagogickými centry (nadále jen SPC) a nestátními institucemi z 20%, jako jsou poradny rané péče, dětská centra, dětské stacionáře atp.

Česká republika v 90. letech již pracovala s profesionálními programy rané péče na základě zahraničních zkušeností, v koordinaci s rodiči a odborníky z oblasti speciální pedagogiky, sociální práce a zdravotnictví: „Značně nám pomáhali zkušenosti ze zahraničí – jak ty, které se k nám dostávaly prostřednictvím literatury a studií, tak i přijetí odbornou obcí odborníků z celého světa, ochotných zvát nás na stáže nebo k nám jezdit přednášet.“ (Hradilková, 2015) Ta také uvádí, že zřizovateli byly nové nestátní neziskové organizace: „Tak, jak přibývalo rodičů žádajících si podporu a odborníků ochotných jim ji poskytnout, přibývalo potřeby finančních, materiálních a metodických prostředků. Od roku 1990 jsme získávali roční dotace nejdříve od Ministerstva zdravotnictví ČR, později od Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (nadále užíváme zkratku MPSV) a finanční podporu od zahraničních nadací, ke kterým se postupně přidávaly nově vznikající nadace české a dárci. Učili jsme se žádat finance na pomoc pro rodiny od jednotlivých osob, z podniků našich příbuzných a známých a postupně si budovat okruh sponzorů a příznivců. Kromě již zmíněné spolupráce s rodiči pro nás bylo zásadní získat ke spolupráci lékaře: ty, kteří byli první u zjištění diagnózy dítěte a jejichž péče se prolínala s naší.“

RP se stala preventivním opatřením před umístěním dětí s postižením mimo rodinu do institucionální péče. Díky osobnostem vidícím význam v podpoře rodin a dětí s postižením již od jejich příchodu na tento svět, ochotným spolupracovat s rodiči, připraveným jim vyhovět a bojovat za systém RP ve společnosti, započal koloběh zakládání pracovišť RP. Nejprve vznikala střediska pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením.²⁰ Vzrůstala ovšem

²⁰ Česká unie nevidomých a slabozrakých (ČUNS), později nazvaná jako Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR (SONS), dala vzniknout průběžně šesti střediskům rané péče pro rodiny dětí se zrakovým

potřeba podpory pro rodiny dětí i s jiným než zrakovým postižením, konkrétně mentálním, sluchovým a tělesným postižením, která si záhy vyžádala zřízení dalších pracovišť rané péče. Nejprve se, v roce 1994, ke slovu přihlásilo středisko Diakonie Českobratrské církve evangelické (nadále jen Diakonie ČCE) v Praze Stodůlkách, posléze Federace rodičů a přátel sluchově postižených (FRPSP) a další. (Hradilková, 2015)

Roku 1997 byla založena Společnost pro ranou péči (nadále jen SPRP).²¹ Ta se stala první profesionální organizací nabízející za svou hlavní činnost ranou péči na celorepublikové úrovni. Až do doby vzniku Asociace pracovníků v rané péči (nadále jen APRP),²² do roku 2003, zaštiťovala organizační strukturu RP. Během počátečních let byly členy SPRP i rodiče a odborníci z pracovišť jiných poskytovatelů, spoluvytvářeli standardy, prosazovali ranou péči do praxe i systému. Standardizací se RP mohla zařadit mezi síť změn v tehdejších sociálních službách a získat vymezení, cíl a kvalitu, pod záštitou MPSV. (Hradilková, 2015) uvádí, že došlo k systémovému uchopení rané péče jako sociální služby pro rodiny s dítětem s postižením, což ji umožnilo vystavět na původních hodnotách, na kterých vznikla jako:

- „terénní služba domů, poskytovaná v přirozeném prostředí,“
- „podpora celé rodině,“
- „profesionální odborná pomoc podle standardů, specializovanými pracovišti,“
- „pomoc včas, hrazená z veřejných prostředků rodinám, které o ní požádají,“
- „cílem je kompetentní rodina, minimalizace důsledků postižení na vývoj dítěte a sociální začlenění“

Potměšil a kol. (2015) uvádí, že současný systém péče dětí raného a předškolního věku ČR je v režii ministerstva zdravotnictví, školství, mládeže a tělovýchovy a ministerstva sociálních věcí. Hradilková (2015) tvrdí, že český prototyp sociální služby rané péče je uznáván

postižením²⁰: roku 1990 v Praze a Brně, roku 1993 v Liberci a Olomouci, roku 1994 v Českých Budějovicích, roku 1995 v Ostravě a 2002 v Plzni. (Hradilková, 2015)

²¹ SPRP je „nestátní organizace, která poskytuje odborné služby rané péče, podporu a pomoc rodinám, ve kterých se narodilo dítě se zrakovým nebo i s kombinovaným postižením, a to prostřednictvím středisek rané péče.“ (O společnosti pro ranou péči, 2014)

²² APRP je „celostátní profesní organizace sdružující poskytovatele rané péče, za účelem sledování, podpory a zvyšování kvality sociální služby raná péče, prezentace a prosazování oboru, hájení zájmů pracovišť rané péče i jejich pracovníků a zajišťování vzdělávání pracovníků v rané péči“. (Asociace pracovníků v rané péči, 2016)

v Evropě i USA, a že SPRP je podporovatelem vzniku rané péče v zahraničí. Také však poukazuje, že neustále je mnoho těch, kteří ranou péči neznají nebo jsou čekatelé na službu pro nedostatek financí a kapacity regionálních poskytovatelů (43 ze 46 poskytovatelů v ČR jsou nestátní neziskové organizace). Ještě dodává, že plynutím roku 2015 bylo přeneseno financování sociálních služeb od MPSV na kraje, tím pádem vzniklo čtrnáct systémů financování a tím i pojetí a provozování služeb. Rovněž uvádí, že by se v brzké době měla plánovat novela Zákona 108/2006 o sociálních službách.

2.1.1 Vznik RP pro děti s kombinovaným postižením

Ke vzniku střediskům RP pro děti s kombinovaným postižením uvedeme jen, že nakonec, pod záštitou SPRP, roku 2009 se zrodilo i středisko pro rodiny s dítětem s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením v Olomouci. (Hradilková, 2015) Černíková (2015) se shoduje výše s Hradilkovou, když uvádí, že v současné době je 46 registrovaných poskytovatelů služeb rané péče pro děti s konkrétním (např. zrakovým, sluchovým), nebo kombinovaným postižením. Na základě tvrzení některých autorek²³ uvádí, že v současné době jsou střediska rané péče zastoupena ve všech větších městech.

Není náplní této práce je všechny obsáhnout, proto se v ní zmíníme nadále jen o střediscích vedených pod Diakonií ČCE, (jelikož se jedná o organizaci stojící u prvopočátku RP v Čechách, jak se dozvídáme z výše uvedené historie). Také uvedeme Slezskou diakonii, protože operujeme převážně s jejími středisky při následném vytýkání konkrétních služeb RP pro děti s kombinovaným postižením. Podrobnější přehled středisek RP pro děti s kombinovaným postižením uvádíme v příloze č. 1.

Během náročného procesu vývoje samotné služby rané péče se postupem času se ustálil její charakter, jak ho známe dnes. Ten popisujeme v nadcházející podkapitole.

2.2 Charakter rané péče

Šándorová (2005, s. 68), ve snaze definovat charakter RP, cituje Národní plán z roku 1998, který ranou péči představuje jako: „soustavu služeb a programů poskytovaných rodinám dětí, které jsou zdravotně postižené, či je jinak narušen či vážně ohrožen jejich vývoj“.

S terminologií dané problematiky se můžeme setkávat z více pohledů. Ministerstvo školství užívá termínu „včasná péče“, ministerstvo vnitra „včasná intervence“, z pohledu MPSV se setkáváme právě s pojmem „raná péče, zmiňuje Běhounková a kol. (2011).

²³ Finková, Ludíková, Růžičková

Služba raná péče se řídí **zákonem č. 108/2006 Sb. § 54** o sociálních službách a je definována jako „**terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.**“ Tento zákon ji zahrnuje mezi služby sociální prevence, které mají napomáhat zamezit sociálnímu vyloučení osob ohrožených z důvodu krize v oblasti sociální, tím, že jim dopomáhá k překonání situace. Společnost pro ranou péči pak mluví o prevenci umístění dětí do ústavní výchovy. (Černíková, 2015)

Valenta a Müller (2009) ranou péči vykládají jako včasnou odbornou pomoc prostřednictvím služeb a programů v resortech zdravotnictví, sociálních služeb i pedagogicko-psychologické oblasti, praktikovaných u dětí se specifickými potřebami, od zjištění postižení, do nástupu povinné školní docházky. Ustálený termín „raná péče“ více zdůrazňuje raný věk dětí a pojem „péče“ není považován za zajišťování základních životních potřeb dětí, nýbrž za komplexnost služeb poskytovaných rodinám s dítětem se zdravotním postižením, jak podává Kučerová (in Kolektiv autorů, 2007). Potměšil a kol. (2015), poznamenává, že dnes je též nazývána ranou intervencí.²⁴

„Raná intervence v sobě obsahuje celou řadu obecných a konkrétních opatření zaměřených na rodiče i samotné dítě, a to jak v rámci primární prevence (podpora zdravotního stavu), tak také následně prevence sekundární (podpora rodin, jež se ocitly v problémových situacích),“ uvádí Potměšil a kol. (2015, s. 9)

SPRP na svých webových stránkách, uvádí ranou péči jako službu určenou pro celou rodinu, pro veškeré její členy. Zabývá se, mimo stěžejní téma postižení dítěte, i tématy, která se jeví rodině důležitá, která pojednávají o problémech rodiny. SPRP dokládá tvrzení o posledních dekádě let, kdy zaznamenává značný nárůst rodin s potřebami, které značně rozšiřují záběr služby i poradenského pracovníka. Dále je podotýkán způsob nastavení služby, ta má být schopna plně reagovat v intervenci nejen na existenci samotného postižení, ale i na možné potřeby dítěte z něj vyplívajících a naplňovat je. Není výjimkou ani tzv. „multiproblémová“

²⁴ Intervenci pak podle Pedagogického slovníku (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 114) chápeme obecně jako „zákrok“, konkrétně jako „promyšlený postup, jehož cílem je ovlivnit probíhající proces a dosáhnout zamýšleného stavu“, nebo také pohledem psychologie (Psychologický slovník, Hartl, Hartlová, 2000) jako cílený, předem promyšlený zásah, který má obvykle zamezit negativnímu procesu, či alespoň jeho průběh přerušit nebo upravit.

rodina, v níž je možné běžně se setkat s chudobou, nekompetentností rodičů v důsledku např. psychické diagnózy, s omezenou způsobilostí k právním úkonům, stavem uprchlictví, mezigenerační péčí o dítě s postižením, závislostí... tématem dítěte a jeho zdravotního postižení se, ve zmíněných případech, rodiny přestávají zabývat jako primárním problémem, to ustupuje před zajištěním základních existenčních potřeb v rámci zachování funkčnosti rodiny. Na nově vzniklé potřeby rodin se poskytovatelé služby RP, snaží reagovat rozšířením záběru služby RP o další služby (např. sociálně aktivizační), případně rozšířením vlastního týmu o další odborníky a specialisty. (Meziresortní charakter sociální služby raná péče, 2015) Více v podkapitole Odborný tým rané péče.

Tak jako každé záměrné konání, jednání, i služba rané péče se snaží dosáhnout jistých cílů, splnit jisté poslání, pro které vznikla a na ty se nyní zaměříme.

Pro doplnění celistvosti představy o rané péči pro rodiny s dětmi s kombinovaným postižením jsme si vypomohli středisky i mimo oblast Uherskohradištska, vedených pod záštitou Diakonie, na území Moravy.

2.2.1 Cíle a poslání rané péče

Za **hlavní cíl** RP obecně, se považuje vytváření podmínek sociální integrace²⁵ a to jak pro dítě s jeho rodinou, tak i pro společnost. Raná péče se snaží, slovy APRP, o snížení negativního dopadu postižení, či ohroženého vývoje dítěte na rodinu a okolní prostředí, v němž dítě vyrůstá. Současně je vynakládána snaha dosáhnout zvýšení vývojové úrovně dítěte v postižených nebo ohrožených oblastech, kdy je zacíleno na především posílení rodinných kompetencí ve smyslu zvýšení soběstačnosti rodiny. Zde Asociace pracovníků v rané péči dále podotýká: „služby RP jsou klientovi poskytovány takovým způsobem, aby rodinu nečinily závislou na žádné výchovně vzdělávací instituci ani pobytové (ústavní) instituci.“ (Druhové standardy kvality služby raná péče, 2013)

Cíle rané péče pro děti s kombinovaným postižením jsou zaměřené na edukaci, která spočívá ve „vybavení klienta adekvátním množstvím poznatků, dovedností a návyků“, tedy „snahou o maximální možný rozvoj osobnosti daného jedince, s dosažením adekvátního stupně vzdělávání“ (Ludíková a kol., 2005, s. 12), čímž ho uschopňuje zapojení do pracovního procesu, společenského života, účastí na kvalitním životě bez handicapu závislosti na svém okolí. Dále Ludíková a kol. (2005) zmiňuje rehabilitační cíle v oblasti

²⁵ V integraci vidí Šándorová (2005) docilení základních běžných lidských práv, tedy práva žít ve společnosti ostatních, práva žít obklopeni těmi nejbližšími v přirozeném prostředí rodiny.

psychické, sociální, pracovní, atp., stimulační cíle v oblasti opožděného vývoje řeči, motoriky, percepce apod. a reedukační cíle, spočívající v odstranění, či zmírnění nedostatků na orgánech, příp. jejich funkcích. Kompenzace pak působí na rozvoj činností náhradních orgánů, příp. jejich funkcí.

Pro příklad uvádíme cíle některých středisek rané péče pro děti s mentálním, tělesným, kombinovaným postižením a pro děti s poruchami autistického spektra (nadále pouze PAS) na Moravě zařazené pod Slezskou diakonií:

SALOME Bohumín, poradna rané péče (2013), věnující se rodinám s dětmi s mentálním, tělesným, kombinovaným postižením a pro děti a PAS, řadí mezi cíle poskytované službou, jichž se snaží dosáhnout:

- vztahem k rodině
 - a) rodinu, která si osvojila dovednosti spojené s péčí o dítě
 - b) samostatný a aktivní přístup rodiny k řešení problémů ve výchově dítěte a problémů rodiny
- vztahem k rozvoji služby
 - a) Služba, která, u klientských rodin, rozšiřuje pole své působnosti na další aktivity související s poskytovanou službou
 - b) Služba, která hledá nové partnery pro spolupráci v resortech školství, zdravotnictví, sociálních služeb a která provádí osvětu problematiky RP

Poradna rané péče DOREA Brno (2013), určená totožné skupině klientů, doplňuje poslední bod o cíl informovanost veřejnosti o službě RP, klade důraz na její nezbytnost a cílovou skupinu, se snahou zvýšit vzájemné pochopení a respekt.

EUNIKA Karviná, poradna rané péče (2013) vidí hlavní cíl v objevení nejvhodnějších způsobů jak rozvinout vědomosti, komunikaci, sebeobsluhu, motoriku a socializaci. Taktéž v nápomoci rodině získat potřebné dávky a kompenzační pomůcky, užitečné pro snazší každodenní životní rutinu. Nebo ho vidí v odkaze služby RP na kontakty odborníků, specialistů, či spolků, kterými by se rodiny s dětmi s postižením mohly stát součástí. Jako neméně důležité kritérium pro splnění cíle služby RP uvádí i stav v rodině, kdy má vyřešenou předškolní a školní výchovu dítěte.

Společnost pro ranou péči (SPRP) udává, že **posláním** služby RP, je provázení rodiny v obtížné životní situaci s úsilím o možnost vychovávat dané dítě v přirozeném domácím prostředí. (Poslání a cíle Společnosti pro ranou péči, 2014) Nebo také, jak zmiňuje Potměšil

a kol. (2015, s. 9): „Raná intervence, v současném slova smyslu, poskytuje podporu rodičům ve snaze posílit jejich rodičovské kompetence a současně i schopnosti při optimální volbě výchovy. Tím dochází k předpokladu zdravého rozvoje a růstu dítěte, v souladu se zachováním jeho ochranných práv, podpory a aktivní účasti.“

Posláním služby je, slovy střediska CESTA v Uherském Hradišti, pro rodiny s dětmi s mentálním, pohybovým a kombinovaným postižením, nabízet celostní péči a podporu rodinám s dítětem od 0 do 7 let věku s tímto postižením, i rodinám s dětmi s nerovnoměrným a ohroženým vývojem. Poskytovat podporu rodinám s hledáním cesty během náročné životní situace. Facilitovat podporu vývoje dítěte, napomáhat rodičům prožívat proces výchovy pozitivně a posilovat integraci celé rodiny do sociálního prostředí v zachování respektování jejich potřeb, práv a důstojnosti, se současnou snahou o vyrůstání dítěte v přirozeném prostředí vlastní rodiny. Konkrétně jsou, ranou péčí v Uherském Hradišti, u dítěte hledány, co možná nejvíce vhodné postupy pro rozvoj komunikačních dovedností, činností v sebeobsluze, postupy pro rozvoj hry, edukace a kooperace s vrstevníky. (Poradna rané péče, 2016)

Poradna rané péče MATANA Krnov (2013), pro rodiny s dětmi s mentálním, pohybovým a kombinovaným postižením, či děti s PAS, míní svým posláním provázení rodiny v průběhu počátečních let života dítěte se specifickými potřebami a podporu veškerých členů rodiny při hledání cesty k rozvoji dítěte a začlenění se do běžného života.

LYDIE Český Těšín, poradna rané péče (2013), pro rodiny s dětmi s tělesným, mentálním, kombinovaným postižením, či autismem, vidí své poslání v pravidelných návštěvách v rodině a díky odbornému poradenství napomáhá rodině samostatně naplňovat potřeby svého dítěte s ohledem na jeho zdravotní handicap. Rovněž napomáhá sociálnímu začleňování rodiny do běžného života.

Jistých stanovených cílů ve shodě s posláním, lze dosáhnout dodržováním určitých pravidel a plněním těch správných činností. Proto zde uvádíme zásady, principy služby RP a níže samotné činnosti.

2.2.2 Zásady a principy rané péče

Při poskytování svých služeb každá RP čerpá z Obsahu standardů kvality sociálních služeb,²⁶ uvedených v příloze č. 2 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., které se týkají:

- Cílů a způsobů poskytování sociálních služeb
- Ochrany práv osob
- Jednání se zájemcem o sociální službu
- Smlouvy o poskytování sociální služby
- Individuálního plánování průběhu sociální služby
- Dokumentace o poskytování sociální služby
- Stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- Návaznosti na poskytované sociální služby a na další dostupné zdroje
- Personálního a organizačního zajištění sociální služby
- Profesionálního rozvoje zaměstnanců
- Místní a časové dostupnosti poskytované sociální služby
- Informovanosti o poskytované sociální službě
- Prostředí a podmínek
- Nouzových a havarijních situací
- Zvyšování kvality sociální služby

Ke zmíněným pravidlům rámcových standardů přidává APRP oblast finančního zajištění služby rané péče, která zpracovává problematiku nakládání s finančními prostředky (Druhé standardy kvality služby raná péče, 2013). Směšná (2010) oblast financování zahrnuje pod Ministerstvo práce a sociálních věcí, kdy tvrdí, že dotace ministerstva mají pokrývat provozní náklady spojené se sociální službou (mzdy, cestování, pohonné hmoty). Uvádí, že pro další výdaje středisek je zapotřebí získávání financí z projektů, nadací, či sponzorských darů. Původně RP financoval resort zdravotnický, později i školský, nyní je její financování závislé na sociálním systému, dotacích z krajů a dalších příspěvcích, Vachulová (in Girčáková, 2015).

Čámský a kol. (2011) uvádí zmíněné standardy jako rámcové, jež by měly být východiskem pro tzv. druhové standardy, které jsou uzpůsobeny již konkrétní sociální službě (v našem

²⁶Standardy kvality sociálních služeb představují soubor kritérií, která vymezují úroveň kvality sociálních služeb, v oblasti personální, provozní a oblasti vztahů mezi poskytovatelem a uživatelem sociální služby. (Čámský a kol., 2011)

případě službě rané péče pro děti s kombinovaným postižením). Dále podotýká, že druhové standardy napomáhají plnění základní funkce dané sociální služby, tj. zvyšování její kvality.

Středisko CESTA v Uherském Hradišti, pro děti s mentálním, pohybovým a kombinovaným postižením, prezentuje za své následující zásady, které se promítají i do principů služby:

- **Partnerský přístup**, který ustanovuje klienta rovnocenným partnerem (dítě spolu se zákonným zástupcem jsou považováni za členy týmu a podílejí se na způsobu poskytování služby), respektují se práva a volba rozhodnutí klienta
- **Právo volby** předpokládá individuální přístup vycházející z konkrétních potřeb každého uživatele, umožňuje mu, ve svobodné vůli, nabízenou činnost přijmout, či nepřijmout, vyžaduje ale aktivní účast na plánování i realizaci služby
- **Flexibilita** služby zaručuje pružné přizpůsobení času a místa klientům během spolupráce, na základě jejich možností a potřeb, při realizaci návštěv se hledí na chod a rytmus rodiny
- **Kontinuita** během realizace i ukončování služby nabízí klientovi informační odkaz na návazné služby i jejich zprostředkování
- **Soulad poskytovaných služeb s metodikou** znamená, že průběh poskytování služeb je založen na písemně daných metodikách, které souzní se zákonnými požadavky České republiky
- **Komplexnost služeb** je splněna případnou spoluprací, vyžadují-li to okolnosti, s dalšími specialisty (např. lékaři, učiteli) a zprostředkováním kontaktu na ně
- **Ochrana práv klientů a respektování jejich důstojnosti** dbá a ochraňuje soukromí, názor a vůli rodiny klienta (pečující osoby a zákonného zástupce), služba je koncipována takovým způsobem, aby klienta chránila před předsudky a negativismem ze strany společnosti, zachovává mlčenlivost o zjištěných faktech, v realizaci služby se počítá s názory zákonných zástupců a pečujících osob, s jejich podněty, připomínkami a stížnostmi

(Poradna rané péče, 2016)

2.2.3 Základní činnosti RP pro děti s kombinovaným postižením

Základní činnosti služby RP, zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 54, vymezuje na:

- „výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,“
- „zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,“
- „sociálně terapeutické činnosti,“
- „pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“

Ty jsou nadále blíže rozebrány ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., § 19, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Pohledem střediska rané péče Educo Zlín jsou, **v souvislosti s problematikou kombinovaných vad**, výše zmíněné činnosti pojímány tak, že RP svým klientům v oblastech:

- výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností
 - a) poskytuje rady týkající se postižení a vývoje dítěte
 - b) nabízí možnost konzultací se svými pracovníky
 - c) navrhuje konkrétní program podpůrných opatření (stimulace, herní terapie)
 - d) zapůjčuje hračky, pomůcky, literaturu
 - e) napomáhá s výběrem předškolního či školního zařízení
 - f) umožňuje vzdělávání v podobě účasti na seminářích
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - a) dává možnost využít běžně dostupných služeb a zdrojů informační
 - b) podporuje kontakty s okolním prostředím (rodinou, přáteli)
- sociálně terapeutických činností
 - a) podporuje veškeré členy v rodině formou rozhovoru a naslouchání
 - b) podporuje rodinu v průběhu kritického období
 - c) organizuje setkání mezi rodinami
- pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
 - a) poskytuje sociálně právní poradenství
 - b) zprostředkovává spojení se specialisty
 - c) napomáhá hájit práva a zájmy
 - d) doprovází při vyřizování (u lékaře, ve škole, na úřadě apod.)

(Popis realizace poskytování sociálních služeb, 2014)

Ústy SPRP jsou udána obecná kritéria pro samotnou stimulaci vývoje dítěte. SPRP tvrdí, že „poskytovatel RP má k dispozici stimulační programy a metodiky, zaměřené na stimulaci vývoje dítěte s ohledem na specifikum klientské skupiny.“ A dále, že „pracovníci ve službě RP plánují a navrhnou konkrétní programy stimulace s ohledem na stav a možnosti dítěte i rodičů, na základě cílů, individuálního plánu a zakázky klienta“ (Zásady, 2014).

Zmíněné středisko Educo Zlín popisuje již konkrétní metody své práce v souladu se základními činnostmi RP dle zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách, uskutečňují se vždy s ohledem na individuálnost potřeb klientů. Pro oblast podpory vývoje dítěte využívá:

- program Portage,
- strukturované učení,
- program výměnného obrázkového komunikačního systému (VOKS),
- znakování s batolaty,
- Bazální stimulaci,
- videotrénink interakcí (VTI).

V oblasti podpory rodiny uplatňuje středisko metody naslouchání, sdílení a provázení a poskytuje krizovou intervenci, i VTI. (Popis realizace poskytování sociálních služeb, 2014)

Dále uvádíme, na základě osobní konzultace se speciální pedagožkou střediska CESTA, jejich metody práce s klienty, neboť právě v tomto zařízení se uskutečnilo průzkumné šetření.

V rámci podpory a stimulace vývoje dítěte užívají těchto metod a pomůcek:

- Synergická reflexní terapie
- nafukovací dlahy, která umožňuje zaujmout fyziologickou polohu dolní končetiny bez otlaků vzdušným stlačením, působí na prokrvení končetiny
- hřejivých vibračních podložek
- míčkování
- orofaciální stimulace
- polohování
- cvičení na míči
- chůze v chodítku
- canisterapie
- komunikačních knih pro využití metod alternativní a augmentativní komunikace (AAK)

Bližší charakteristika výše uvedených činností je obsažena v příloze č. 2.

Dále přidáváme výčet alespoň několika málo činností, které nezahrnují povinné zprostředkování službou, lze o nich tedy hovořit jako o nadstandardních, „doplňkových“, s možností jistého poplatku.

2.2.4 Doplňkové činnosti RP pro děti s kombinovaným postižením

Poradna rané péče MATANA Krnov (2013), pro rodiny s dětmi s mentálním, pohybovým, kombinovaným postižením a děti s PAS, popisuje, krom základních činností, i další aktivity pořádané pro své klientské rodiny:

- svépomocné a podpůrné skupiny vedené maminkami,
- podpůrná setkání sourozenců,
- pravidelná setkávání rodin s dítětem se specifickými potřebami zahrnující besedy, tvořivé dílny, hry pro děti,
- relaxační aktivity jako příměstské tábory pro děti se specifickými potřebami,
- vzdělávací aktivity pro rodiče na libovolné téma v podobě besed, seminářů,
- Kompas neboli nácvik sociálních dovedností a komunikace pro děti s poruchami autistického spektra

SALOME Bohumín, poradna rané péče (2013), určená rodinám s dětmi s mentálním, kombinovaným, tělesným postižením, děti s PAS a narušenou komunikační schopností (NKS), nabídku rozšiřuje také o různé volnočasové pro rodiny typu návštěvu bazénu, divadelních představení, canisterapii, hipoterapii, muzikoterapii, již zmíněné setkávání rodin apod.

LYDIE Český Těšín, poradna rané péče (2013), určená rodinám s dětmi s mentálním, kombinovaným postižením nebo autismem, dodává za úplatek fakultativní činnosti jako rehabilitace a rehabilitační poradenství.

Různé činnosti jsou poskytovány také různým klientům, dle jejich individuálních specifických potřeb. Následně se pokusíme přiblížit klienta rané péče.

2.2.5 Klienti rané péče z pohledu kombinovaných vad

Šándorová (2005) směřuje poskytování služby RP k dětem raného věku se zdravotním postižením, dále dětem v ohrožení sociálního, biologického a psychického vývoje, s cílem minimalizovat dopady takového nepříznivého zdravotního stavu. Také vyzdvihuje důležitost včasné intervence, pokud možno, co nejdříve, z důvodu předcházení vzniku sekundárního postižení a zkvalitnění socializace, edukace a (re)habilitace. Včasné zahájení komprehenzivní

péče zmírňuje, ba i překonává nepříznivý bio-psycho-sociální vývoj dítěte se speciálními potřebami, včetně nepříznivých důsledků na jeho rodinu. Dále uvádí, že i přes službu určenou primárně dětem raného věku s postižením, je velmi významná práce v rodině a s rodinou. Společnost pro ranou péči (SPRP), ve svých Standardech rané péče z roku 2008, označuje za klientelu rané péče dítě a jeho rodiče. S odkazem na zákon 108/2006 Sb., se dává možnost užívat termínu „klient“ i „uživatel“ ve smyslu osoby, které je služba zprostředkovávána. SPRP dále, uvádí, že služby rané péče lze rodině poskytovat od zjištění rizika do doby, než důvody pro poskytování služeb rané péče nepominou. Zjištěním rizika se obvykle míní zjištění postižení nebo ohrožení dítěte, a to je možno již během prenatálního období. Maximální doba péče se udává do nástupu dítěte do předškolního nebo školního zařízení. Zpravidla je to do dovršení 4 roku věku dítěte, když má zdravotní postižení, či ohrožený vývoj nebo do dovršení 7 let věku, pokud se jedná o dítě s kombinovaným postižením. (Standardy rané péče / intervence SPRP, 2008) Vašek a kol. (1999) se zmiňuje, v souvislosti s pedagogikou dětí s **vícenásobným postižením** v předškolním věku, o jedincích s těžkostmi v socializaci, komunikaci a sebeobsluze.

Ludíková (2005) nahlíží na kombinované vady z pohledu speciálně pedagogických disciplín, psychopedie, surdopedie, tyflopédie, somatopedie, etopedie a z pohledu hluchoslepoty. Oblast psychopedie je nejkomplicovanější oblastí, jak uvádí Kolektiv autorů²⁷ (in Ludíková a kol., 2005, s. 35): „Právě mentální postižení vstupuje nejčastěji do kombinace s jinými postiženími a je v nich zpravidla nejzávažnějším symptomem.“

Nastiňuje problematiku kombinovaných vad pohledem psychopedie následovně:

- „Mentální postižení s narušenou komunikační schopností (NKS)“
- „Mentální postižení s psychosociálním ohrožením“
- „Mentální postižení v kombinaci se somatickým“
- „Mentální postižení v kombinaci s epilepsií“
- „Mentální postižení v kombinaci s DMO“
- „Mentální postižení v kombinaci se zrakovým“
- „Mentální postižení v kombinaci se sluchovým“
- „Mentální postižení kombinované s duálním senzoryckým“ (simultánně zrakové a sluchové)

Blíže se kombinovaným postižením zabýváme v první kapitole.

²⁷ Vašek, Hardman, Drew, Egan, Hallahan, Kauffman, Logan, Vančová aj.

Pro specifické skupiny klientů, je nutné sestavit pracovní tým jistých specialistů s odbornostmi z nejrůznějších oborů, neboť slovy Šándorové (2005, s. 61): „Efektivita realizace úkolů speciální pedagogiky raného věku má přímou souvislost s úrovní profesionálních služeb, podpory a intervence interdisciplinárního týmu.“

2.2.6 Odborný tým rané péče pro děti s kombinovaným postižením

Tato podkapitola hovoří o standardním týmu RP a dalších odbornících v rozšířeném poli působnosti v rámci mezioborové spolupráce.

Krekretiová (in Potměšil a kol. 2015) nastiňuje minulost, kdy jednotlivý specialisté byli odkázáni sami na sebe v procesu péče o klienta, jelikož neprobíhala vzájemná mezioborová spolupráce, neměli o něm tedy komplexní informace, chybělo společné rozhodování, plánování, podpora i pomoc. Středisko rané péče Tamtam Olomouc, pro děti se sluchovým a kombinovaným postižením, chápe tým poskytovatele služeb rané péče v širším měřítku jako veškeré osoby spolupodílející se na dovršení cíle intervence u klienta, konkrétního jedince. Hlavní osobou je rodič (zákonný zástupce) a poradce RP jako klíčový pracovník, spolu s dalšími odborníky. (Raná péče v moravskoslezském kraji, 2007)

APRP představuje standard týmového kolektivu rané péče následovně:

- **speciální pedagog**
- **sociální pracovník**
- **psycholog**
- **rehabilitační pracovník**

Zároveň však dodává, že „poskytovatel služby raná péče zajišťuje dle potřeby externí spolupracovníky a konzultanty, kteří se stávají členy širšího týmu. Členové týmu spolupracují při naplňování stanoveného individuálního plánu konkrétního uživatele.“ (Druhé standardy kvality služby raná péče, 2013)

Potměšil a kol. (2015) považuje mezioborovou spolupráci různých organizací za pilíř rané intervence. Pojímá rodiče jako jedince aktivně podporovaného v účasti na procesu intervence, připisuje mu dokonce klíčovou odpovědnost úspěch celého procesu.

Tým specialistů se může razantně rozrůst, podle míry specifických potřeb daného jedince (tedy i jedince s kombinovaným postižením). (Raná péče v moravskoslezském kraji, 2007)

Pro příklad uvádíme odborný tým u nemoci Dětská mozková obrna (nadále je DMO), Vágnerová (2002) označuje totiž právě DMO za často kombinovatelnou s dalšími poruchami,

např. zraku, sluchu, řeči spolu s rozumovými schopnostmi, i s poruchami epileptických záchvatů. Kraus (2005) považuje problematiku DMO, s potřebou multidisciplinární péče, za výzvu pro celý zdravotnický obor. Prezentuje nutnost zapojení oborů, a tedy i pracovníků z oblastí **pediatrie, fyzioterapie, neurologie, ortopedie, pracovní terapie, logopedie, psychologie, sociální péče a pedagogika**, které považuje za součást základní zdravotní péče o jedince s DMO.

3 Vývoj dítěte v raném věku

Kapitola vývoje dítěte v raném věku byla do této bakalářské práce zařazena s cílem charakterizovat jednotlivé období raného vývoje, jak intaktního²⁸ dítěte, tak i dítěte s postižením, v našem případě s kombinovaným postižením. Ve vývoji dětí raného věku hrají roli pojmy jako „vývoj“, „rozvoj“, „raný věk“, jsou klíčové pro tuto práci, proto se je zde snažíme krátce vysvětlit.

3.1 Pojmosloví

Šimíčková-Čížková a kol. (2010, s. 7) poznamenává, že při sledování vícera dětí totožného věku, lze vyzorovat nástup jistých změn zpravidla v identickém věkovém období. Přitom některé věkové fáze zaznamenávají velké množství vývojových změn²⁹, jiné zase méně. Pojem „vývoj“ pojímá jako „komplexní dynamický proces, často nerovnoměrný, který ale má svůj řád a zákonitost.“ Opozičním tvrzením se může jevit tvrzení Průchy, Walterové, Mareše (2009), že vývoj dítěte je procesem nerovnoměrným, odvislým od pohlaví, přírodních a sociokulturních podmínek, připouštějící však jistá vývojová stádia, která na sebe vzájemně působí. Je to „proces, v němž se kvalitativně i kvantitativně mění všechny stránky osobnosti dítěte, ve hře jsou faktory biologické (zrání), psychologické (ontogeneze psychiky), pedagogické (výchova a vzdělávání) a sociální (socializace osobnosti); úspěšnost vývoje závisí na učení a vykonávaných činnostech.“ (Průcha, Valterová, Mareš, 2009, s. 358) Vývojovým procesem dochází k novým skutečnostem ve vlastnostech, vztazích, či chování. (Hanáková, 2012) Hartl, Hartlová, (2000, s. 684) vymezuje vývoj obecně jako „růst, změnu spojenou se zráním a zkušenostmi, respektive s učením,“ a následně popisuje vývoj ve všech možných oblastech (např. po stránce kognice, psychosociální, smyslové, tělesné, atp.). Jednotlivé fáze vývoje jsou nezaměnitelné a probíhají v určité časové posloupnosti, představují tak nezvratný proces. (Příhoda, 1977)

Ne zcela identickým k pojmu vývoji je pojem „rozvoj“. Koncepti rozvoje osobnosti předkládají Průcha, Walterová, Mareš (2009, s. 251) jako „souhrn změn probíhajících v osobnosti jedince od narození po stáří,“ a to především po psychické stránce (intelekt, emoce, socializace, mrav). Zmiňují, že existují programy přispívající k rozvoji určitých

²⁸Hartl, Hartlová (2000, s. 232) ve svém Psychologickém slovníku vysvětlují pojem „intaktní“ jako „neporušený, nedotčený“. Z toho lze vyvodit, že se jedná o dítě zdravé, „nedotčené postižením“.

²⁹ Vývojovou změnou rozumí „přechod od méně dokonalého k dokonalejšímu, relativně stálý a v zákonitém vztahu k chronologickému věku.“

stránek osobnosti ve smyslu zdokonalování určitých dovedností (např. percepce, grafomotoriky, aj.).

„**Raný věk**“ vysvětlují ve svém Psychologickém slovníku Hartl, Hartlová (2000, s. 495), když operují s pojmem „raný“ ve smyslu „počáteční, časný“. Průcha, Walterová, Mareš (2009, s. 242) v Pedagogickém slovníku operují s pojmem „rané dětství“, kdy je jím myšleno vývojové období dítěte zahrnující 2. a 3. rok jeho života. Pro toto období je, dle slovníku, příznačný „intenzivní rozvoj řeči, zdokonalování pohybové aktivity, touha po poznání a manipulaci s předměty“. Prim zde hraje výchova v rodině. Samotný zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v §54, se však v definici rané péče ve smyslu nabízené služby pro společnost, zmiňuje o jejím záběru pro rodiny s dítětem s postižením až do věku 7 let (viz 1. kapitola „Raná péče“, podkapitola „Charakter rané péče“).

3.2 Stádia běžného vývoje dítěte v raném věku

Šimíčková-Čížková a kol. (2010) považuje za nejlepší vytyčení lidského vývoje (po stránce biologické, psychologické i sociální) Ontogenezi lidské psychiky od Příhody. Ten se zmiňuje o věkových skutečných rysech, které tak lze nazvat pouze v případě, že se vyskytují v nejrozmanitějších životních a společenských podmínkách všude a vždycky. Interpretuje Příhodu v členění vývojových období dítěte raného věku na tzv. „první dětství“ (nazvané také „rané dětství“) a tzv. „druhé dětství“. První dětství tvoří novorozenecké, kojenecké a batolecí období. Druhé dětství se dělí na předškolní věk a prepubertu.

3.2.1 Charakter jednotlivých vývojových období

- **Novorozenecké období** Příhoda (1977) značí za období trvající od doby po porodu s jistou variabilitou až do 2 měsíců, kdy si dítě přivyká novým životním podmínkám. Vágnerová (2012) za období zhruba jednoho měsíce života dítěte od narození, kdy se dítě odděluje od organismu matky, přechází v samostatnou bytost. Nastává u něj změna ve vnímání okolí i sebe sama, zřetelněji si uvědomuje své tělo a jeho funkce (hmotnost, regulace tělesné teploty, dýchání, přijímání potravy, vylučování) i působení okolí (teplo, chlad, fyzický kontakt). Šimíčková-Čížková a kol. (2010) ho pojímá jako období trvající od narození do 6. týdne, kdy dochází k vyrovnávání přechodu ze sféry tekuté do sféry plynné a přizpůsobení nově vzniklým podmínkám. Pořád ještě probíhá dokončování vývoje.³⁰ Thorová (2015) přisuzuje novorozencům

³⁰ Dotváří se diferencované orgány jako játra, ledviny, nadledvinky a centrální nervová soustava.

nemožnost koordinace pohybů se smyslovým vnímáním, především kvůli nedozrálosti centrální nervové soustavy, to je možné až po několika měsících.

- **Kojenecké období**³¹ je završeno 1. rokem života dítěte a dochází během něho k rozvoji motoriky (až k náznakům chůze v konečném stádiu období), k rozvoji procesu vnímání a řeči. (Příhoda, 1977) Vágnerová (2012) ho považuje za období trvající od 1 měsíce do 1 roku věku dítěte. Za předpokladu stimulace matkou nastává rychlý rozvoj spousty kompetencí, což vede k osamostatňování v období příštím, batolecím. Od jednoho roku dochází k individuální diferenciaci vývoje. Záleží na mnoha různých faktorech.³² Zmiňuje Eriksona, když říká, že dané období nazývá „receptivní fázi“ a že obraz světa je tvořen na základě vnímaných prožitků: když jsou příjemné, podněcují zájem o okolí, nepříjemné mohou naopak odrazovat od další interakce s okolím. Dítě vyžaduje uspokojování svých potřeb, zejména biologických, dále potřeby, citové, učení, podpory a bezpečí a adekvátní stimulace.
- **Batolecí období** Příhoda (1977) i Potměšil a kol.(2015) započítávají zhruba od jednoho roku do 3 let. Zde nastává rozvoj smyslového vnímání, což predikuje rozvoj poznání. Batole poznává okolní svět ještě intenzivněji, díky manipulaci s předměty. Nastává zpomalení tělesného růstu, rozvíjí konkrétní myšlení, řečová stránka (díky interakci s dospělými), prvopočátky sebeobsluhy (hygiena) a uvědomění sebe jako osoby, neboli vlastního já, čili „období prvního vzdoru“. Šimíčková-Čížková a kol. (2010) se o něm zmiňuje v rozmezí 2–3 let. Podotýká zvýšení výkonnosti nervové soustavy, s čímž souvisí jiná potřeba spánku (koncem období trvá spánek již po celou noc), protahuje se čas bdění. Dochází k upevňování hygienických návyků (ovládání aktu vyprazdňování), zdokonalování sebeobsluhy (šacení, stravování apod.). Příhoda (1977) podotýká, že s ukončením 3. roku věku nalezneme veškeré orgány již plně vyvinuty, analyzátory zdokonaleny, dítě dokáže přesně provádět základní pohyby i lokomoci. Tím jsou dány veškeré předpoklady pro přizpůsobení se prostředí.

³¹Sám Příhoda (1977) se o něm vyjadřuje jako o období nemluvněte. Dítě totiž i přes veškerou snahu vydávat různé zvuky, se ještě slovně zcela nevyjadřuje, je tedy nemluvnětem. Oproti tomu spousta dětí je kojencem pouze v několika prvních měsících tohoto období a ne po celou danou vývojovou fázi.

³² Vágnerová zde zmiňuje aktivizaci, přizpůsobivost, vegetativní stabilitu, intenzitu citových zážitků, trvalejší naladění, i učení, vrozené předpoklady apod.

- **Předškolní věk** představuje dle Příhody (1977) tzv. „druhé dětství“, což je považováno za období vývojově klidné. Mezi 3. až 6. rokem, se však utváří dětská osobnost, v níž důležitou roli hraje hra, mění se i tvar postavy dítěte (v poměru k hlavě nastává protáhlost končetin), tzv. „první tvarová proměna“, zdokonaluje se motorika, pozvolna mění chrup. Psychicky kritickým momentem je nástup školní docházky, kde nefiguruje vývoj, ale společenská potřeba, dochází k mnoha změnám v sociálním chování jedince, utváření zájmů, narůstání sebevědomí. Vágnerová (2012) ho vyznačuje upevňováním vlastní pozice dítěte ve světě, rozlišením postoje ke světu, a to nejen díky představivosti, kdy figuruje fantazie a intuice, bez logického podkladu. Je patrný egocentrismus v myšlení a chování dítěte. Dané období se též považuje za období iniciativy dítěte, které má snahu dokazovat si své kvality tím, že něco zvládne. V sociálních vztazích svůj zájem rozšiřuje na interakci s vrstevníky. Celé období je pojímáno jako přípravná etapa pro sociální život. Dítě se v ní učí určitému řádu, adekvátním a žádoucím reakcím na různé životní situace.

3.2.2 Vývoj dítěte raného věku v jednotlivých oblastech

Nyní se zaměříme na vývoj různých oblastí u zdravého dítěte raného věku v průběhu jednotlivých vývojových období.

- **Motorika** představuje u **novorozence** různé vrozené reflexy pro orientaci a adaptaci na nové prostředí, i jako pozůstatky fylogeneze: hledací a sací reflex, reflexy pro udržení rovnováhy, uchopovací, plazení, chůze atd. (Vágnerová, 2012) Vývoj motorických dovedností se ubírá kefalokaudálně, čili od hlavy ke kostrči, od osy k periférii. Nejdříve se rozvinou pohyby obličeje: úst a očí, časem údů. Horní končetiny se vyvíjí proximo-distálně, tzn. od ramene k lokti, zápěstí, až po konečky prstů. Zpočátku jsou pohyby pomalé, komplexní, postupně nastává diferenciaci. (Příhoda, 1977) **V kojeneckém období** pozvolna přichází sezení, lezení, úchop (i klešťový) a koordinace rukou, možno také ke konci období počátky chůze. (Vágnerová, 2012) **Batole** se učí ovládat pohyby, rovnováhu, zvládat nerovný terén. Zkvalitňuje se pohybová koordinace oko-ruka jako stavění kostek, navlékání korálků, prohazování předmětů otvorem, listování knihou, čmárání, sebeobsluha. (Šimíčková-Čížková a kol., 2010) **V předškolním věku** se pohyb stává plynulejší, vytváří se rozdíly mezi jedinci. Nastává vyhranění laterality, zdokonalování koordinace senzomotoriky, vyvstávají předpoklady pro sebeobsluhu. Dítě je v této vývojové fázi schopno práci s nůžkami, kreslicími potřebami, hod s míčem, hry se stavebnicí

nejrůznějšího typu, i drobnějšími předměty, sestavování, modelování atd. Nastává prudký rozvoj kresby, Opatřilová (in Vítková, 2004).

- **Smyslové vnímání u novorozence** v oblasti čichu a chuti není dokonalé, však dítě již rozlišuje a vybírá si na základě libosti, či nelibosti. Preference je dávana sladkému. Sluch umožňuje dítěti rozlišit řeč matky od jiných zvuků. Silné zvuky doprovází prudké reakce celého těla. (Šimíčková-Čížková a kol., 2010) Dle Vágnerové (2012) je dítě vybaveno diferenciací zvuků, i výšek tónů na podkladě zkušeností již z období prenatalního. Pěstuje se citlivost vůči taktilním, tepelným podnětům, změnám polohy. Teprve na počátku rozvoje stojí zrakové vnímání, jelikož v období gestace se vyvíjet nemohlo. Novorozenec vnímá ve svém zorném poli pouze obrysy, a to z určité vzdálenosti, zpravidla do 30 cm. **Kojenec** projevuje zlepšení hl. v oblasti zraku, který umožňuje rychlou orientaci, přehled informací, a tak seznámení s okolím. Na rozvoj zraku mají vliv motorické schopnosti, které nabízí vícero úhlů pohledu a vzdáleností. V prvním půlroce nastává výrazné zlepšení zrakové ostrosti (dohled do 50 cm), očních pohybů, základního barvocitu, vnímání prostoru. Sluchem dítě lépe lokalizuje zvuky. Šimíčková-Čížková a kol. (2010) prezentuje u batolete za nejužívanější smysl stále hmat. Zrakem dítě již rozlišuje vlastnosti objektů (tvary, barvy, velikosti, tvrdost, zvuky, pachy), poznává vizuálně samo sebe, pojmenovává se. Such si pojí s pohybem (řikanky), vzniká smysl pro rytmus. **Batole** vnímá činnostním procesem, čímž se zdokonaluje prostorová orientace. **Předškolní období** se vyznačuje diferenciací doplňkových barev (růžová, fialová, oranžová). Na sluchu schopností rozlišit různé zdroje zvuků (příroda, technika). Čich a chuť je dokonalejší percepce vůči sladkému, kyselému, hořkému i slanému. Hmat představuje neustále zajímavý a bohatý přehled o okolním světě. Vnímání je spojeno s aktivitou dítěte, pasivita motoriky a řeči, tedy pouhé pozorování a naslouchání, znamená nesoulad s jeho optimálním vývojem.
- **Řeč je u novorozenců** založena na křiku rozdílné intonace k projevování pocitů. Ty souvisejí s uspokojováním biologických potřeb, mírou vnějších stimulů, tělesným nepohodlím. (Thorová, 2015) **V kojeneckém období** prochází experimentací se zvuky vlastního hlasu (broukání), přes opakování slabik (žvatlání) spolu s artikulací, až k prvním sdělením pomocí slov, hojně využívání gest. Budoucí míra jazykových schopností závisí na podnětech z okolí v podobě komentování činností, listování knížek, říkání říkadel, hraní her apod. (Vágnerová, 2012) **Batole** v řeči zaznamenává velký rozvoj. Od jednoslovných vět s pár desítkami slov, přes dvouslovné a víceslovné věty, až po markantní slovní zásobu (kolem jednoho tisíce

slov) a schopnost vést jednoduchý rozhovor. Rozvoj slovní zásoby souvisí i s myšlením, když se dítě začíná dotazovat a poznává tak různé věci, osoby, situace. Vývoj řeči je přísně individuální. (Šimíčková-Čížková, 2010) **Předškolák** potřebuje porozumět otázkám příčinné souvislosti a vztahů (proč a jak). Tato komunikace obohacuje dítěti slovní zásobu, učí ho správně se vyjadřovat. V této vývojové fázi děti také experimentují se slovy, které různě obměňují, vznikají tak nová slovní spojení, čímž si osvojují pravidla gramatiky. Vyskytuje se projev dítěte sama k sobě, kdy tzv. egocentrická řeč je uspořádána z hlediska pravidel volnějším způsobem, postrádá některá slovní vyjádření, jako v interakci s komunikačním partnerem, dítě si obsah sdělení dotváří v myšlenkách (později verbalizace vymizí zcela, monolog se stává vnitřní řečí). Komentářem své činnosti umožňuje lépe chápat situaci. Nastává rozvoj schopností poslouchat i vyprávět příběh. (Vágnerová, 2012)

- **Rozumová stránka novorozence** představuje schopnost učení, související s optimálním přísunem podnětů vytvářejících zkušenosti. Zde panuje závislost na okolí, dítě však svými reakcemi na okolí aktivně působí, dochází k interakci. Mezi podněty si dítě vybírá, na které zareaguje, tak si samo určuje budoucí poznatky. Učení závisí na smyslovém vnímání, zprvu k němu tedy dochází bez významného úsilí, např. při krmení³³. Dítě je také schopno spojování různých dílčích zkušeností v jeden celek, na základě dřívějších poznatků. Rané zkušenosti dávají vzniknout systému, s kterým se dítě orientuje ve světě, napomáhají pochopení vlastní pozice v něm. Vytváří se základ pro další navazující učení. **U kojence** následuje rozvoj poznávacích procesů, které se upevňují prostřednictvím zrání CNS a učení (hl. senzomotorických schopností a dovedností). Dítě poznává okolí díky manipulaci s předměty. Piaget nazval daný jev „senzomotorická inteligence“. Dochází k zapamatování příčinné souvislosti, a tudíž předvídání situací, vnímání celistvosti objektů, záměrné pozornosti, prohlubování paměti (v závislosti na interakci s poznáváním a jazykovými schopnostmi) atp. Dochází k rozlišení živého a neživého. (Vágnerová, 2012) **Batolecí období** obsahuje první lidské vzpomínky díky emocionálnímu zabarvení. Zdokonaluje se představivost, přibývá fantazie. Myšlení se projevuje záměrným učením, ještě před řečí (teprve později pojmenovává věci, situace). Dochází k pochopení významu jednoduché pohádky, říkanky. Postupně dochází k tělesnému sebeuvědomění dítěte i jeho vlastní

³³ Podstatná je diferenciací významu různých podnětů, například změnou polohy dítě může předpovědět krmení. (Šimíčková-Čížková, 2010)

identity. (Šimíčková-Čížková a kol., 2010) **V předškolním období** dochází k poznávání a pochopení bezprostředního okolního světa, jeho předpisů a zákonitostí. Nedochází však ještě k logickému usuzování, dítě smýšlí intuitivně, vybírá si tedy dále ke zpracování, pouze žádoucí informace. Zpravidla přijímá jediný názor, nehledá více pohledů. Nedokáže zatím rozkládat svou pozornost, chápat celek jako složeninu z detailů. Analogické uvažování se objevuje cca v 6 letech. Dítě stále ještě neodhadne prostor, má sklon k nadsazování blízkých předmětů (jeví se velké), nedocení dalekých objektů (jeví se malé). Nechápu plně správně počty a časovou souslednost (minulost, přítomnost, budoucnost), jelikož nepovažují čas za důležitý prvek, časová představa teprve vniká. (Vágnerová, 2012)

- **Emocionální stránka v novorozeneckém období**, je odkázána na pocity libosti vyvolávající úsměv a pocity nelibosti, provázené křikem. Nové, dosud neznámé podněty působí na novorozence lekavě, což se projevuje úlekovým (nebo také objímáním) reflexem. (Thorová, 2015) **Období kojenecké**, Vágnerová (2012), představuje jako způsob prvotní komunikace s okolím. Původní pocity libosti a nelibosti jsou doplňovány pocity radosti, zlosti, strachu (s rozpoznáním cizích lidí) atd. Dítě též vnímá emoce druhých a reaguje na ně. (Vágnerová, 2012) **Ladění dítěte batolecího období** je odvislé od sociální interakce s dospělou osobou. City dítěte se projevují krátkodobostí, však silou a vznětlivostí. Batole prožívá již více emocí, jak pozitivních (radost, spontánnost, spokojenost, smích, soucit), tak negativních (lítost, vztek, vzdor, strach, nespokojenost, stud, žárlivost, smutek). **Předškolní období** souvisí s konkrétní činností, která poskytuje dítěti citové prožitky, rozvíjí smysl pro humor. Nastává větší stálost, vyrovnanost emocí, zvyšování kladných, snižování záporných, však v prudkém střídání (smích versus pláč). Emoční paměť potom umožňuje vybavit dřívější pocity. Po 4. roce odeznívá strach z neznáma (lidí, situací) a nastává strach z fantastických bytostí. Rybářová (in Vágnerová, 2012) zmiňuje, že v předškolním věku započiná faktor chápání strachu v spojení se smrtí, nemocí, válkou. V souvislosti s egocentrismem vzniká tzv. sebecit neboli citový vztah k sobě samému.
- **Společenská stránka novorozence** staví na nejbližších sociálních kontaktech jedné osoby s dítětem, především matky. Prostřednictvím všech smyslů dítě vnímá sociální dění kolem sebe (hl. lidský obličej, hlas apod.). Uspokojováním základních biologických potřeb se budují základy pro sociální vztahy. Předpoklady pro budoucí harmonický vývoj sociálních vztahů jedince se utváří právě v tomto období.

(Šimíčková-Čížková a kol., 2010) U **kojence** je podporována a prohlubována stimulací a příležitostmi k interakci s okolím. Dítě napodobuje chování lidí ve svém blízkém okolí (rodina), časem se s tím ztotožní, osvojuje si tak jisté vzorce chování. Má snahu cíleně poutat pozornost druhých. Z prvotního zájmu dítěte na sebe sama přechází zájem na okolí. (Vágnerová, 2012) **Batole** má potřebu sebeprosazování, samostatnosti, viditelnou v úkonech svlékání, oblékání, mytí, pití z hrníčku, jezení lžičkou apod. Vše závisí na okolnostech situace a postoji dospělých. Rozvoj fantazie vede k strachu z nereálného, oproti tomu skutečná nebezpečí dítě nevyhodnotí. Potřeba bezpečí dítě vede k vyhledávání blízkosti pečujících osob, tzv. „připoutání se“. Velmi významnou pro socializaci je hra, často nápodoba dospělých. Ti jsou převážně vyhledávanými partnery, děti si spolu zpočátku nehrají, mají spíše konfliktní vztahy, což se časem změní. (Šimíčková-Čížková a kol., 2010) **Předškolní období** dítěte se vyznačuje především přechodem od vazeb s dospělými k vazbám mezi vrstevníky, jak vyvstává potřeba partnerů ke hře. Prostřednictvím hry dítě poznává okolí, je vychováváno i vývojově vedeno, poznává práci i učení. Hra představuje socializaci, motivaci, uspokojuje psychickou potřebu dítěte, podává nám informace o vývojové úrovni dítěte, seznamuje nás s vývojovými zvláštnostmi. Na konci období dítě postupně rozeznává práci od hry, poznává smysl pracovní činnosti, dožaduje se opravdové práce, vytvářejí se tak pracovní návyky později využitelné ve školním prostředí. Při nejrůznějších aktivitách dítě poznává dobré a špatné, žádoucí i nežádoucí chování. (Vágnerová, 2012)

3.3 Dítě raného věku s postižením

Thorová (2015) označuje vývoj, který se nějakým způsobem odlišuje od normálu u většinové populace, avšak nepřináší handicap, za nestandardní. Vývoj, který zanechává určitý nezvratný negativní dopad v oblastech kognice, emocí, vůle a oblasti sociální, nazývá abnormálním.

Dle Vágnerové (2002) vývoj dítěte s postižením prostupuje identickými etapami, jako vývoj dítěte intaktního, s faktem, že některá období se vyznačují zvýšením rizika vzniku odchylky. Potměšil a kol. (2015) tvrdí, že vývoj dítěte s postižením se v jistých údobích liší, poukazuje tak na významnost zahájení včasné péče, podporující celkový rozvoj dítěte.

Každé dítě je originálním výtvozem, proto potřebuje úměrné výchovné působení již od prvopočátku (příchodu na tento svět), jež je předpokladem pro optimální vývoj. U dítěte

s postižením je při výchově třeba brát v úvahu jeho vrozená specifika.³⁴ (Vítková a kol., 2004) Vágnerová (2002) podotýká, že každý jedinec individuálně disponuje osobitými genetickými předpoklady, podle čehož potom jedná specifickým způsobem, při různých podnětech. Připouští možnost působení prostředí na každého jedince rozdílným způsobem a samotné působení prostředí se pak odvíjí od reakcí jedince.³⁵

Nemoc, či postižení má vliv na rozvoj určitých kompetencí a psychických vlastností jedince, kdy v určitých případech (např. těžké tělesné postižení) nelze očekávat samostatnost jedince. Taktéž má nemoc, či postižení vliv na pohled a **chování** k takovým lidem **ze strany společnosti**. Člověk s postižením, je považován za pasivního, je třeba mu pomáhat, není rovnocenným parterem. Vlivem stigmatizace **dochází ke změně jeho sociálního statusu**, až změně identity. Odlišné zacházení ze strany okolí pak může vytvořit podklad pro další odchylky jedince. Trvalé postižení představuje změnu dosavadního života člověka s postižením, přijímá veškeré informace z okolí jiným způsobem, má **odlišnou představu o světě**, zpravidla nepřesnou, nesrozumitelnou, chudší. V případě postižení dítěte, je běžná stimulace nepostačující, je nutné rozvíjet ho jiným způsobem, za pomoci speciálního programu. (Vágnerová, 2002) Pro adekvátní vývoj dítěte je třeba přiměřené stimulace, v případě podcenění stimulace může nastat i změna mozkových funkcí. Taková změna pak vede k **nabourání standardního rozvoje prožívání, uvažování i chování...** (Vágnerová, 2012) „Pohyb probouzí myšlení, myšlení aktivizuje řeč,“ zmiňuje Vítková a kol. (2004, s. 75) a dále uvádí, že děti s handicapem mívají v daných oblastech značné nedostatky a děti s postižením jsou **znevýhodněny v rozumovém vývoji** z důvodu malého množství prvotních podnětů.

- **Novorozenecké období** se vyznačuje tím, že rozvoj podmíněných **reflexů** probíhá znatelně déle a v odlišné kvalitě u dětí s těžkým postižením. Je třeba dohlížet na vztah dítěte s rodinou, jelikož výrazně působí na další vývoj a tvorbu vztahů s okolím. (Vítková a kol., 2004)
- **Kojenecké období**, průběh prvního roku života, se na základě možností a zkušeností dítěte, vytvářejí základní postoje k životu. Hrozí zde nebezpečí neadekvátní stimulace,

³⁴ Zde autorka upozorňuje, že odborníci mohou svým přístupem buď pomoci, nebo díky neadekvátnímu způsobu interakce s rodiči, mohou vyvolat negativní pocity vůči dítěti, což může vést až k jeho odmítnutí.

³⁵ Dále autorka pojednává o obdobích vyšší citlivosti na vnější vlivy, tzv. kritických obdobích, které se během života vyskytují (např. psychická deprivace v kojeneckém věku, či rozvoj identity v dospívání).

neakceptace ze strany rodičů kvůli jejich nevyrovnanosti s postižením dítěte.³⁶ U dítěte s postižením figuruje apatie, pasivita, často živená chováním rodičů.

- **Batolecí období** uvádí Vítková a kol. (2004) fázi vývoje, v níž počínají být znatelnější některá těžší postižení. Psychomotorický vývoj, který je základem pro diagnostiku v tomto věku, je zpomalený, nevyrovnaný, opožděný.³⁷ Dítě s postižením vyžaduje, pro svůj optimální sociální a citový vývoj, podporu rodiny (stimulaci, jistotu, bezpečí, lásku) ve větší míře. Taktéž nevykazuje téměř žádné známky vzdoru, kvůli opožděnému vývoji volní složky. Osamostatnění, které nastává v tomto věku, je u dítěte s postižením zhoršeno, ne-li zcela nemožné, Vágnerová (2002)
- **Předškolní věk** je pro děti s postižením často obdobím, kdy disponují opožděnou školní zralostí, což má za následek odložení školní docházky, jedná se především o děti s kombinovaným postižením, či mentální retardací. (Vítková a kol., 2004) Vágnerová (2002) říká, že v předškolním období nastává jistý posun ve vývoji dítěte s postižením, což má za následek nereálnou představu kladné prognózy rodičů.

3.3.1 Specifika vývoje dítěte s kombinovaným postižením

Nyní nastíníme **specifika vývoje dítěte s kombinovaným postižením** v konkrétní diagnóze Dětská mozková obrna (nadále pouze DMO). Kraus (2005) řadí DMO mezi nejčastější tzv. „neurovývojová“ onemocnění, zapříčiněná nervovou chorobou. „Neurovývojové syndromy“ se počínají projevovat v raném věku v řadě oblastí³⁸ a podněcují záchvatová onemocnění. Renotierová, Ludíková (2006) uvádí jako důsledky raného poškození mozku, poruchu vývoje pohybových dovedností (celkovou neobratnost, opoždění vývoje). Mimo to ale i problémy s řečí, epileptickými záchvaty, neklidem, v rozumových schopnostech, psychomotorice aj. Vágnerová (2002) uvádí, že klinický obraz nemoci nelze v kojeneckém věku ještě definitivně stanovit, tedy ani přesnou diagnózu a predikci do budoucna před dovršením 2. roku věku dítěte. Zásadní charakteristický rys představuje **porucha motorických schopností**, především postižení volních pohybů. Při tzv. kvadruplegii (postižení všech čtyř končetin), je zasaženo i svalstvo obličejové části úst, jazyka, měkkého

³⁶ Vágnerová (2002; viz také 2012) zmiňuje, že v případě nedostatečné stimulace dochází k deformaci vývoje, nadbytečnou stimulací může dojít k přetěžování dítěte. Důsledek pak znamená zkreslené pojetí okolního světa i sebe sama. Nezáleží ani tak na typu podnětů (většinou bývají obdobné), ale na frekvenci a formě podání.

³⁷ Opožděný vývoj definuje Sovák (in Hanáková, 2012) jako vývoj postupující normálním způsobem, však s výrazným zpožděním.

³⁸ (v Kognitivních funkcích, pohyblivosti, smyslovém vnímání, projevech chování)

patra, taková situace vede k **narušení řečové** stránky. Vede k neobratnosti, nepřesnosti pohybů mluvidel a tím nepřiměřenosti řečového projevu. Kraus (2005) doplňuje, že spousta jedinců s DMO vykazuje **problémy v celistvé komunikační rovině**, kdy nejprve je pozornost zaměřena na rozvoj řeči (schopnostní předpoklady k tomu dítě má kolem 4. až 5. roku věku), teprve potom se vybírá z prostředků alternativní komunikace. Informuje však o značném ztížení užívání vizuálně motorických prvků pro možnou pohybovou nedostatečnost. Dále Kraus, v rámci oromotorických problémů, upozorňuje též na **problémy s přijímáním potravy**, kdy není samozřejmostí dosažení stádia kousání, může tak přetrvávat sací reflex. Oblast smyslu hmatu a zraku je v důsledku motorické poruchy také narušena, lze ji však zmírnit herní stimulací dítěte. Vágnerová (2002) pokračuje, že dochází k **neadekvátnímu vývoji kognitivních funkcí**,³⁹ zhoršení kvality komunikace a socializace. Na jejich nesprávný vývoj má dopad nedostatečná stimulace ze strany rodičů (nedostatečnost v pohybu přináší omezení psychického vývoje, při zlepšení lokomoce, nastává i zlepšení kognitivních funkcí), či poškození mozku. Dochází tak k problémům se zaměřením pozornosti, poruchám paměti, vnímání, problémům se zrakovou, či sluchovou diferenciací, analýzou i syntézou. V **emocích** jedinců s DMO převládá labilita, infantilita, pasivita, závislost na okolí, uzavřenost. Veškeré silnější citové zážitky se projeví v neovládaných motorických reakcích buď ztuhlostí svalstva, či vyšší mírou mimovolných záškubů. S tím souvisí i veškeré **chování** dítěte s DMO, které se více vyznačuje nekontrolovatelností. Negativně je ovlivněna i **sociální stránka** pro nedostatek zkušeností s okolím, z důvodu separace v domácnosti, či pobytovém zařízení, ale i opakované hospitalizace.

Běžně jsou děti raného věku s DMO, pro různé nepříznivé okolnosti vývoje, považovány za děti s mentálním postižením, což nemusí být vždy pravdou. Zjevné nedostatky jako nedokonalý pohyb, řeč, záškuby, apod., nemusí být v kontextu s inteligenčními schopnostmi dítěte. (Vágnerová, 2002)

³⁹ Termín „**kognitivní funkce**“ rozebírá Hartl, Hartlová (2000, s. 261). Nachází synonymum pro výraz „kognitivní“ slovy jako „poznávací, vnímající, hodnotící; vztahující se k poznávacím procesům“. „Poznávací proces“ pak lze charakterizovat „souborem procesů, kterými člověk poznává sebe a okolní svět. Patří sem především vnímání, zapamatování, vybavování, představivost, myšlení, zpracování verbální i neverbální informace aj.“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 213). Diamant a Vašina (in Vágnerová, 2002) řadí mezi kognitivní funkce percepce, paměť, pozornost, zpracování informací a řeč.

Praktická část

4 Průzkumné šetření

Praktická část bakalářské práce „Přínos rané péče ve vývoji dítěte s kombinovaným postižením na Uherskohradištsku“ se snaží empirickým způsobem odpovědět na otázku spojenou s přínosem střediska rané (dále jen RP) péče pro vývoj dětí s kombinovaným postižením (dále jen KP) v oblasti Uherské Hradiště. Jsou vymezeny cíle práce, popsáno průzkumné šetření z hlediska popisu průzkumného souboru, metody sběru dat, jeho organizace a průběhu. Dále je popsána sociodemografie, analýza dat, samotné výsledky i diskuse na závěr.

4.1 Cíle práce

Hlavní cíl práce:

- **Popsat přínos rané péče střediska CESTA v oblastech vývoje dětí s kombinovaným postižením, z hlediska poskytovaných služeb.**

Dílčí cíle:

- Zjistit oblasti vývoje dítěte s KP, které RP, pohledem rodičů, nejčastěji podporuje.
- Zjistit, který druh podpory poskytovaný RP střediskem CESTA, dle rodičů, nejvíce pomáhá vývoji dítěte s KP.
- Zjistit, zda četnější intervence (2x a víc do měsíce) prostřednictvím RP střediska CESTA, působí pokrok ve 3 a více oblastech vývoje dítěte s KP.
- Zjistit, zda děti s KP starší 5 let dosahují, v intervenci RP střediska CESTA, zlepšení alespoň ve 4 oblastech vývoje oproti dětem mladším 5 let.
- Zjistit, zda jsou informace a služby poskytované RP střediskem CESTA, dle rodičů užitečné pro podporu vývoje jejich dítěte s KP.
- Zjistit, zda je RP středisko CESTA pro své klienty důležitá, ve vztahu k vývoji jejich dítěte s KP.

4.2 Průzkumný soubor

V rámci zaměření naší práce na podporu vývoje dítěte s kombinovaným postižením a v rámci spolupráce se střediskem RP v Uherském Hradišti, byl průzkumný soubor stanoven na **rodiny s dětmi**:

- v raném věku
- s kombinovaným postižením⁴⁰
- bydlící v okrese Uherské hradiště
- v intervenci střediska CESTA
- bez rozdílu délky trvání této intervence
- s informovaným souhlasem o průzkumném šetření
- ochotné spolupráce na průzkumném šetření
- bez rozdílu pohlaví dětí i respondentů
- bez rozdílu věku respondentů⁴¹
- bez rozdílu dosažené úrovně vzdělání respondentů
- bez rozdílu úplnosti rodiny
- bez rozdílu četnosti setkávání se střediskem CESTA
- bez rozdílu druhů podpory poskytovaných ze strany střediska CESTA

⁴⁰ Za rodiny s kombinovaným postižením jsou, pro účely dotazníkového šetření chápány rodiny s dítětem s postižením ve smyslu názoru Sováka a Lányiové, kteří považují drtivou většinu postižení za vícečetná, z důvodu prolínání, třeba i jednoho postižení, do více oblastí (především psychické a sociální).

⁴¹ Věk dítěte je stanoven na rozmezí raného věku (0–7let).

4.3 Předpoklady pro průzkum

- Předpokládáme, že děti s KP v intervenci RP střediska CESTA prokazují pokroky hlavně v oblasti řeči a motoriky.⁴²
- RP středisko CESTA poskytuje dětem s KP podporu vývoje hlavně prostřednictvím toho druhu podpory, který mu nejvíce pomáhá.
- Rodiny s četnější intervencí (2x a víc do měsíce) prostřednictvím RP střediska CESTA, prokazují u svého dítěte zlepšení ve 3 a více oblastech oproti rodinám s méně častou intervencí (1x měsíčně).
- Děti s KP starší 5 let dosahují, v intervenci RP střediska CESTA, zlepšení alespoň ve 4 oblastech vývoje oproti dětem mladším 5 let.
- Předpokládáme, že 90 % respondentů hodnotí RP středisko CESTA za službu užitečnou a důležitou pro rozvoj svého dítěte.

⁴² Stavíme na základě tvrzení RP střediska CESTA, které se u dítěte snaží nacházet nejvíce vhodné postupy pro rozvoj komunikačních dovedností, činností v sebeobsluze, postupy pro rozvoj hry, edukace a kooperace s vrstevníky (Poradna rané péče, 2016), zmíněném v příloze č. 4 „Charakter Diakonie ČCE – střediska CESTA“. Rovněž na základě konzultace se speciální pedagožkou střediska ohledně často užívaných metod a pomůcek v praxi střediska. Ty jsou zaměřeny především na motoriku, řeč, či posílení komunikační schopnosti, jak uvádíme v teoretické části práce, v kapitole „Raná péče, podkapitole „Základní činnosti RP pro děti s kombinovaným postižením, na s. 27.

4.4 Metoda sběru dat

Úvahou o perspektivě oboru Speciální pedagogika raného věku, je práce zacílena na snahu nalézt přínos Diakonie ČCE – středisko CESTA v Uherském Hradišti pro rodiny s dítětem s KP v jejich vývoji. Ukáží se tím kvality dané služby i smysl zdejší raně speciálně-pedagogické intervence vůbec. V příloze č. 3 uvádíme krátký popis střediska.

Za vhodnou průzkumnou metodu se naskytla **metoda dotazníkového šetření**. Gavora (in Chráska, 2007, s. 163) se o něm vyjadřuje jako o způsobu dotazování se a odpovídání písemnou formou: „Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“ Velkou výhodou dotazníku spatřuje v rychlosti a ekonomičnosti shromažďování dat od značného množství respondentů. Mnohdy je metody získávání dat dotazníkovou cestou kritizována kvůli tomu, že nevypovídá o skutečnostech respondentů, ale o tom jak danou situaci sami vidí, nebo chtějí, aby byla viděna. Travers (in Chráska, 2007) proto v některých společenských vědách spatřuje odklon od tohoto druhu šetření, v pedagogice je ovšem pořád hojně využíván, nejspíš pro jeho údajně snadné sestavení.

Sestavily jsme dotazník vlastní konstrukce s celkovým počtem 20 otázek týkajících se přínosu RP na vývoj dítěte s kombinovaným postižením v intervenci střediska CESTA v Uherském hradišti, který uvádíme v příloze č. 4. Z toho je 17 otázek uzavřených a zbylé 3 jsou otevřené (otázky č. 3, 5 a 11). Prvotní otázky jsou zaměřeny na seskupení sociodemografických údajů (otázky č. 1–9). Následné otázky, č. 10–17, mapují danou problematiku. Poslední otázky, s č. 18, 19, 20, se zaměřují na zhodnocení služby prostřednictvím vlastního názoru respondentů. Otázka č. 8, ačkoli nepodává demografický údaj, byla zařazena do úvodu dotazníku kvůli přehlednosti, srozumitelnosti, návaznosti otázek pro respondenta. Vyhodnocujeme ji však v oddíle Analýza dat, s otázkami mapující problematiku přínosu střediska rané péče pro děti s KP na Uherskohradištsku. Dotazníky byly respondentům předávány a následně vysbírány skrze další osobu, z důvodu maximálního zachování anonymity respondentů.

Rodiče vyplňovali dotazník prostřednictvím svých postřehů ve změnách vývoje dítěte, vedeného poradnou rané péče střediskem CESTA. Středisko se však nezaměřuje pouze na město a blízké okolí, ale působí po celém okrese Uherské Hradiště. Územní vymezení okresu Uherské Hradiště graficky předkládáme v mapkách přílohy č. 5. Znázorníme tak

působnost poradny rané péče střediska CESTA, a tím určujeme záběr našeho průzkumného šetření. Výsledky šetření proto poslouží primárně zmíněnému zařízení, poslouží přehledu o problematice v dané lokalitě, současný průzkum není možné generalizovat a vztáhnout na veškerá střediska rané péče.

4.5 Organizace a průběh průzkumného šetření

Poradna rané péče Diakonie ČCE – středisko CESTA v Uherském Hradišti byla, pro realizaci našeho průzkumu, vybrána záměrně, jedná se o jedinou službu svého druhu v průzkumníkově blízkém okolí. Navíc s touto institucí se průzkumník seznámil již dříve, při absolvování odborné praxe. Byla tedy snaha provést průzkum právě zde.

Původním záměrem bylo zjišťovat dané cíle práce, tedy vliv střediska CESTA na vývoj dítěte s kombinovaným postižením, pomocí metody případové studie. Respektive několika případových studií uváděných v součinnost pomocí získaných anamnestických dat z rozhovorů s rodiči a ze samotného pozorování dětí. Předběžný sběr dat byl započat na podzim roku (2015), kdy proběhl individuální nestrukturovaný rozhovor s jednou maminkou na téma zdravotního stavu jejího dítěte v souvislosti s působením střediska CESTA. Záhy se však tento postup ukázal být poněkud komplikovaný na realizaci. Skloubení časových možností průzkumníka simultánně s respondenty i pracovníky střediska v jeho prostorách bylo dosti složité. Možnost setkat se s respondenty někde „na půl cesty“, mezi domovem a střediskem CESTA, byla ztížena komunikací nutnou skrze středisko. Domácnost respondentů nepřicházela v úvahu, z důvodu narušení anonymity v intimitě a soukromí klientů, kdy by se nemuseli tolik otevřít. Navíc ne všichni klienti, ve smyslu potenciálních respondentů, byli ochotni se setkat k osobnímu rozhovoru. Jiní ochotni byli, však zdlouhavá domluva při hledání společného místa a času, tuto metodu vyloučila z důvodu časové tísně průzkumníka. Později byla tedy zvolena jednodušší forma dotazování se, jak uvádí Gavora (in Chráska, 2006), metoda dotazníkového šetření.

Dotazníky byly zamýšleny klasickou papírovou formou, k osobnímu předání, a tak byly také realizovány. Vznikaly na přelomu měsíců února a března roku 2016. Aktuální počet klientů rané péče v té době činil 15 rodin. Abychom pokryli celou kapacitu, bylo středisku, v půli března 2016, v textové podobě, předáno 15 ks dotazníků. V rámci zachování anonymity respondentů nebyly dotazníky předávány osobně průzkumníkem, nýbrž přes sociální pracovníci, vedoucí poradny RP v Uherském Hradišti. Skrze ni byli respondenti i poučeni o samotném průběhu šetření. V příloze č. 6 předkládáme znění informovaného souhlasu.

Předem bylo dohodnuto vysbírání dotazníků po jednom měsíci se záměrem jejich následného zpracování. Návratnost po smluvené době se nejevila dosti příznivá, nevysbírala se ani polovina rozdaných dotazníků. Jistý pokles návratnosti byl očekáván, neboť účast na průzkumu stála čistě na dobrovolné bázi. Však podle pracovnice některé rodiny zrovna řešili situaci akutního zhoršení zdravotního stavu svého dítěte, přičemž se dotazníkem zrovna nezabývali. Z toho důvodu bylo rozhodnuto o časové dotaci další jeden měsíc. Celkem tedy v rozmezí dvou měsíců setrvaly dotazníky u rodin a po půli května 2016 byly vyzvednuty k analýze, opět přes paní sociální pracovníci.

Vyhotoveno a rozdáno bylo ve středisku CESTA celkem 15 kusů dotazníků pro stejný počet potencionálních respondentů. V prvotní fázi průzkumu se navrátilo pouhých 6 kusů (40%). V další fázi přibyly alespoň 2 další dotazníky. Celkem se jich nakonec, po dvou měsících, navrátilo 8 kusů (53,3%). Následně byly dotazníky, v průběhu léta 2016 (červen, červenec, srpen), podrobně rozebírány a vyhodnocovány. Během měsíce září byly získané informace sestavovány v konečnou podobu průzkumného šetření.

4.6 Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumný soubor byl výše vytyčen jako rodina s dětmi s jistými specifiky vyplývajícími ze zdravotního stavu dítěte, v intervenci RP střediska CESTA. Okolnosti utvářející charakter průzkumného souboru nám podávají demografické údaje. V rámci dotazníkového šetření se na ně hned v úvodu dotazujeme. Mohou taktéž ovlivňovat vývoj dítěte s KP, i když nejsou ovlivnitelné působením střediska rané péče.

Průzkumná otázka č. 1: Váš vztah k dítěti:

Záměrem této otázky bylo zjistit, která osoba vyplňovala dotazník. Je možné, že stejná osoba se dítěti nejvíce věnuje, nejvíce ho tedy zná a může o něm poskytnout přesnější informace.

	četnost	četnost v %
matka	7	87,5%
otec	1	12,5%
jiné	0	0%
celkem	8	100%

Tabulka č. 1: Vztah respondenta k dítěti.

V průzkumu podle tabulky vychází, že z velké většiny, až 7 případů (87%), se jedná o matky těchto dětí, které vyplňovaly dotazník, zatímco otcové jsou zastoupeni pouze v jednom případě (12,5%).

Průzkumná otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Myslíme si, že nejvyšší úroveň dosaženého vzdělání opatrovatele dítěte může mít také vliv na vývoj dítěte.

	četnost	četnost v %
základní škola	0	0%
střední škola	4	50%
vyšší odborná škola	1	12,5%
vysoká škola	3	37,5%
celkem	8	100%

Tabulka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

Respondenti vyplňující dotazník (rodič, zákonný zástupce dítěte) uvedli ve 4 případech (50%) dokončené středoškolské vzdělání (nadále SŠ), 1 respondent (12,5%) uvedl vyšší odbornou školu (nadále VOŠ) a 3 respondenti (37,5%) vysokou školu (nadále VŠ). Základní škola se jako nejvyšší dosažené vzdělání neobjevila vůbec.

Průzkumná otázka č. 3: Věk Vašeho dítěte:

věk dítěte	četnost chlapci	četnost dívky
1 rok	1	
2 roky	1	
3 roky	1	1
4 roky	2	
5 let	1	
6 let	0	
7 let	1	
četnost	7	1
četnost v %	87,5%	12,5%
celkem	100%	

Tabulka č. 3: Věk dětí respondentů, které jsou v intervenci RP střediska CESTA.

Díky odpovědi všech 8 respondentů (100%) se dozvídáme, že průzkumný soubor odpovídá jednomu z kritérií: ranému věku⁴³. Je zde zastoupena téměř celá věková škála napříč spektrem raného věku: chlapci od 1 roku až po 7 let (s výjimkou nulového zastoupení věkové hranice 6 let) a jedna dívka ve věku 3 roky.

⁴³ Průcha, Walterová, Mareš (2009, s. 242) v Pedagogickém slovníku operují s pojmem „rané dětství“, kdy je jím myšleno vývojové období dítěte zahrnující 2. a 3. rok jeho života. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v rámci rané péče jako služby nabízené pro společnost, vymezuje klientelu rané péče rodinu s dítětem s postižením až do 7. roku věku.

Průzkumná otázka č. 4: Pohlaví dítěte:

	četnost	četnost v %
chlapec	7	87,5%
dívka	1	12,5%
celkem	8	100%

Tabulka č. 4: Poměr pohlaví dětí zapojených do průzkumu.

Jak vyplývá z předchozí tabulky, v případě našeho šetření se objevil podstatně větší výskyt chlapců, 7 případů (87,5%) a téměř zanedbatelný výskyt dívek, 1 případ (12,5%)!

Průzkumná otázka č. 5: Jaké konkrétní postižení má Vaše dítě?

Tato otevřená otázka byla položena se záměrem zjistit, o jaký druh kombinovaného postižení se u jedinců přesně jedná, utvořit si přehled o možných konkrétních diagnózách, se kterými v RP středisku CESTA pracují.

	četnost	četnost v %
DMO	2	25%
Paleocerebelární ataxie	1	12,5%
nedonošený	1	12,5%
kombinované postižení	1	12,5%
celkem	5	62,5%
neuvedeno	3	37,5%

Tabulka č. 5: Konkrétní postižení dítěte v intervenci RP střediska CESTA.

Na tuto otázku odpovědělo pouze 5 z 8 dotazovaných respondentů (62,5%)! Ve všech případech u chlapců. Byla zastoupena postižení jako „DMO“, celkem ve 2 případech (25%). Nadále, po jednom případě (12,5%), se objevila odpověď jako: „Paleocerebelární ataxie“, „nedonošený“ a „kombinované postižení“. Vnímáme, že rodiče nedokáží přesně určit definici postižení svého dítěte, v čemž vidíme značný problém při hledání informací, či komunikaci s odborníky, lékaři.

Průzkumná otázka č. 6: Má Vaše dítě sourozence?

Tato otázka představuje sociodemografický údaj. Dle našeho názoru je však pravděpodobné, že přítomnost sourozenců, především intaktních, může kladně ovlivnit vývoj dítěte s postižením.

	četnost	četnost v %
ano	3	37,5%
ne	5	62,5%
celkem	8	100%

Tabulka č. 6: Sourozenci dítěte s postižením.

Respondenti v 5 případech z 8 (62,5%) uvedli, že jejich děti nemají žádné sourozence. Ve zbylých 3 případech (37,5%) udávají jejich výskyt. Otázka byla ještě rozvedena na počet sourozenců, případně věk a přítomnost postižení. Objevila se tu tříletá dívka s počtem jednoho sourozence ve věku 7 let, informace o existenci jeho postižení však neposkytnuta. Sedmiletý chlapec s jedním sourozencem ve věku 10 let bez postižení, dále pětiletý chlapec s jedním sourozencem ve věku 4 let bez postižení.

Průzkumná otázka č. 7: Úplnost Vaší rodiny, ve které dítě žije:

Položením této otázky byla snaha zjistit úplnost rodiny dítěte s postižením, neboť i to má, dle našeho názoru, značný vliv na vývoj dítěte.

	četnost	četnost v %
rozvedené manželství	1	12,5%
rodič samoživitel	1	12,5%
rodič a nový partner	1	12,5%
úplná rodina	5	62,5%
jiné	0	0%
celkem	8	100%

Tabulka č. 7: Stav rodiny, ve které dítě žije.

Tabulka ukazuje, že 5 z 8 respondentů (62,5%), uvádí status rodiny jako „úplná rodina“. Další položky jsou zastoupeny rovnoměrně po 1 případě (12,5%). Položka „jiné“ není zastoupena vůbec.

Průzkumná otázka č. 8: Kdo se dítěti nejvíce věnuje?

U této otázky také nalezneme míru mateřské péče na vývoji dítěte s kombinovaným postižením v intervenci RP střediska CESTA, kdy interakci dítěte s matkou pokládáme za přirozený jev, což se nám pro jeho zdárný vývoj zdá dosti důležité.

	četnost	četnost v %
matka	8	100%
otec	1	12,5%
prarodiče	0	0%
celkem	9	112,5%

Tabulka č. 8: Kdo se dítěti nejvíce věnuje.

Dochází k podobným, téměř stejným výsledným hodnotám, jako v otázce první. Matka zde figuruje ve všech 8 případech (100%). Jeden respondent uvedl ve starostlivosti o dítě shodu matky i otce (díky shodě součet odpovědí nabývá vyšších hodnot, nad 100%).

Průzkumná otázka č. 9: Přibližte místo Vašeho bydliště a vzdálenost od střediska RP:

Vzdálenost RP střediska CESTA od místa bydliště rodiny s dítětem s KP, může poukazovat na četnost interakcí se střediskem. Je možné, že rodina situovaná v blízkosti střediska se snáze, a tím pádem častěji, setkává s odborníky, kteří pomohou s aktuálním problémem. Myšleno jako aktivita ze strany RP při návštěvách v domácnostech, tak i v případě vyhledání služby rodinou.

	četnost	četnost v %
centrum UH	2	25%
přílehlá obec (do 5 km)	1	12,5%
okolní město (5–15 km)	1	12,5%
okolní město (15–30 km)	1	12,5%
okolní vesnice (5–15 km)	2	25%
okolní vesnice (15–30 km)	0	0%
jiné	1	12,5%
celkem	8	100%

Tabulka č. 9: Vzdálenost od střediska RP.

Dvě rodiny s dítětem s KP (25%), žijí přímo v centru Uherského Hradiště. Přílehlou obec do 5 km uvedl za místo bydliště jeden respondent (12,5%). Město vzdálené od 5 do 15 km obývá jeden respondent (12,5%), taktéž i město situované od 15 do 30 km od RP střediska CESTA. Vesnici ve vzdálenosti od 5 do 15 km obývají dvě rodiny s dítětem s KP (25%). Jeden respondent (12,5%) zmínil, že pochází z vesnice vzdálené 35 km.

Průzkumná otázka č. 10: Máte k dispozici pro dopravu do střediska RP, v případě potřeby, osobní automobil?

Tato otázka je podložena názorem, že ze vzdálenějších míst, případně vesnic, kde je hůře dostupná doprava, se rodina s odborníkům tak často nedostane. Úzce souvisí s otázkou č. 9, týkající se vzdálenosti místa bydliště. Do průzkumného šetření byla zapojena se záměrem zjistit, jakou má rodina z míst vzdálenějších 5km, dostupnost do RP střediska CESTA, k čemuž může osobní automobil významně napomoci.

	četnost	četnost v %
ano	8	100%
ne	0	0%
celkem	8	100%

Tabulka č. 10: Možnost libovolné dopravy do střediska pomocí osobního automobilu.

Z průzkumného šetření se dozvídáme, že všichni respondenti mají k dispozici osobní automobil.

Průzkumná otázka č. 11: Jak dlouho jste klientem RP v Uherském Hradišti?

Tato otevřená otázka se zaměřuje na zjištění délky trvání intervence pod vedením RP střediska CESTA.

	četnost	četnost v %
1 rok	2	25%
2 roky	5	62,5%
3 roky	0	0%
4 roky	0	0%
5 let	0	0%
6 let	0	0%
7 let	0	0%
celkem	7	87,5%

Tabulka č. 11: Délka intervence RP.

Zjištěna byla data intervence po dobu 1 rok u dvou případů (25%) a 2 roky u pěti případů (62,5%). Jeden respondent údaj délky intervence RP střediska CESTA z neznámých důvodů neuvedl.

4.7 Analýza dat

Při vyhodnocení samotného průzkumu s cílem zjistit přínos RP střediska CESTA v oblastech vývoje dětí s KP, z hlediska poskytovaných služeb, pracujeme s následujícími otázkami dotazníku (č. 12–16). Ty již mapují působení RP na vývoj dítěte.

Průzkumná otázka č. 12: Jak často probíhá pravidelná návštěva RP u Vás doma, za účelem podpory vývoje Vašeho dítěte?

Z následující tabulky vyplývá četnost intervence RP střediska CESTA v rodinách. Bereme v úvahu, že blíže situovaná rodina se může s intervencí RP střediska CESTA setkávat častěji. To by mohlo vést většímu pokroku ve vývoji dítěte s KP.

	četnost	četnost v %
2x a víc do měsíce	2	25%
1x do měsíce	6	75%
1x do 3 měsíců	0	0%
jiné	0	0%
celkem	8	100%

Tabulka č. 12: Četnost intervence RP v rodinách.

Ve dvou případech (25%) se intervence koná 2x do měsíce a častěji, zbylých 6 případů (75%), 1x do měsíce. Návštěvnost 1x do 3 měsíců se neobjevila vůbec.

Domněnka, že rodina blíže situovaná (centrum UH a okolí do 5 km), se může u svého dítěte s KP setkávat s intervencí RP častěji (2x a víc do měsíce), je nutno souběžně analyzovat s otázkou č. 9, řešící vzdálenost místa bydliště od RP. Rodiny žijící v centru UH i rodina v „přilehlé obci“ do 5km, celkem 3 případy (37,5%), uvedli návštěvnost poradnou RP 1x do měsíce. Rodiny ve vzdálenosti od 5 do 15 km, uvedli ve dvou případech (25%) návštěvnost RP 1x do měsíce, jedna rodina (12,5%) 2x a víc do měsíce. Rodina z okolí 15 až 30 km, uvedla četnost intervencí RP 2x a víc do měsíce. Položka odpovědi „jiné“ byla zastoupena rodinou s distancí nad 30 km, která udávala četnost návštěv RP 1x do měsíce. Z následujícího vyplývá, že není pravidlem, aby se rodina blíže situovaná (centrum UH a těsné okolí do 5km) s intervencí střediska setkávala častěji (2x a víc do měsíce) než rodina vzdálenější 5km. Ukázalo se, že vzdálenost místa bydliště od RP střediska CESTA není pro četnost intervencí RP v rodině zásadní, neboť u blíže situovaných rodin nedochází

k častější interakci s RP. S otázkou vzdálenosti se naskytla i myšlenka dostupnosti RP střediska CESTA pro rodiny právě ze vzdálenějších míst (5km a více), případně vesnic. Rodina, která se snáze dostane do střediska, s ním může mít častější kontakt např. při různých společných akcích, aktivitách konaných právě tam. Nebo jen z pouhé potřeby konzultace, rady. Usuzujeme, že tak také může docházet k podpoře vývoje dítěte. Přestože služba RP je z velké části službou terénní, mohou nastat situace, kdy je rodina zvána k příjezdu do střediska. Ve všech těchto případech může hrát zásadní roli vlastní dopravní prostředek. V případě nepřítomnosti takového prostředku, by byla rodina s dítětem s postižením zcela odkázána na veřejnou hromadnou dopravu, která do vzdálenějších vesnic nemusí být tak častá, jak by bylo zrovna zapotřebí. Však zjištěním, že všechny rodiny mají pro dopravu do RP střediska CESTA možnost osobního automobilu, při otázce č. 10, nám pochyby o dostupnosti RP pro rodiny odpadají. Můžeme konstatovat, že všichni klienti RP střediska CESTA mají rovnocenné podmínky a šance dopravit se do RP.

Průzkumná otázka č. 13: Jakým způsobem hodnotíte informace a služby poskytované střediskem RP jako užitečné pro vývoj Vašeho dítěte?

Otázka se týká hodnoty služby rané péče v očích jejích uživatelů, v našem případě klientů RP střediska CESTA.

Předpoklad: 90 % respondentů hodnotí RP středisko CESTA za službu užitečnou a důležitou pro rozvoj svého dítěte.

	četnost	četnost v %
velmi užitečné	7	87,5%
užitečné	1	12,5%
nevím	0	0%
málo užitečné	0	0%
zcela neužitečné	0	0%
celkem	8	100%

Tabulka č. 13: Užitečnost informací a služeb poskytovaných střediskem RP pro respondenty.

Z velké části, 7 případů (87,5%), jsme se setkali s odpovědí pokládající středisko RP za „velmi užitečné“, zbylý 1 případ (12,5%) za „užitečné“. Žádný respondent neoznačil odpověď „nevím“, čímž by dal najevo jistou lhostejnost ke středisku RP, či odpověď „málo

užitečné“, nebo „zcela neužitečné“, čímž by vyjádřil nesouhlas se střediskem RP. Všichni respondenti (100%) se tedy o RP vyjádřili minimálně jako o službě užitečné. Tímto zjištěním převyšujeme původní předpoklad o 10%, když nabýváme pocitu užitečnosti RP střediska CESTA ve vývoji dítěte s KP u všech 8 respondentů (100%).

Průzkumná otázka č. 14: Se kterým druhem podpory RP se setkáváte nejvíce?

V otázce s možností více odpovědí se snažíme zjistit, nefrekventovanější druh podpory, který středisko RP nabízí. A ten v další otázce č. 15 přirovnat k druhu podpory, který nejvíce respondentům ve vývoji jejich dítěte pomáhá a zjistit do jaké míry se shodují.

	četnost	četnost v %
poradenství	3	37,5%
provázení na úřadech	0	0%
podpora vlastního kontaktu a práce s dítětem	6	75%
půjčování pomůcek, odborné literatury	5	62,5%
terapie	4	50%
jiné	0	0%
celkem	18	225%

Tabulka č. 14: Nejčastější druh podpory ze strany RP. (Vzhledem k možnosti více odpovědí, však součet odpovědí neodpovídá základu (100%), ale nabývá vyšších hodnot).

Nejvíce poskytovaným druhem podpory se jeví být „podpora vlastního kontaktu s dítětem“ (75%), druhým největším potom „půjčování pomůcek a odborné literatury“ (62,5%), třetím v pořadí „podpora dítěte pomocí terapeutických metod“, ve smyslu nejružnějších masáží a cvičení (50%). Nakonec „rady, informace, kontakty na další instituce“, čili poradenství (37,5%). Na „jiné“ druhy pomoci a podpory, stejně jako na „provázení na úřadech“, není zřejmě kladen takový důraz, jelikož ve výsledcích nebyly vůbec zaznamenány.

Průzkumná otázka č. 15: Jaký druh podpory poskytované střediskem RP Vám, v rámci vývoje Vašeho dítěte, pomáhá nejvíce?

Respondent má i zde možnost označit více odpovědí, otázka poukazuje na nejčastěji nápomocný druh podpory nabízený RP střediskem CESTA. Výsledky lze uvést v součinnost s otázkou předchozí.

Předpoklad: RP středisko CESTA poskytuje dětem s KP podporu vývoje hlavně prostřednictvím toho druhu podpory, který mu nejvíce pomáhá.

	četnost	Četnost v %
poradenství	1	12,5%
provázení na úřadech	0	0%
podpora vlastního kontaktu a práce s dítětem	2	25%
půjčování pomůcek, odborné literatury	3	37,5%
terapie	8	100%
jiné	1	12,5%
celkem	15	187,5%

Tabulka č. 15: Nejvíce nápomocný druh podpory ze strany střediska RP. (Vzhledem k možnosti více odpovědí, však součet odpovědí neodpovídá základu (100%), ale nabývá vyšších hodnot.)

Za nejvíce nápomocný druh podpory ze strany střediska RP, směrem k rodině s dítětem s KP, rodiče označily položku „podpora dítěte pomocí terapeutických metod“, ve smyslu nejrůznějších masáží a cvičení, v zastoupení plných 8 respondentů (100%)! Očekávali jsme velkou míru zastoupení dané položky, však ne zcela absolutní. Uváděny byly konkrétní příklady jako: „synergická terapie a bazální stimulace“, „cvičení s dítětem“, poté obecně „podpora vývoje“ a „stimulace vývoje“.

V porovnání s výsledky z předchozí otázky č. 14 můžeme rozeznat, jak moc je podpora terapií zastoupena v praxi. Nejedná se o plnou míru podpory, alespoň tedy poloviční (50%). Další nejhojněji zastoupený druh podpory, který rodině nejvíce pomáhá, reprezentuje „půjčování pomůcek, odborné literatury“ (37,5%), který RP poskytuje téměř ve dvojnásobné míře (ze 62,5%), oproti prospěšnějším terapeutickým metodám. Následuje „podpora vlastního kontaktu s dítětem“ (25%), poskytována ze 75%. Čtvrtá nejhojněji nápomocná položka „rady a informace, kontakty na další instituce“, čili poradenství (zastoupená 12,5%), je poskytována v míře 37,5%. Nápomoc položky „jiné“ byla zastoupenou 1 příkladem (12,5%) „didaktické

hry“. V poskytovaných službách však za často nabízenou není uvedena vůbec. Položka „provázení na úřadech“ nebyla zastoupena ani na stupni nápomoci, ani časté nabídky.

Nejčastěji poskytované druhy podpory prostřednictvím RP střediska CESTA, dle rodičů, které jsou uvedené výše v tabulce č. 14, jsou: „podpora vlastního kontaktu a práce s dítětem“, „půjčování pomůcek, odborné literatury“, „terapie“ a „poradenství“. Druhy podpory RP, které dítěti ve vývoji nejvíce pomáhají, rodiče spatřují v: „terapiích“, „půjčování pomůcek, odborné literatury“, „podpoře vlastního kontaktu a práce s dítětem“, v „poradenství“ a službách zastoupených jako „jiné“. Z výše uvedených výsledků, značících shodné zastoupení nejčastěji poskytovaných a nejvíce nápomocných druhů podpory, je možné předpoklad považovat za splněný. Můžeme konstatovat, že rodina se, ze strany RP střediska CESTA, setkává především s tím druhem podpory, který nejvíce pomáhá vývoji jejího dítěte.

Průzkumná otázka č. 16: Ve které oblasti vidíte u Vašeho dítěte, pod vedením střediska RP, zlepšení?

Další otázka s možností více odpovědí, nám ukazuje oblast, ve které RP dětem s kombinovaným postižením v oblasti jejich vývoje nejčastěji pomáhá.

Předpoklad: Děti s KP v intervenci RP střediska CESTA prokazují pokroky hlavně v oblasti řeči a motoriky.

	četnost	četnost v %
motorika	8	100%
smyslové vnímání	4	50%
řeč	5	62,5%
rozumová stránka	2	25%
emocionální stránka	1	12,5%
společenská stránka	1	12,5%
celkem	21	262,5%

Tabulka č. 16: Zlepšení v konkrétních oblastech u vývoje dítěte pod vedením RP. (Vzhledem k možnosti více odpovědí, však součet odpovědí neodpovídá základu (100%), ale nabývá vyšších hodnot.)

Z průzkumného šetření vyplývá, že nejvíce stimulovaná oblast u klientů RP střediska CESTA je ve všech 8 případech motorika (100%). Uváděny byly příklady jako: „dokáže sedět“, „leze“, „pokrok v hrubé motorice“. (To by odpovídalo nejvíce prospěšnému druhu podpory,

vyplývajícího z předešlé otázky). V dosti velké míře, 5 případů z 8 (62,5%), respondenti uvedli také zlepšení v oblasti řečových dovedností, například, že „zkouší zvuky.“ V Polovičním zastoupení 4 případů z 8 (50%), v oblasti smyslového vnímání, dále 2 případy (25%) v rozumových schopnostech a shodně, po jednom případě (12,5%) respondenti uvedli nepatrné zlepšení v emocionální a společenské oblasti... Předpoklad se potvrdil. Výrazné zlepšení v oblasti pohybových schopností a řeči se kontrolně dozvídáme i při otázce č. 4, věnované rozdílnosti pohlaví dětí. Průzkum ukázal za nejvíce rozvinutou oblast motoriku u 7 chlapců (87,5%). Dále 5x oblast řeči, 4x smyslového vnímání, 2x rozumové stránky a nakonec shodně 1x oblast emocionální a společenskou. U jedné zastoupené dívky (12,5%) převládala taktéž oblast motorická, jiné nebyly zastoupeny vůbec.

Předpoklad: Rodiny s čtenější intervencí (2x a víc do měsíce) prostřednictvím RP střediska CESTA, prokazují u svého dítěte zlepšení ve 3 a více oblastech oproti rodinám s méně častou intervencí (1x měsíčně).

V součinnosti s otázkou č. 12, vyšlo následující: Případy častější intervence (2x a víc do měsíce) zaznamenaly zlepšení 2x v motorice, smyslovém vnímání, řeči a 1x v rozumové stránce, celkem ve 4 oblastech z 6 (66,6%). V případech, méně časté intervence (1x do měsíce), nastalo u dětí klientů zlepšení 6x v motorice, 3x v řeči, 2x ve smyslovém vnímání a 1x v rozumové, emocionální, i společenské stránce. Celkově ve všech 6 oblastech vývoje (100%). Bylo shledáno, že čtenější intervence (2x a víc do měsíce) u dítěte s KP, působí pokrok ve 3 a více oblastech, však méně četná (1x měsíčně) taktéž. Z toho odvozujeme, že četnost intervencí není v počtu pokročilých oblastí vývoje u dítěte s KP rozhodující. Lze se proto domnívat, že ani osobní doprava, řešená v otázce č. 10, i kdyby působila možnost častější interakce s RP, neznamená znatelnější pokrok ve vývoji dítěte. Jelikož čtenější intervence RP střediska CESTA o pokroku nerozhoduje.

Vidíme jistou souvislost i mezi otázkou č. 3, týkající se věku dětí a otázkou č. 11, pojednávající délku intervence RP. Mohli bychom se zaobírat myšlenkou, že děti starší (5 a více let) mohou být v péči RP střediska CESTA déle (alespoň 3 roky) než děti do 5 let, a tak dosáhnout většího pokroku ve vývoji. Z dotazníků se dozvídáme, že chlapec ve věku 5 let je v intervenci RP střediska CESTA pouze 1 rok. Chlapec ve věku 7 let je klientem RP střediska CESTA po dobu 2 roky. Pro porovnání s mladšími dětmi: roční chlapec s intervencí 1 rok, dvouletý chlapec v intervenci 2 roky, dívka i chlapec ve věku tří let jsou v intervenci 2 roky, čtyřletý chlapec je v péči RP 2 roky a chlapec stejného věku po dobu péče RP 1 rok.

Není pravidlem, aby děti starší 5 let byly pod vedením RP alespoň 3 roky a déle, než děti mladší 5 let, nýbrž mnohdy dochází ke shodné délce intervence.

Předpoklad: Děti s KP starší 5 let dosahují, v intervenci RP střediska CESTA, zlepšení alespoň ve 4 oblastech vývoje oproti dětem mladším 5 let.

Zajímá nás, aktuální stav ve vývoji oblastí u těchto dětí, zda RP působí shodně na děti různého věku. Otázka č. 3, zaměřená na věk dítěte, ukázala, že děti starší 5 let se zlepšily celkem v 5 oblastech z 6 (83,3%): 2x v motorice a shodně 1x ve smyslovém vnímání, rozumové, emocionální i společenské stránce. Děti mladší 5 let se zlepšily ve 4 oblastech (66,6%): 6x v motorice, 5x v řeči, 3x ve smyslovém vnímání a 1x v rozumové stránce. Z toho vyplývá, že zlepšení alespoň ve 4 oblastech vývoje, dosahují jak starší, tak i mladší děti. Aktuálně jsou na tom však, v podpoře vývoje, lépe děti starší 5 let, přestože nemusejí být v intervenci RP střediska CESTA déle.

Usuzujeme, že i úroveň vzdělání rodičů může mít jistý vliv na vývoj dítěte v intervenci RP střediska CESTA. I Holmlund (in Thorová, 2015) tvrdí, že vzdělání má vliv na výchovný styl rodičů, také utváří jistý model, se kterým se jejich děti později snaží alespoň ztotožnit, ne-li překonat. V souvislosti s otázkou č. 2, zabývající se vzdělaností respondentů (rodičů), bylo shledáno následující: Respondenti s dokončeným vzděláním na SŠ zaznamenali u svých dětí zlepšení ve všech 6 oblastech (100%). Respondent se vzděláním na VOŠ uvedl zlepšení pouze ve 2 oblastech z 6 (33,3%). Respondenti absolvující VŠ uvedli u svých dětí s KP zlepšení ve 3 oblastech z celkových 6 (50%). Původní domněnka se ukázala být nepravdivou, když jsme pokrok ve vývoji dítěte přisuzovali zejména rodičům vyšším dosaženým vzděláním. Naopak, pokrok ve všech 6 oblastech vývoje dítěte byl zaznamenán u rodičů absolventů SŠ! V našem případě výše dosaženého vzdělání rodičů, z pohledu množství pokrokových oblastí vývoje dítěte s KP, nijak nefiguruje.

Při sociodemografických otázkách č. 6 a 7, zabývajících se sourozenci a úplností rodiny dítěte s KP, vznikl názor, že dítě s KP žijící v úplné rodině má dalšího intaktního sourozence. A to má vliv na pokrok ve vývoji dítěte s KP v intervenci RP střediska CESTA. Počet intaktních sourozenců čítá 3 případy z 5 případů úplné rodiny (60%). Není samozřejmostí, aby dítě s postižením vyrůstající v úplné rodině mělo dalšího sourozence, jak jsme se domnívali. Jedná se o 37,5% ze všech 8 zúčastněných respondentů. Byl u nich zaznamenán pokrok v 5 různých oblastech z 6 posuzovaných (83,3%), zahrnující: 3x motoriku a 1x smyslové vnímání, řeč, rozumovou, emocionální i společenskou stránku. Oproti tomu děti bez

možnosti interakce s intaktním sourozencem, byť v úplné rodině, se zlepšily celkově ve 3 oblastech z 6 (50%): 2x v motorice a řečových dovednostech, 1x ve smyslovém vnímání. Úplná rodina za přítomnosti intaktního sourozence, napomáhá RP středisku CESTA ke zlepšení vývoje dítěte s KP v jednotlivých oblastech zhruba o 30%.

Průzkumná otázka č. 17: Myslíte si, že raná péče je důležitá pro vývoj Vašeho dítěte?

Tato otázka zjišťuje důležitost služby RP v očích jejích uživatelů. Poukazuje na to, jakým způsobem a do jaké míry je zde poskytovaná pomoc a podpora vývoje dítěte pro rodiče důležitá, jakou má pro ně služba RP hodnotu.

Předpoklad: 90% respondentů hodnotí RP středisko CESTA za službu užitečnou a důležitou pro rozvoj svého dítěte.

	četnost	četnost v %
ano, velmi důležitá	5	62,5%
ano, důležitá	3	37,5%
nevím	0	0%
málo důležitá	0	0%
zcela nedůležitá	0	0%
celkem	8	100%

Tabulka č. 17: Důležitost RP v očích rodičů.

Z celkových 8, se 5 respondentů (62,5%) vyjádřilo o službě RP jako o „velmi důležité“ službě při podpoře vývoje jejich dítěte, 3 respondenti (37,5%) ji potom označili za „důležitou“. Položka „nevím“ nebyla zastoupena vůbec. Taktéž jsme se nesetkali se záporným ohlasem. Z toho usuzujeme pouze kladný ohlas na službu rané péče na Uherskohradištsku a její důležitost pro všechny klienty (100%). Spolu s otázkou č. 13, řešící užitečnost služby RP, ji taktéž všichni respondenti označili za užitečnou. Předpoklad byl jednoznačně předčen.

Zbývající otázky č. 18, 19 a 20, jsou považovány spíše za doplňkové, sestavené na způsobu otevřených odpovědí. Zjišťují celkový názor respondentů na místní službu RP, proto je nadále neanalyzujeme, pouze konstatujeme. **Průzkumná otázka č. 18: Je ještě něco, co byste od střediska RP uvítali?**, byla položena za účelem zjistit, zda RP středisko CESTA, podporuje vývoj dítěte s KP dostatkem služeb, nebo zda jsou u střediska nějaké služby postrádány. A to pohledem největších odborníků na dítě, jeho rodičů. V dotazníkovém šetření však na tuto otázku odpověděla pouze čtvrtina respondentů (25%) ve smyslu, že by žádné

další služby od RP již neočekávali. V 5 případech z 8 (62,5%) nebylo k dané otázce nic uvedeno. Pohledem rodičů tak RP středisko CESTA nabízí všechny potřebné programy podporující vývoj dítěte. Pouze v jednom případě (12,5%) uvedl respondent možnost „Být ve službě po 7. roku dítěte“. Samotná služba rané péče má však zákonem stanovenou klientelu pouze do věku 7 let dítěte (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách). Plyne z toho zjištění hodnotnosti služby rané péče v očích jejích uživatelů.

Průzkumná otázka č. 19 zněla: **Má, dle Vás, středisko RP nějaká negativa, pokud ano, jaká?** Jako má mnoho věcí svá pozitiva i negativa, tak tomu může být i u rané péče. Touto otázkou hledáme případná možná negativa služby pohledem rodičů. Respondenti se v 5 případech z 8 (62,5%) k dané otázce vůbec nevyjádřili, což s velkou pravděpodobností predikuje nenalezení špatných vlastností. Ve zbylých 3 případech (37,5%) odpověděli podobně: „Ne“, „Myslím, že ne“, „Nemá“, vnímají ji tedy v pozitivním světle. Průzkum žádná negativa služby nezaznamenal.

Závěrečná **průzkumná otázka č. 20**, se dotazovala: **Jaký je Váš vlastní názor na středisko RP?** Poskytla rodičům možnost volně se vyjádřit k tématu RP střediska CESTA. Odpovědělo na ni všech 8 respondentů (100%) následujícím způsobem:

- „Potřebná instituce.“
- „Smysluplná služba, moc nám pomohla.“
- „Je to velká pomoc rodině.“
- „Jsou pro nás důležití.“
- „Jsou opravdu skvělí.“
- „Skvělá podpora rodiny.“
- „Schopnost pomoci rodinám s dětmi s postižením, jak po psychické stránce, tak i fyzické.“
- „Jsme spokojení.“

Toto tvrzení respondentů v souvislosti s otázkami č. 13, 17, 18 a 19, řešících problematiku užitečnosti, důležitosti, poskytování dalších možných služeb a negativa RP, kdy nebyla nalezena žádná záporná odpověď, činí službu RP střediska CESTA za službu velmi žádoucí svým rodinám s dětmi s kombinovaným postižením na Uherskohradištsku.

4.8 Diskuse a závěr

Jak se zmiňujeme v úvodu této bakalářské práce s názvem „Přínos rané péče ve vývoji dítěte s kombinovaným postižením na Uherskohradištsku“, její hlavní naplnění spatřujeme v nalezení konkrétního přínosu střediska rané péče v Uherském hradišti pro rodiny s dětmi s kombinovaným postižením, z hlediska podpory jejich vývoje. K tomu nám posloužilo především empirické zkoumání dané problematiky v místní poradně rané péče.

Úkolem teoretické části práce bylo čtenáři zprostředkovat informace spojené s problematikou kombinovaného postižení, s existencí a fungováním služby rané péče v ČR. Dále se věnovala okolnostem vývoje zdravého dítěte v raném věku a okolnostem vývoje dítěte s kombinovaným postižením. Praktická část měla svým průzkumným šetřením empiricky přispět k naplnění hlavního cíle bakalářské práce: **Popsat přínos RP střediska CESTA v oblastech vývoje dětí s KP, z hlediska poskytovaných služeb.** Průzkumné šetření bylo realizováno formou dotazníku, který se skládal z 20 otázek zaměřených, jak na sociodemografické údaje klientů obsažené v přední části dotazníku (otázky 1–11), tak na údaje mapující problematiku přínosu RP, související s poskytováním služby samotné (otázky č. 12–16). Zbývající otázky č. 18, 19 a 20, považujeme za doplňkové, které značí názor respondentů (klientů) na službu RP jako takovou. Bližší charakteristiku dotazníkového šetření uvádíme v podkapitole „Metoda sběru dat“.

Hlavní cíl práce posloužil ke stanovení cílů dílčích, na jejichž základě byly sestaveny předpoklady pro průzkum (jejich plné znění uvádíme v podkapitole „Cíle práce“ a „Předpoklady pro průzkum“). Předpoklady nadále posloužily k položení konkrétních otázek, z nichž je samotný průzkum, ve formě dotazníkového šetření, sestaven. Na jednotlivé otázky odpovídali respondenti, splňující určité podmínky charakterizované v podkapitole „Průzkumný soubor“.

Výsledky dotazníkového šetření jsou vyvozeny z odpovědí respondentů (uživatelů služby RP) na jednotlivé otázky dotazníku. Odpovědi stojí na předpokladech a směřují ke zjištění dílčích cílů, což má vést k naplnění cíle hlavního. Z otázek č. 1 a 8 v úvodu dotazníku při sociodemografii, je patrná značná shoda osoby, která vyplňovala dotazník s osobou, která o dítě nejvíce pečuje. Díky tomu lze předpokládat větší přesnost odpovědí uvedených v dotazníku o aktuálním stavu dítěte s KP v intervenci RP střediska CESTA. Ve starostlivosti o dítě s KP jsme v průzkumu našli absolutní zastoupení matek. Vzhledem k malému množství dat, se kterými operujeme je možné, že se v populaci najde větší procento otců

zabývajících se záležitostmi dítěte s postižením, v našem případě však převládají matky a domníváme se, že se jedná o všeobecný fakt. Krutišová (2015) nám dává za pravdu, když uvádí za četnější péči mateřskou, a to především z důvodu pracovní náplně otců. Výsledky šetření rovněž ukázaly velkou převahu chlapců (87,5%) v případě dětí s KP, oproti zanedbatelnému množství dívek (12,5%). Domníváme se ale, že náš výsledek je poněkud zkreslen z důvodu záběru na jedno středisko při šetření. Nelze ho proto generalizovat, je možné, že všeobecně toto pravidlo vůbec platit nemusí.

Není pravdou, aby děti rodičů s vyšším dosaženým vzděláním vždy dosahovaly pokroku ve více oblastech vývoje. Výše dosaženého vzdělání respondentů tedy nehraje ve vývoji dítěte pod vedením RP střediska CESTA zásadní roli. Průzkumem byla zjištěna i nepodstatnost vzdálenosti rodin od RP střediska CESTA, jelikož jejich blízkost nepřispívá k častějším intervencím (2x a víc do měsíce). Současně jsme se dozvěděli, že častější intervence (2x a víc do měsíce) nemají účinnější vliv na pokrok ve vývoji dítěte o nic více než méně časté intervence (1x měsíčně). RP středisko CESTA může jen těžce ovlivnit úplnost rodiny, přítomnost zdravých sourozenců, kdo o dítě v rodině nejvíce pečuje, vzdělání rodičů dítěte, ani místo bydliště rodiny. Všechny tyto okolnosti však mohou středisku významně dopomoci při podpoře vývoje dětí s KP. Předpoklad, že nejvíce stimulovanými oblastmi jsou oblast řeči a motoriky, byl potvrzen. Novotná (2015) uvádí, že raná péče EDUCO Zlín nevyčleňuje nejdůležitější oblast, ale podtrhuje právě komplexní podporu všech oblastí vývoje dítěte (Novotná, 2015). V rámci RP střediska CESTA průzkum za nejvíce rozvinuté oblasti u dětí s KP ukázal motoriku, poté schopnost komunikace prostřednictvím řeči a smyslové vnímání, rozumové, emocionální a společenské stránce. Přínos zde spatřujeme v největším rozvinutí oblasti motoriky, díky které má, dle nás, dítě raného věku možnost rozvíjet další oblasti. Co se týká rozdílů v pohlavích, zde je odpověď shodná, a sice jak u chlapců, tak i u dívek probíhá rozvoj vývoje pod vedením RP střediska CESTA nejvíce v oblasti motoriky.

Za nejvíce prospěšný druh podpory dítěte pod vedením RP střediska CESTA, se jeví, pohledem respondentů (rodičů), podpora vývoje jejich dětí pomocí terapií,⁴⁴ se kterou je však setkávají v poloviční míře. To je pro nás překvapivé zjištění! Domnívali jsme se, že hlavní zastoupení má RP středisko CESTA, jak ambulantně tak i terénně, v terapeutických cvičeních. Na druhém místě je pro vývoj dítěte s postižením pod vedením RP, nejvíce prospěšné

⁴⁴ Novotná (2015) souhlasí, když tvrdí, že RP v oblasti motoriky užívá nejvíce různorodých cvičení jako je koncept Bazální stimulace, program Portage, Bobath koncept, Vojtova metodu, masáže, polohování a další.

zapůjčování pomůcek a odborné literatury, s čímž se klienti střetávají téměř ve dvojnásobné míře. Zatřetí je pro ně nejvíce nápomocná podpora vlastního kontaktu a práce s dítětem a napočtvrté následuje zprostředkování kontaktů na další instituce, kdy se klienti taktéž s oběma druhy podpory setkávají v trojnásobné míře. Nabídka doprovodu na úřady není rodiči vůbec považována za velmi prospěšnou aktivitu ze strany RP střediska CESTA, ani se s ní příliš neseťkávají, jak je patrné z našich výsledků. Můžeme souhlasit s předpokladem a konstatovat, že RP středisko CESTA poskytuje nejčastěji podporu vývoje dítěte s KP hlavně prostřednictvím toho druhu podpory, který mu nejvíce pomáhá, což považujeme za jeho vůbec největší přínos.

Bylo shledáno, že stejně jako četnější intervence (2x a víc do měsíce), tak i méně četná (1x měsíčně) působí, u dítěte s KP, pokrok ve 3 a více oblastech. Dokonce jsme našli až 100% pokrok ve všech 6 oblastech u méně časté intervence (1x měsíčně). Z toho odvozujeme, že četnost intervencí není v počtu pokročilých oblastí vývoje u dítěte s KP rozhodující. Zjistili jsme neplatnost původní domněnky, že děti starší (zpravidla 5 a více let) jsou klienty RP střediska CESTA po delší dobu (alespoň 3 roky). V případě našeho průzkumu dosahují děti podobné délky intervence i pokroku ve vývoji, nezávisle na věku. Byl splněn předpoklad vývoje dítěte alespoň ve 4 oblastech jak u mladších, tak starších jedinců 5 let. Aktuálně jsou na tom však, v podpoře vývoje, lépe děti starší 5 let, přestože nemusejí být v intervenci RP střediska CESTA déle. Přínos zde spatřujeme v tom, že RP středisko CESTA umožňuje dosáhnout srovnatelného pokroku ve vývoji staršího dítěte s kombinovaným postižením s dítětem mladším v případě, když je v intervenci RP stejně dlouhou dobu, a naopak.

Službu rané péče drtivá většina respondentů (87,5%) zhodnotila za „velmi užitečnou“ a zbylé procento (12,5%) za „užitečnou“. S důležitostí je to obdobné, kdy označení služby RP jako služby „velmi důležité“ přiznalo více jak polovina respondentů (62,5 %), menší polovina (37,5%) potom jako služby „důležité“. Všichni respondenti (100%) ji hodnotí za službu, která má jednoznačný užitek a je důležitá pro vývoj jejich dětí s KP. Byl tak zcela jasně předčten předpoklad 90% užitečnosti a důležitosti RP střediska CESTA. S tím lze sloučit otázku posuzující dostatečnost RP, zaměřující se na možné rozšíření nabídky jejích služeb, případná možná negativa. Odpovědi v obou případech patří menší polovině respondentů (37,5%). Ostatní se nevyjádřily. Za této situace nebylo mezi rodiči nalezeno nic, co by od RP střediska CESTA postrádali, ani žádná negativa. Můžeme tvrdit, že je pro aktuální potřeby jejich dítěte služba dostatečná a pohlíží na ni v pozitivním světle. Rovněž z celkové působení RP střediska CESTA na jejich klienty, je patrná hodnotnost služby rané péče v Uherském Hradišti v očích

jejich uživatelů. Možnost zcela volně se vyjádřit ke službě místní RP využili všichni respondenti (100%), vždy s kladným ohlasem. Velký přínos RP střediska CESTA proto spatřujeme také v psychologické podpoře klientů, což je patrné z celkového pozitivního hodnocení služby, i mínění o její užitečnosti a důležitosti. Dle našeho názoru psychická stránka sehrává velmi důležitou úlohu v každé situaci. Můžeme vyvodit, že služba rodičům pomáhá pozitivně nahlížet na okolnosti spojené s vývojem jejich dítěte.

Závěrem lze říci, že RP střediska CESTA nemá samostatně možnost posunout pokrok vývoje dítěte s kombinovaným postižením v takové míře, jako když tomu navíc přispívají příhodné podmínky v životě dítěte jako úplná fungující rodina a přítomnost zdravého sourozence, což však samotné středisko nemůže ovlivnit. Kratší vzdálenost neznamená četnější interakci a ani četnější setkávání se s odborníky RP střediska CESTA, nedopomáhá jejím klientům k vyšší podpoře vývoje dítěte. Šetřením bylo dále zjištěno, že zdejší RP stimulací nejvíce rozvíjí pohybový aparát a motorické schopnosti dítěte s KP, poté schopnost komunikace prostřednictvím řeči, vnímání pomocí smyslů, poté rozumovou stránku, emocionální stabilitu, sociální chování. Nalezli jsme též, jakým druhem podpory jsou tyto schopnosti dětí nejvíce stimulovány. Primárně se jedná o různé terapie, cvičení a masáže, poté zapůjčování materiálů, jako jsou pomůcky a odborná tematická literatura. Nadále podpora vlastního kontaktu s dítětem, což zahrnuje naslouchání, rozhovory a posilování k samostatné práci s dítětem. S tím jde ruku v ruce následující poradenství a zprostředkování kontaktů na potřebné instituce i vzájemně mezi rodinami. Rozdíly mezi pohlavími, v případě našeho malého vzorku, prokázány nebyly, chlapci se s dívkami nejčastěji shodli v rozvinutí motorických schopností. Nemusí automaticky znamenat, že aktuálně starší děti 5 let jsou na tom v podpoře vývoje prostřednictvím RP střediska CESTA lépe než děti mladší 5 let, jelikož není pravidlem, aby byly v péči RP delší dobu. Průzkum ukázal, že i mladší děti 5 let na tom mohou být ve vývoji, vlivem obdobné trvající intervence RP střediska CESTA, shodně se staršími. Pro samotné rodiče dětí s kombinovaným postižením na Uherskohradištsku, je služba rané péče užitečnou a důležitou součástí (re)habilitace jejich dítěte. Služba je rodiči vnímána jako dostatečná, pozitivní a velmi hodnotná, žádoucí, jak vyčteme z odpovědí na poslední otázky dotazníku. To můžeme srovnat s šetřením v diplomové práci Bc. Marcely Krutišové z roku 2015, kdy autorka RP připouští značnou psychickou podporu rodinám (až 78%), velkou podporu vlastního kontaktu a práce s dítětem a oceňuje srozumitelnost a přínosnost informací (82%).

Cíl dané bakalářské práce byl dosažen ve zjištění několika konkrétních přínosů RP střediska CESTA v Uherském Hradišti na výše zmíněných příkladech.

Zde uvedeme ty nejhlavnější:

- **RP středisko CESTA nejvíce působí na strategickou oblast motoriky, což má, dle nás, potenciál pro rozvoj schopností dítěte i v jiných oblastech.**
- **RP středisko CESTA stimuluje vývoj dítěte s kombinovaným postižením především tím druhem podpory, který je mu, slovy rodičů, nejvíce prospěšný.**
- **RP středisko CESTA má možnost docílit shodné podpory vývoje jak u dítěte staršího, tak u mladšího, za předpokladu shodné doby jejich intervence.**
- **RP středisko CESTA celkově působí pozitivně na psychiku svých klientů.**

Průzkumné šetření nám přineslo několik konkrétních přínosů existence služby RP ve městě Uherském Hradišti. Výsledky šetření nelze však na základě našeho průzkumu v jednom zařízení generalizovat. Za platné je lze proto prohlásit pouze u místní RP.

Přínos samotné realizace průzkumného šetření spatřujeme v tom, že odhalilo výše zmíněné, okolnosti, které lze nadále zohlednit při přímé práci RP střediska CESTA s klienty a jejich dětmi. Vidíme zde povědomí samotných klientů o službě, na což může RP přiměřeně informativně reagovat. Podle názorů klientů na realizaci a míru nápomocnosti služby, se místní RP může taktéž zařídit.

Seznam použité literatury

Knížní zdroje

- BENDO VÁ, Petra. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3703-3.
- BĚHOUNKOVÁ, Leona a kol. *Význam včasné intervence v raném vývoji dítěte: metodická příručka*. Praha: Centrum pro veřejnou politiku, 2011. ISBN 978-802-6006-411.
- ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7
- ČERNÍKOVÁ, Eva. *Raná intervence v prostředí České republiky a Anglie s akcentem na problematiku CVI*. 2015. Diplomové práce. Univerzita Palackého, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Kateřina Kroupová.
- DUNOVSKÝ, Jiří a kol. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 1999. ISBN 8071692549.
- GIRČÁKOVÁ, Aneta. *Raná péče z pohledu sociálních pracovníků*. 2015. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Katedra křesťanské sociální práce. Vedoucí práce Tomáš Vyskočil.
- HANÁKOVÁ, Adéla. *1000 pojmů ze speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3218-2.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178303X.
- HUBIŠTOVÁ, Martina. *Odkaz Miloše Sováka v logopedii*. 2010. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Ústav speciálně-pedagogických studií. Vedoucí práce Gabriela Smečková.
- KEBORTOVÁ, Stanislava. *Diakonie ČCE – Středisko CESTA Uherské Hradiště*. [osobní rozhovor]. [2015-04-12].
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Poradenství pro osoby se zdravotním postižením*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1799-8.
- KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, 2005, 344 s., [6] s. obr. příl. ISBN 8024710188.
- KRUTIŠOVÁ, Marcela. *Analýza poskytovaných služeb rané péče osobám s poruchami autistického spektra v Jihomoravském kraji*. 2015. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Alena Říhová.

- KUČEROVÁ, Anna. *Raná péče v moravskoslezském kraji*. Středisko rané péče Tamtam Olomouc, 2007, studie: Zjištění potřebnosti služeb rané péče rodinám dětí se sluchovým postižením a dětí s duálním postižením sluchu a zraku v moravskoslezském kraji.
- KUNHARTOVÁ, Monika a Petra KRÍŽKOVSKÁ. *Facilitační a stimulační techniky* [CD-ROM]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3365-3.
- LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 8024411547.
- MICHLOVÁ, Pavla. *Strukturované učení a jeho využití při vytváření pracovních návyků*. 2009. Diplomové práce. Univerzita Palackého, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Olga Krejčířová.
- NEW, Rebecca Staples a Moncrieff COCHRAN. *Early childhood education: an international encyclopedia*. Westport, Conn.: Praeger Publishers, 2007, s. 308-566. ISBN 0313331022.
- NOVOTNÁ, Blanka a Eva URBANOVSKÁ. *Služby rané péče jako jedna z determinant rozvoje motoriky u dětí s tělesným postižením*. 2015, 50 s.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 8073151200.
- POTMĚŠIL, Miloň a kol. *Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4432-1.
- PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. Nové, rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.
- PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky. [Díl] 1, Vývoj člověka do patnácti let*. 4. nezm. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977, 414 s.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. ISBN 8024414759.
- ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky raného věku: učební text pro studující speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudemus, 2005. ISBN 80-7041-259-3.

- ŠAUEROVÁ, Markéta, Klára ŠPAČKOVÁ a Eva NECHLEBOVÁ. *Speciální pedagogika v praxi: komplexní péče o děti se SPUCH*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4369-1.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2433-0.
- SMĚŠNÁ, Adéla. *Úkoly rané péče v systému sociální práce*. 2010. Diplomové práce. Univerzita Palackého, Katedra pedagogiky s celoškolskou působností. Vedoucí práce Bronislava Štěpánková.
- THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015, 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002, 444 s. ISBN 8071786780.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2012, 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich a kol. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.
- VANČOVÁ, Alica. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 2001. ISBN 809671087X.
- VAŠEK, Štefan, Alica VANČOVÁ a Gyula HATTOS. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 1999. ISBN 80-967180-4-5.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2., rozš. a přepr., vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 8073150719.
- vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Internetové zdroje

- ASOCIACE PRACOVNÍKŮ V RANÉ PÉČI. *Druhové standardy kvality služby raná péče* [online]. 2013. [cit. 2016-05-10]
Dostupné z: http://www.aprp.cz/dokumenty/druhove_standardy_kvality_sluzby.pdf
- ASOCIACE PRACOVNÍKŮ V RANÉ PÉČI. [online]. [cit. 2016-5-19]
Dostupné z: <http://www.aprp.cz/>

- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Charakteristika kraje* [online]. Poslední aktualizace 2016-01-11. [cit. 2016-06-19]
Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xz/charakteristika_kraje
- DĚTSKÉ CENTRUM ZLÍN. *Péče o děti – vysvětlení pojmů* [online]. 2014 [cit. 2016-05-26] Dostupné z: <http://www.dczlin.cz/pece-odbornost.html>
- DIAKONIE ČCE. *O diakonii* [online]. [cit. 2016-05-10]
Dostupné z: <http://www.diakonie.cz/o-diakonii/>
- DIAKONIE ČCE – STŘEDISKO CESTA. *Diakonie ČCE* [online]. [cit. 2016-05-10]
Dostupné z: <http://strediskocesta.cz/diakonie-cce/>
- DIAKONIE ČCE – STŘEDISKO CESTA. *Poradna rané péče* [online]. [cit. 2016-05-10] Dostupné z: <http://strediskocesta.cz/nase-sluzby/poradna-rane-pece/>
- DIAKONIE ČCE – STŘEDISKO CESTA. *O středisku CESTA* [online]. [cit. 2016-05-10] Dostupné z: <http://strediskocesta.cz/stredisko-cesta/>
- HRADILKOVÁ, Terezie, *Historie rané péče v Čechách* [online]. Praha: Společnost pro ranou péči, 2015. [cit. 2016-5-19]. Dostupné z:
<http://trp.ranapece.cz/doc/prilohy/185/Historie%20rane%20pece%20v%20Ceske%20republice.pdf>
- <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>
- <http://www.slovník-synonym.cz/>
- <http://www.pravidla.cz/>
- SAVKOVÁ, Irena. *Canisterapie* [online]. Základní škola speciální Diakonie ČCE Ostrava, [cit. 2016-05-24] Dostupné z: <http://www.specialniskola.eu/vychovne-vzdelavaci-a-terapeuticke-metody/canisterapie/>
- SLEZSKÁ DIAKONIE. *EUNIKA Karviná, poradna rané péče* [online]. 2013 [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: <http://www.slezskadiakonie.cz/sluzby/lide-s-handicapem/strediska-pro-lidi-s-handicapem/centrum27>
- SLEZSKÁ DIAKONIE. *LYDIE Český Těšín, poradna rané péče* [online]. 2013 [cit. 2016-5-10]. Dostupné z: <http://www.slezskadiakonie.cz/sluzby/lide-s-handicapem/strediska-pro-lidi-s-handicapem/centrum26>

- SLEZSKÁ DIAKONIE. *Poradna rané péče DOREA Brno* [online]. 2013 [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: <http://www.slezskadiakonie.cz/sluzby/lide-s-handicapem/strediska-pro-lidi-s-handicapem/centrum29>)
- SLEZSKÁ DIAKONIE. *Poradna rané péče MATANA Krnov* [online]. 2013 [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: <http://www.slezskadiakonie.cz/sluzby/lide-s-handicapem/strediska-pro-lidi-s-handicapem/centrum25>
- SLEZSKÁ DIAKONIE. *SALOME Bohumín, poradna rané péče* [online]. 2013 [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: <http://www.slezskadiakonie.cz/sluzby/lide-s-handicapem/strediska-pro-lidi-s-handicapem/centrum28>
- SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI. *Standardy rané péče / intervence SPRP* [online]. 2008 [cit. 2016-05-19]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/?src=O%20SPRP/Kvalita%20slu%C5%BEeb&lokalita=%C4%8CR/>).
- SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI. *Poslání a cíle Společnosti pro ranou péči* [online]. 2014 [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/?src=O%20SPRP/Posl%C3%A1n%C3%AD%20a%20c%C3%ADle&lokalita=%C4%8CR>
- SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI. *Zásady* [online]. 2014. [cit. 2016-05-16]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/?src=O%20SPRP/Z%C3%A1sady&lokalita=%C4%8CR/>
- SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI. *O společnosti pro ranou péči* [online]. 2014 [cit. 2016-05-19]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/?src=O%20SPRP/O%20n%C3%A1s/365&lokalita=%C4%8CR/>
- SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI. *Meziresortní charakter sociální služby raná péče* [online]. 2015. [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/?src=Konference%20pracovn%C3%ADk%C5%AF%20v%20ran%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8Di/Konference%20pracovn%C3%ADk%C5%AF%20v%20ran%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8Di/586&lokalita=%C4%8CR/>
- STÁTNÍ SPRÁVA. *Kraje, okresy, obce* [online]. 2016. [cit. 2016-06-19]. Dostupné z: http://www.statnisprava.cz/rstsp/redakce.nsf/i/kraje_okresy_obce

- STŘEDISKO RANÉ PÉČE EDUCO ZLÍN. *Popis realizace poskytování sociálních služeb* [online]. 2014. [cit. 2016-05-19]. Dostupné z: <http://www.ranapecezlin.cz/data/realizace-sluzby.pdf>
- ŠUSTOVÁ, Terezie. *Znakování s miminky*. [online]. 2008 [cit. 2016-05-26] Dostupné z: <http://www.znakovanismiminky.cz/index.php?disp=znakovani>
- VALLA, Andrea. *Vliv canisterapie na děti s kombinovaným postižením* [online]. Základní škola speciální Diakonie ČCE Ostrava, [cit. 2016-05-24] Dostupné z: <http://www.specialniskola.eu/vychovne-vzdelavaci-a-terapeuticke-metody/canisterapie/vliv-canisterapie-na-deti-s-kombinovanim-postizenim/>
- ZÁKLADNÍ ŠKOLA SPECIÁLNÍ DIAKONIE ČCE OSTRAVA. *Synergická reflexní terapie* [online]. [cit. 2016-05-24] Dostupné z: <http://www.specialniskola.eu/vychovne-vzdelavaci-a-terapeuticke-metody/synergicka-reflexni-terapie/>

Seznam zkratek

AAK	alternativní a augmentativní komunikace
aj.	a jiné
APRP	asociace pracovníků v rané péči
a kol.	a kolektiv
atd.	a tak dále
atp.	a tak podobně
apod.	a podobně
cca	kolem, asi
č.	číslo
ČCE	Českobratrská církev evangelická
ČR	Česká republika
ČUNS	Česká unie nevidomých a slabozrakých
DMO	dětská mozková obrna
FRPSP	Federace rodičů a přátel sluchově postižených
KP	kombinované postižení
mj.	mimo jiné
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NKS	narušený komunikační systém
tj.	to je
tzv.	takzvaně
PAS	poruchy autistického spektra
př. / např.	příklad / například
příp.	případně
RP	raná péče

SONS	Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SPRP	Společnost pro ranou péči
viz	více k vidění
VOKS	výměnný obrázkový komunikační systém
VTI	videotrénink interakcí
USA	Spojené státy Americké

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Vztah respondenta k dítěti.

Tabulka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

Tabulka č. 3: Věk dětí respondentů, které jsou v intervenci RP střediska CESTA.

Tabulka č. 4: Poměr pohlaví dětí zapojených do průzkumu.

Tabulka č. 5: Konkrétní postižení dítěte v intervenci RP střediska CESTA.

Tabulka č. 6: Sourozenci dítěte s postižením.

Tabulka č. 7: Stav rodiny, ve které dítě žije.

Tabulka č. 8: Kdo se dítěti nejvíce věnuje.

Tabulka č. 9: Vzdálenost od střediska RP.

Tabulka č. 10: Možnost libovolné dopravy do střediska pomocí osobního automobilu.

Tabulka č. 11: Délka intervence RP.

Tabulka č. 12: Četnost intervence RP v rodinách.

Tabulka č. 13: Užitečnost informací a služeb poskytovaných střediskem RP pro respondenty.

Tabulka č. 14: Nejčastější druh podpory ze strany RP.

Tabulka č. 15: Nejvíce nápomocný druh podpory ze strany střediska RP.

Tabulka č. 16: Zlepšení v konkrétních oblastech u vývoje dítěte pod vedením RP.

Tabulka č. 17: Důležitosti RP v očích rodičů.

Tabulka č. 18: Nově vítané služby v RP středisku CESTA.

Tabulka č. 19: Negativa RP střediska CESTA.

Seznam příloh

Příloha č. 1:

Přehled středisek rané péče pro děti s kombinovaným postižením v České republice pod vedením SPRP, Slezské diakonie a Diakonie ČCE

Příloha č. 2:

Speciální programy užívané k podpoře vývoje dítěte ve střediscích rané péče na Uherskohradištsku

Příloha č. 3:

Charakter Diakonie ČCE – střediska CESTA

Příloha č. 4:

Dotazník pro bakalářskou práci „Přínos rané péče ve vývoji dítěte s kombinovaným postižením na Uherskohradištsku.“

Příloha č. 5:

Územní vymezení okresu Uherské Hradiště

Příloha č. 6:

Informovaný souhlas

Přílohy

Příloha č. 1

Přehled středisek rané péče pro děti s kombinovaným postižením v České republice pod vedením SPRP, Slezské diakonie a Diakonie ČCE:

- **SPRP** pro rodiny s dítětem se zrakovým a kombinovaným postižením do 7 let věku v Brně, Ostravě, Olomouci a Českých Budějovicích,
- **SPRP** pro rodiny s dítětem se zrakovým, mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením v Praze,
- **SPRP** pro rodiny s dítětem s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením do 7 let věku a SPRP poskytující sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi v Olomouci
(Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/>)
- **Slezská diakonie**, Poradna rané péče DOREA Brno
- **Slezská diakonie**, Poradna rané péče EUNIKA Karviná
- **Slezská diakonie**, Poradna rané péče LYDIE Český Těšín
- **Slezská diakonie**, Poradna rané péče MATANA Krnov
- **Slezská diakonie**, Poradna rané péče SALOME Bohumín
(Dostupné z: <http://www.slezskadiakonie.cz/kontakty/strediska-sd-dle-oblasti>)
- **Diakonie ČCE** – Středisko Praha, původně Diakonie Stodůlky a Strašnice (působnost v kraji Středočeském, Ústeckém, Plzeňském)
- **Diakonie ČCE** – Středisko Světlo ve Vrchlabí
- **Diakonie ČCE** – Středisko CESTA Uherské Hradiště
(Dostupné z: <http://www.diakonie.cz/nase-sluzby/vsechny-sluzby/rana-pece/>)

Příloha č. 2

Speciální programy užívané k podpoře vývoje dítěte ve střediscích rané péče na Uherskohradištsku:

- komunikační knihy pro využití metod **alternativní a augmentativní komunikace** (AAK), kdy se jedná o systém doplňující, či náhražkové komunikace, skládající se z mnoha přístupů, metod. Účelem je maximální možné rozvinutí komunikačního potenciálu jedince s jakkoli narušenou komunikační schopností, ať už vrozenou, či získanou. Nabízí se zejména pro jedince s mentální retardací (MR), demencí (Alzheimerova choroba), PAS, DMO, roztroušenou sklerózou, progresivní svalovou dystrofií, po cévní mozkové příhodě. (Bendová, 2013)
- **bazální stimulace** stojí na základě celostního (holistického) přístupu k jedinci. Využívá vlastních rehabilitačních technik k povzbuzení uvědomění tělesného schématu prostřednictvím vestibulární, vibrační, taktilně-haptické, chuťové, optické, auditivní a čichové stimulace. Koncept se snaží dosáhnout a udržet rozvoj vlastní identity jedince, a umožnit orientaci na vlastním těle. (Kunhartová, Křížkovská, 2012)
- **canisterapie** napomáhá k celkovému rozvoji, kdy lze cíleně, prostřednictvím kontaktu se psem, dosáhnout rozvoje jednotlivých složek osobnosti. Je mj. považována za pomocnou psychoterapeutickou metodu při řešení takových situací, při kterých jiná metoda selhává (např. při navozování kontaktu s obtížně komunikujícími lidmi), fyzickou léčbou působí druhotně. Lze na ni nahlížet ze dvou hledisek, která se vzájemně prolínají. Jednak jako na aktivity za účasti zvířat (bez cílů, pozitivní vliv na pocity díky pouhé přítomnosti zvířat) a jednak jako terapii pomocí zvířat (konkrétní záměr s vytyčeným cílem i metodikou provádění). Představuje především motivaci k rehabilitaci a povzbuzení imunity prostřednictvím psychiky. U žáků s kombinovaným postižením se upřednostňuje formu individuální terapie, která je založena na přímém fyzickém kontaktu žáka a psa, umožňuje polohování, napomáhá v oblasti motorické, komunikační, emočně-sociální, i oblastech kognice. (Savková, 2016)
- **míčkování** se označuje za pomocnou fyzioterapeutickou metodu, užívanou především u jedinců s onemocněním dýchacích cest. Metoda je založena na kontaktu, staví na teorii uvolnění tkání po kompresi, kdy se, pomocí speciálních měkkých míčků různé velikosti, masírují reflexní zóny (záda, hrudník, obličej). Napomáhá k relaxaci,

protážení a uvolnění svalů krku, hrudníku, břicha, kosterních svalů, i vnitřních svalových orgánů (průdušky, bránice, plíce). Tím se zlepšuje dýchání, spasticita svalů např. při DMO, poúrazové stavy, dostaví se uklidnění, proto je metoda vhodná i pro jedince s ADHD. Nevyžaduje žádné speciální podmínky, lze si ji jednoduše osvojit, Jebavá dle Šauerové, Špačkové, Nechlebové (2012).

- **nafukovací dlaha**, která umožňuje zaujmout fyziologickou polohu dolní končetiny bez otlaků vzdušným stlačením, působí na prokrvení končetiny (Kebortová, 2015)
- **orofaciální stimulační terapie** neboli orofaciální regulační terapie (ORT) představuje specializovanou reflexní metodu zaměřenou na obličejovou část, rty a ústa. Funguje na principu stimulace různých sensorických systémů (zraku, sluchu, hmatu, čichu, chuti) pomocí dotyku, lechtání, tahu, tlaku, či vibrací. Je nutno důsledné, však příjemné provádění úkonů. Primárně se ORT zaměřuje na správnou činnost obličejových svalů, na proces polykání a řečový projev. Původně pomáhala dětem s Downovým syndromem, později osobám s dětskou mozkovou obrnou, po úrazech lebky a mozku, po encefalitidě, osobám v kómatu a po kómatu, s hypotonií a také s různými neurologickými onemocněními, s rozštěpem patra. (Kunhartová, Křížkovská, 2012)
- **polohování** představuje principy manipulace s osobami se zvýšeným nebo naopak sníženým svalovým tonem za pomoci polohovacích pomůcek. Působí, dle potřeby stimulačně, či uklidňujícím způsobem na svalstvo. Zabraňuje vzniku kontraktur, až deformit, přispívá k přirozenému zatěžování kloubů, jakákoliv vyšší pozice dopomáhá vnímat okolí jinak, pozitivně (dochází tak k aktivaci kognitivních funkcí). Metoda buduje tělesné schéma, má antigravitační charakter, podporuje taktilní cití, zrakový kontakt, motorickou aktivitu dítěte i stimulaci veškerých smyslů, vyžaduje však různorodost a proměnlivost pohybů, Sekáčová, Ježek (in Kunhartová, Křížkovská, 2012).
- **program Portage** je používán jako ucelená metodika pro individuální stimulaci u konkrétních dětí se specifickými potřebami. Osoba tzv. konzultanta (pedagoga, psychologa, či zdravotníka) pomáhá rodině metodickým vedením, s uskutečněním konkrétního nácviku nových dovedností dle aktuálních individuálních potřeb dětí. Řešena je oblast řeči, myšlení, motoriky, sebeobsluhy i socializace. Principy učení

je podporován psychomotorický vývoj dítěte již od narození po nástup do školního zařízení, či po potřebnou dobu. (Péče o děti – vysvětlení pojmů, 2014)

- **strukturované učení** představuje specifický edukační systém založený především na úpravě podmínek při vzdělávání a úpravě pracovního prostředí za účelem stanovení pevného řádu. Dítě získává pocit jistoty, může předvídat, být samostatnější v organizaci práce. Základem je individuálním přístup ke každému klientovi. Jeho podstatou je nastavení práce zleva doprava a shora dolů, (uplatňovaný princip ve všech odvětvích lidské činnosti). Uplatňuje se především u dětí s PAS, ale i u jedinců s mentálním nebo kombinovaným postižením s problémy v komunikaci, samostatnosti úkonů, orientaci v prostoru a čase. (Michlová, 2009)
- **Synergická reflexní terapie** má podobu samostatného léčebného konceptu určeného k léčbě a prevenci následků dětské mozkové obrny a dalších neuro-ortopedických nemocí u dětí a dospělých. Užívá se jako doplňková, podpůrná a léčba. Používá se také u poruch hybného aparátu, jako jsou např. vrozené vady nosného aparátu, skoliózy, revmatoidní stavy, poúrazové a pooperační stavy. Působí kvalitnější a rychlejší fyzické reakce jedince s postižením při užití další tělesné léčby (např. při cvičení Vojtovy reflexní lokomoce). Představuje manuální terapii, která sjednocuje prvky několika světově používaných reflexních terapií. Jejich simultaneitou se dostává synergický efekt, jednotlivé techniky se navzájem ovlivňují, čímž se zvýší jejich účinky. Dosáhne se překvapivých výsledků jak na hybném aparátu, tak i na dalších tělních systémech. (např. zvýšení koordinace a koncentrace a vnímání, zlepšení polykání, mluvení, psaného projevu, snížení nadměrného slinění, zlepšení celkových motorických dovedností, náprava svalového tonu, zvýšení intelektuální a tělesné aktivity, zvýší samostatnost, stabilizuje a zlepší psychický stav). (Synergická reflexní terapie, 2016)
- **videotrénink interakcí (VTI)** se zaměřuje především na vychovatele dítěte, podporu a pomoc rodičům, učitelům i jiným osobám v interakci s dítětem. Zamezuje vzniku sekundárních potíží, nastávajících v případě nevhodného výchovného působení. Podstatou je nahrávání interakce na videozáznam, prostřednictvím zkušeného trenéra a se souhlasem všech zúčastněných. Následně dochází k jeho rozboru, zásadně však v pozitivním sledu (vyzdvihování a posilování pozitivních momentů během práce s dítětem), uvádí Šauerová, Špačková, Nechlebová (2012).

- program **výměnného obrázkového komunikačního systému (VOKS)** nabízí rozvoj pasivní i aktivní slovní zásoby, sekundárně větší samostatnost dítěte s postižením, větší nezávislost na okolí. Je postaven na komunikačním procesu dítěte s postižením a osobou s ním komunikující prostřednictvím systému obrázků a odměn. Dítě samo provádí výměnou obrázku za požadovanou věc, učí se tak manipulace se symboly, tvoření slov, vět. Nachází uplatnění u jedinců s PAS, Downovým syndromem, DMO, u jedinců s výrazně narušenou komunikační schopností. (Bendová, 2013)
- **znakování s batolaty** představuje komplexní komunikační systém zacílený na rozvoj řeči dítěte. Využívá přirozených gest během dne ke komunikaci, nejedná se o žádný nový jazyk. Stojí na tom, že mluvená slova jsou doprovázena manuálním znakem, dochází tak k lepšímu pochopení významu, pomáhá dítěti lépe se slovně vyjádřit. Znaky si každý rodič může vytvářet vlastní, dle potřeby. Kromě rozšiřování slovní zásoby a zlepšení artikulace u malých dětí také pozitivně ovlivňuje motorické dovednosti, myšlení a logiku souvislostí. Uplatňuje multisenzoriální přístup, kdy působí na více smyslů najednou. (Šustová, 2008)

Příloha č. 3

Charakter Diakonie ČCE – střediska CESTA:

Středisko CESTA je zařízení vedené pod Diakonií Českobratrské církve evangelické (nadále jen ČCE)⁴⁵, situováno přímo v Uherském Hradišti. Kromě jiných služeb⁴⁶ provozuje od roku 2009 službu poradny rané péče, v jejímž prostředí jsme realizovaly průzkumné dotazníkové šetření. V souladu s obecným posláním a cíli sociální služby rané péče, dle svých slov středisko CESTA, spolupracuje s rodiči při podpoře vývoje dítěte, kdy jim napomáhá při rozpoznání, pochopení a naplnění potřeb svého dítěte, nahlízet na proces výchovy v pozitivním světle, podporuje rodinu v sociální integraci s ohledem na její potřeby, práva a důstojnost. Poskytuje, za daným účelem, svým klientským rodinám poradenství v oblasti vývoje dítěte, i sociální poradenství. Ranou péčí v Uherském Hradišti jsou u dítěte hledány, co možná nejvíce vhodné postupy pro rozvoj komunikačních dovedností, činností v sebeobsluze, postupy pro rozvoj hry, edukace a kooperace s vrstevníky. Záměrem střediska je též umožnění dítěti vyrůstat přirozeném prostředí vlastní rodiny. Konkrétně se, Středisko CESTA, zabývá:

- dětmi s tělesným postižením a jejich rodinami
- dětmi s mentálním postižením a jejich rodinami
- **dětmi s kombinovaným postižením a jejich rodinami**
- dětmi s ohroženým psychomotorickým vývojem a jejich rodinami

(Poradna rané péče, 2016)

⁴⁵ ČCE je církevní organizace, nacházející se na druhém postu největších poskytovatelů sociálních služeb České republiky, existuje na 110 zařízení po celé ČR. (O Diakonii, 2016). Jejím cílem je umožnit uživatelům ČCE do největší možné míry žít běžným a důstojným způsobem života. Díky postavení na základě Českobratrské církve evangelické, je konání této služby chápáno jako projev praxe křesťanské víry, naděje a lásky. Pomáhá lidem v nepříznivých životních situacích a na základě svého poslání se snaží: „organizovat, zajišťovat a poskytovat ve svých zařízeních sociální, zdravotní, pedagogickou a pastorační péči lidem, kteří se v důsledku věku, zdravotního postižení, nemoci, osamocení či ohrožení dostali do nepříznivé životní situace.“(Diakonie ČCE, 2016)

⁴⁶ Také provozuje denní stacionář (od roku 1998) a nově od letošního roku (leden 2016) je veřejnosti nabízena služba Podpora samostatného bydlení osobám s chronickým duševním onemocněním. (O středisku CESTA, 2016)

9. Přibližte místo Vašeho bydliště a vzdálenost od střediska rané péče (RP):
- a) centrum UH
 - b) přilehlá obec (do 5 km)
 - c) okolní město (5 — 15 km)
 - d) okolní město (15 — 30 km)
 - e) okolní vesnice (5 — 15 km)
 - f) okolní vesnice (15 — 30 km)
 - g) jiné _____
10. Máte k dispozici pro dopravu do střediska RP, v případě potřeby, osobní automobil?
- a) ano
 - b) ne
11. Jak dlouho jste klientem RP v Uherském Hradišti? _____
12. Jak často probíhá pravidelná návštěva RP u Vás doma, za účelem podpory vývoje dítěte?
- a) 2x a víc do měsíce
 - b) 1x do měsíce
 - c) 1x do 3 měsíců
 - d) Jiné _____
13. Jakým způsobem hodnotíte informace a služby poskytované střediskem RP jako užitečné pro vývoj Vašeho dítěte?
- a) velmi užitečné
 - b) užitečné
 - c) nevím
 - d) málo užitečné
 - e) zcela neúžitečné
14. Se kterým druhem podpory střediska RP se setkáváte nejvíce? (možno označit více odpovědí)
- a) rady a informace, kontakty na další instituce (poradenství)
 - b) provázení na úřadech
 - c) podpora vlastního kontaktu a práce s dítětem
 - d) půjčování pomůcek, odborné literatury
 - e) podpora dítěte pomocí terapeutických metod (nejrůznější masáže, cvičení)
konkrétně: _____
 - f) jiné _____

15. Jaký druh podpory poskytované střediskem RP Vám, v rámci vývoje vašeho dítěte, pomáhá nejvíce? (možno označit více odpovědí)

- a) rady a informace, kontakty na další instituce (poradenství)
- b) provázení na úřadech
- c) podpora vlastního kontaktu a práce s dítětem
- d) půjčování pomůcek, odborné literatury
- e) podpora dítěte pomocí terapeutických metod (nejrůznější masáže, cvičení)
konkrétně: _____

- f) jiné _____

16. Ve které oblasti vidíte u Vašeho dítěte, pod vedením střediska RP, zlepšení?
(vypište v čem konkrétně)

- a) motorika (pohyb – celková tělesná obratnost i drobné pohyby rukou, prstů; sebeobsluha – zda samostatnost, či závislost v konkrétních úkonech)

- b) smyslové vnímání (zrak, sluch, hmat, čich, chuť)

- c) řeč (schopnost a způsob užívání řeči v nejrůznějších životních situacích – potřeby, přání, dotazování se, sdílení informací...zda vlastní iniciativa, či iniciativa komunikačního partnera)

- d) rozumová stránka (chápání a vznášení požadavků, schopnost zapamatovat si, schopnost a chuť učit se novým věcem, dovednostem)

- e) emocionální stránka (citová ne/stálost, reakce na nové podněty a situace, známé i neznámé, příjemné i nepříjemné pocity a situace)

- f) společenská stránka (chování doma a v cizím prostředí, mezi známými a cizími lidmi, v malém a velkém množství lidí, ve známých a neznámých situacích)

17. Myslíte si, že raná péče je důležitá pro vývoj Vašeho dítěte?

- a) ano, velmi důležitá
- b) ano, důležitá
- c) nevím
- d) málo důležitá
- e) zcela nedůležitá

18. Je ještě něco, co byste od střediska RP uvítali? (něco, co Vám RP nenabízí)

19. Má, dle Vás, středisko RP nějaká negativa, pokud ano, jaká?

20. Jaký je Váš vlastní názor na středisko RP?

Příloha č. 5

Územní vymezení okresu Uherské Hradiště:

Česká republika byla 1. ledna 2000, na podkladě zákona č. 347/1997 Sb., o vytvoření vyšších územních celků, rozčleněna na 14 krajů: Hlavní město Praha, Jihočeský, Jihomoravský, Karlovarský, Vysočina, Královéhradecký, Liberecký, Moravskoslezský, Olomoucký, Pardubický, Plzeňský, Středočeský, Ústecký a Zlínský. (Charakteristika kraje, 2016; Kraje, okresy, obce, 2016)



Obrázek č. 1: Kraje ČR (Zdroj internet)



Obrázek č. 2: Územní vymezení okresu Uherské Hradiště (Zdroj internet)

Samotný okres Uherské Hradiště se, spolu s okresy Kroměříž, Vsetín a Zlín, nachází ve Zlínském kraji. Má rozlohu 991 km² a představuje druhý nejmenší okres kraje (obsahuje čtvrtinu z jeho území), na 1 km² připadá 144 obyvatel. Na jihovýchodě svou hranicí dosahuje na hranici se Slovenskou republikou. (Charakteristika kraje, 2016; Kraje, okresy, obce, 2016)

Příloha č. 6

Informovaný souhlas

Svým podpisem stvrzuji, že se dobrovolně účastním průzkumu formou dotazníkového šetření určeného pro bakalářskou práci „Přínos rané péče ve vývoji dítěte s kombinovaným postižením na Uherskohradištsku.“

Byly mi, skrze osobu pracovníka poradny rané péče Střediska CESTA, předány důležité informace týkající se mé účasti v průzkumu:

- obeznámení se zaměřením a cíli průzkumu, má úloha v něm, potřebné informace ke vzhledu a pokyny k vypracování dotazníkového šetření,
- stejně jako má dobrovolná účast na průzkumu, i zaručení užití získaných dat pouze pro účely dané bakalářské práce, zaručení anonymity mé rodiny a možnost od šetření odstoupit.

Tyto informace byly zkráceně uvedeny i v úvodu dotazníkového šetření.

V..... Dne.....

Podpis.....

Anotace

Jméno a příjmení:	Tereza Piknerová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Ivana Horváthová, PhD.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Přínos Rané péče ve vývoji dítěte s kombinovaným postižením na Uherskohradištsku
Název v angličtině:	Benefits of Association for Early Intervention in the development of children with multiple disabilities in Uherské Hradiště
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce „Přínos rané péče ve vývoji dítěte s kombinovaným postižením na Uherskohradištsku“ se zaměřuje na přínos střediska rané péče Uherské Hradiště v oblasti vývoje dítěte s kombinovaným postižením. Tedy, jakým způsobem a do jaké míry napomáhá středisko rané péče danému jedinci podpořit vývoj, aby byl schopen větší míry samostatnosti, socializace, inkluze vzhledem k jeho specifickým z daného postižení vyplívajících. Vypovídá tím o kvalitě poskytovaných služeb konkrétního střediska, a to prostřednictvím pohledu rodičů dítěte s postižením. Práce je rozčleněna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část má za úkol čtenáře seznámit s problematikou „rané péče“ jak ve všeobecné rovině, tak i se zaměřením na děti s kombinovaným postižením. Dále s problematikou stádií vývoje zdravého dítěte, i dítěte s vícečetným postižením v raném věku, včetně vysvětlení některých pojmů z dané</p>

	<p>oblasti. Praktická část má za úkol zpracovat dotazník pro rodiče, týkající se přínosu střediska rané péče v Uherském Hradišti pro vývoj jeho dětských klientů.</p>
Klíčová slova:	Raná péče, vývoj, rozvoj, kombinované postižení
Anotace v angličtině:	<p>The Bachelor Thesis „Benefits of Association for Early Intervention in the development of children with multiple disabilities in Uherské Hradiště” focuses on benefits of Association for Early Intervention in the progress of children with multiple disabilities. That is, in what way and to which extent the Association for Early Intervention provides help to the individual in his independence, socialization, inclusion with regard to the specifics arising from his multiple disabilities. The benefits reflect the quality of social service provided by Association for Early Intervention as viewed by parents of the children with disabilities. The Thesis is divided into theoretical part and practical part. In the theoretical part the reader can learn about the issues concerning “the early intervention” in general and focusing on children with multiple disabilities. Moreover, it deals with the development stages of healthy children and children with multiple disabilities including explanation of several terms in this field. The practical part of this Thesis involves the elaboration of a questionnaire and the analysis of its results, concerning the benefits of Association for Early Intervention in the development of children.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Association for Early Intervention, development, multiple disabilities

Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1: Přehled středisek rané péče pro děti s kombinovaným postižením v České republice pod vedením SPRP, Slezské diakonie a Diakonie ČCE</p> <p>Příloha č. 2: Speciální programy užívané k podpoře vývoje dítěte ve střediscích rané péče na Uherskohradištsku</p> <p>Příloha č. 3: Charakter Diakonie ČCE – střediska CESTA</p> <p>Příloha č. 4: Dotazník pro bakalářskou práci „Přínos rané péče ve vývoji dítěte s kombinovaným postižením na Uherskohradištsku.“</p> <p>Příloha č. 5: Územní vymezení okresu Uherské Hradiště</p> <p>Příloha č. 6: Informovaný souhlas</p>
Rozsah práce:	95 s
Jazyk práce:	Český jazyk