

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ  
Institut mezioborových studií Brno

**Péče o děti se zdravotními problémy  
v raném věku ve Zlínském kraji**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:  
Mgr. Jana Hunáková

Vypracovala:  
Jana Javoříková

Brno 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Péče o děti se zdravotními problémy v raném věku ve Zlínském kraji“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použité literatury, který je součástí této bakalářské práce. Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne .....

.....

Jana Javoříková

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Janě Hunákové, Janě Čelůstkové, Středisku rané péče Educo a paní PaedDr. Dr. Libuši Mazánkové za cenné rady, konzultace, odborné vedení, vstřícný přístup a za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytly při zpracování mé bakalářské práce.

# OBSAH

<b>Úvod</b>	<b>6</b>
<b>1. Vývoj lidského života</b>	<b>8</b>
1.1 Vývoj předčasně narozených dětí	9
<b>2. Novorozenecké období</b>	<b>11</b>
2.1 Chování novorozeného dítěte	11
2.2 Schopnost novorozence učit se	13
<b>3. Kojenecké období</b>	<b>15</b>
3.1 Tříměsíční dítě	15
3.2 Šestiměsíční dítě	16
3.3 Osmý až devátý měsíc	17
<b>4. Batolecí období</b>	<b>20</b>
<b>5. Předškolní období</b>	<b>22</b>
<b>6. Standardy rané péče</b>	<b>23</b>
6.1 Raná péče	23
6.2 Cíl rané péče	23
6.3 Uživatel rané péče	23
6.4 Principy služeb rané péče	24
6.5 Personální standardy	26
6.6 Dohoda o poskytování služeb	27
6.7 Plánování služeb	27
6.8 Poradenství	28
6.9 Podpora interakce s dítětem	28
6.10 Ukončení služby	28

<b>7. Analýza situace rané péče v Evropě</b>	<b>30</b>
7.1 Německo – Mnichov	32
7.2 Švédsko – Västerås	33
7.3 Vytvoření koncepce	34
7.4 Respekt k potřebám rodin a dětí	35
7.5 Finanční dostupnost	35
7.6 Spolupráce s rodinami	36
<b>8. Sanace rodiny</b>	<b>37</b>
<b>9. Nemoci</b>	<b>39</b>
9.1 Downův syndrom	39
9.2 Autismus	40
9.3 Dětská mozková obrna	41
9.4 Děti předčasně narozené	42
<b>10. Empirická část</b>	<b>43</b>
10.1 Stanovení cíle průzkumu a hypotéz	43
10.2 Nástroje sběru dat	44
10.3 Vlastní průzkum	45
10.4 Složení dotazovaných	45
10.5 Ověření platnosti hypotéz	56
<b>Závěr</b>	<b>57</b>
<b>Resumé</b>	<b>58</b>
<b>Anotace</b>	<b>59</b>
<b>Seznam použité literatury</b>	<b>61</b>

## Úvod

Vždy se rodily děti zdravé, silné, duševně i tělesně zdatné, které byly pýchou a štěstím rodičů. Ale také přicházely na svět děti fyzicky nebo duševně postižené, které byly pro rodiče v okamžiku narození zdrojem bolesti, zklamání, výčitek a starostí. Některé rodiče nějaká síla postavila před neočekávanou a snad jednu z nejsložitějších životních situací – narodil se jim človíček, čas však ukázal, že jiný než ti druzí. Narození dítěte se zdravotním postižením znamená pro rodiče velký šok. Rodiče vidí v dětech už před narozením své pokračovatele, dědice svých schopností. Do dětí vkládají naděje a očekávají od nich splnění svých snů a přání.

Mají-li se rodiče realisticky vyrovnat s novou situací, musí se s ní vyrovnat i společné okolí. Co tedy pomáhá k vyrovnání a přijetí dítěte? Ptát se a ptát se. Důkladné poučení o podstatě postižení dítěte, o tom jak vznikl a jak bude pravděpodobný další vývoj. Uvědomění si skutečnosti ne jako neštěstí, ale jako životní zkoušky a úkolu, na jehož zvládnutí se dá cílevědomě pracovat. Obětavost ano, ale ne sebeobětování. Sebeobětovaný člověk není dobrým vychovatelem, ani společníkem. Aby to mohli všichni vydržet, je nutná dělba práce v rodině a vydatná celospolečenská pomoc. Jistota budoucnosti. Vědomí, že o jejich dítě je postaráno na dnešní úrovni vědy a na dnešním stupni organizačních možností, a že je tedy zajištěna i jeho budoucnost.

Některá závažná onemocnění lze diagnostikovat již v raném věku dítěte, u jiných se ani po opakovaných podrobných vyšetření specialistů nedá s naprostou jistotou přesná diagnóza stanovit. Je nesmírně těžké vyrovnat se s hendikepem našeho dítěte a naučit se s ním žít, ale pro jeho další budoucnost a tím i naši je včasná diagnóza a okamžitá pomoc naprosto nezbytná. Na pomyslném žebříčku pomocných institucí stojí zejména na začátku odborní lékaři, rehabilitační pracovníci, poté následuje péče středisek rané péče, na ni navazuje péče speciálně pedagogických center, případně psychologických poraden, logopedická péče a péče sociálních pracovníků. Významná je dobrá spolupráce všech zúčastněných institucí a odborníků.

Pominout nelze ani další skutečnost, kterou je příprava dítěte s postižením na vzdělání, jeho správné zařazení do vzdělávacích programů co nejvíce vyhovující schopnostem dítěte, citlivé vedení po celou dobu povinné základní školní docházky.

Dnešní systém vzdělávání umožňuje zařazení dítěte do vzdělávacích programů, co nejvíce zohledňující jejich možnosti a dovednosti. Zařazení do konkrétního programu není celoživotní, ale jde je s ohledem na aktuální vývojovou úroveň odpovídajícím způsobem změnit.

Povinnou školní docházku musí ze zákona všechny děti zahájit nejpozději ve školním roce, ve kterém dosáhnou věku 8 let. Ze zdravotních důvodů lze individuálně zohlednit aktuální stav dítěte, upravit hodinovou dotaci vzdělávání.

Velkou pomocí pro děti se závažnějším postižením, například s kombinovaným postižením, s poruchami artistického spektra, tělesným postižením, je možnost využití osobních asistentů nebo asistentů pedagoga.

V neposlední řadě jsou nezbytné vzájemné vztahy jak v kruhu blízké rodiny, tak i v širším okruhu příbuzných a přátel. Ideální situace nastává, pokud i širší rodina přijímá dítě s hendikepou, vnímá jeho potřeby a zároveň i potřeby jeho rodičů, protože od nich se žádá největší psychická odolnost. Pokud rodiče budou osamoceni bojovat s nepřízní osudu, nebudou mít morální, fyzickou podporu a pomoc, nebude v jejich silách zvládat toto obrovské zatížení. Začnou propadat beznadějí, depresím a může se stát, že se sami dostanou do stádia, kdy budou potřebovat odbornou péči. Problém jednoho člena rodiny je problémem celé rodiny, potažmo celé společnosti. Nebojme se tedy o tuto pomoc požádat, vyhledat a následně ji využívat.

Ve své bakalářské práci se chci tedy zaměřit na druhy zdravotních postižení dětí, kde všude mohou rodiče a jejich rodina hledat pomoc, a jakým způsobem zvládnout postižení svého dítěte.

# 1. VÝVOJ LIDSKÉHO ŽIVOTA

Životní běh člověka nezačíná až jeho narozením, porod je jen jedním – i když velmi významným – časovým bodem v průběhu vývoje. Prenatální období je tedy období mezi početím a narozením dítěte. Obvykle trvá asi 40 týdnů (9 měsíců) a lze je rozdělit do tří fází:

1. Oplodnění a vytvoření zárodku (první asi 3 týdny)
2. Embryonální období (4.-12. Týden) – jsou vytvořeny základy všech důležitých orgánů člověka, zárodek je v tomto období extrémně citlivý na nejrůznější možné vlivy
3. Fetální období (od 12. Týdne do porodu) – orgány jsou biologicky dotvořeny a začínají se ujímat své funkce

Plod je velmi brzy připravován pro činnosti, které budou nutné pro jeho přežití a pro jeho interakci se zevním světem po narození. Proto již v tomto období lze sledovat u plodu aktivity a reakce na různé podněty – např. změny srdeční aktivity plodu pomocí ultrazvuku. Už na konci druhého měsíce, kdy embryo dosáhlo délky 25mm a kdy se vytvořil základ všech svalových skupin, lze pozorovat reakce ve formě drobných záškubů nebo jemných kontrakcí. Na začátku fetálního vývoje, počátkem třetího měsíce, plod již spontánně hýbe horními i dolními končetinami, otáčí hlavičku, sraští čelo, otvírá a zavírá ústa a brzy se objevují náznaky úchopových pohybů. V devíti týdnech lze již registrovat aktivitu mozku na EEG. Od pátého měsíce se na záznamu začíná postupně lišit spánkový a bdělý stav. Záhy reaguje plod i na podněty zvukové, vizuální (na bleskové světlo procházející břišní dutinou matky), na tlak i na bolest.

V současné době přežívá stále více těžce nedonošených dětí s porodní hmotností menší než 1000g. Přitom jen malé procento z těchto dětí (kolem 2% v různých studiích) je postiženo těžce – dětskou mozkovou obrnou nebo mentální retardací. Ale pravděpodobnost lehčích postižení je značná a právě u rizikových dětí jsou vlivy prostředí ještě významnější než u dětí biologicky odolných.

Ve věku šesti měsíců po početí reaguje dítě na řadu akustických podnětů, brzy potom začíná odlišovat zvuky lidské řeči od jiných zvuků a ke konci těhotenství velmi pravděpodobně rozlišuje hlas své matky i s jeho různými emocionálními odstíny.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishong a.s. ...2006, s. 23 - 27



## 1.1 Vývoj předčasně narozených dětí

V době původně předpokládaného termínu porodu (40. Týden těhotenství) jsou pak obecně nalézány významné rozdíly v chování dětí donošených oproti chování dětí narozených předčasně. Nedonošené děti se jeví jako labilnější, dráždivé, ale současně méně reaktivní na smyslové i sociální podněty. V pozdějším věku bývají i u zdravých nedonošených dětí častěji nacházeny poruchy soustředění, pozornosti, vizuomotorické obtíže, zvýšená úzkostnost, lehčí poruchy řeči i specifické poruchy učení. Všechny rozdíly v chování přitom není pravděpodobně možné přičítat jen faktu nedonošenosti samé, ale významnou roli bezesporu hraje dramatická změna prostředí, na kterou dítě ještě nebylo biologicky (a zřejmě ani psychicky) připraveno.

Nedonošené děti bývají obvykle ošetřovány na specializovaných odděleních nemocnic. Prostedí JIP je ovšem značně odlišné od prostředí intrauterinního: Do dělohy matky neproniká téměř žádné světlo, zvuky jsou tiché, dítě je ve stálém kontaktu s plodovou tekutinou, která tlumí vlivy gravitace, dotýká se měkkých stěn dělohy, pociťuje mnoho vestibulární stimulace při pohybech matky, spolu s matkou spoluprožívá její biorytmus. Naproti tomu v nemocnici dítě leží na pevné podložce ve stabilní neměnné poloze, obvykle v jasně osvětlené místnosti s řadou ostrých hlasitých zvuků přístrojů. V těchto podmínkách obvykle není ani jasně odlišen rytmus dne a noci, velmi významné jsou zde i opakované zážitky bolesti.

Snahy o zkvalitnění péče o děti předčasně narozené se proto v současnosti stále více zaměřují i na zlepšování psychologické kvality života nedonošených dětí. Prostedí dětských oddělení pro nedonošené děti se pak v mnoha nemocnicích začíná podstatně měnit, mnohdy se snahou co nejvíce se přiblížit podmínkám života v děloze: Světla i zvuky jsou tlumeny, děti bývají pokládány na podložky naplněné vodou, které se navíc (v pravidelných nebo jindy spíše nepravidelných intervalech) lehce pohupují, do inkubátoru je pouštěn z reproduktorů zvuk srdečního tepu matky apod. Nedonošené dítě již sice není plod, ale i tak musí začít fungovat jeho plíce, trávicí soustava či termoregulace, začínají plně fungovat i jeho smysly. Nejdůležitější pro nejlepší vývoj dítěte je častý kontakt rodičů, převážně matky s dítětem.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishong a.s. ...2006, s. 27 - 28

Rodiče jsou přitom povzbuzováni, aby se dítěte co nejčastěji jemně dotýkali, hladili je a mluvili na ně.

Předčasné narození není ovšem náročnou situací jen pro dítě samé, ale i pro jeho rodiče. Ti na příchod dítěte nebyli ještě plně připraveni, prožívají silný strach o dítě a současně i pocity bezmoci a deprese, protože se nemohou o svého potomka začít účinně starat. Často jsou od něj zcela odloučeni a nemohou je chránit před bolestí a ohrožením. Při delší separaci mají matky někdy i pocit nereálnosti dítěte, jako by ve skutečnosti ani neexistovalo, nebo je nevnímají jako své vlastní. Tyto pocity mizí teprve v okamžiku, kdy si mohou dítě poprvé podržet v náručí. Dlouhou separací a hospitalizací mohou být ovšem narušeny i jinak přirozené dovednosti intuitivního rodičovství.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing a.s. ...2006, s. 28 - 29

## 2. NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ

Přechod dítěte z chráněného intrauterinního života do světa plného nových podnětů znamená nesporně značnou zátěž pro organismus po všech stránkách tak nezralý. Je tomu tak i po stránce psychické, i když jsme viděli, že ani před narozením nežije dítě v blaživé nirváně, a že je už tehdy pro další život postupně připravováno. Mnozí porodníci dnes poukazují na to, že tato zátěž pro dítě je často zvyšována způsobem vedení porodu a prvního ošetření novorozence a poporodní péče o matku a dítě. Novorozené dítě se položí ještě s pulzující pupeční šňůrou na břicho matky, která je něžně uchopí, dítě se pomalu instinktivně pohybuje a začíná vyhledávat prs a sát.

Kojenecké období je tedy orientováno na rozvoj základních motorických dovedností.

### 2.1 Chování novorozeného dítěte

Na rozdíl od nedonošeného novorozence má zralý novorozenec většinou již svalový tonus na vyšší úrovni, jeho stav spánku a bdění je výrazněji odlišen a spánek, který trvá kolem 20 hodin denně je rozdroben do většího počtu kratších úseků. Kromě spánku a plné bdělosti lze však u novorozenců rozeznávat ještě různé přechodné stavy:

1. Hluboký spánek – dech je pravidelný, oči zavřené, bez spontánních pohybů.
2. Lehký spánek – oči jsou zavřené nebo i pootevřené, pod víčky pozorujeme rychlé oční pohyby, dech je nepravidelný, úroveň aktivity nízká s drobnými záškuby či nahodilými pohyby, časté jsou změny mimického výrazu.
3. Dřímota – přechodný stav mezi spánkem a bděním. Oči mohou být otevřené, ale kalné s neurčitým pohledem, nebo pootevřené. Úroveň aktivity je měnlivá s občasnými drobnými záškuby. Nízké svalové napětí.
4. Klidný bdělý stav – oči jsou otevřené s jasným pohledem, dítě věnuje veškerou svoji pozornost dívání se a naslouchání. Úroveň aktivity je nízká. Střední svalové napětí.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing a.s. ...2006, s. 29 - 32

5. Aktivní bdělý stav – oči jsou otevřené, pohybová aktivita značná s velkými pohyby končetin, častěji krátké hlasové projevy.
6. Pláč – oči jsou otevřené nebo zavřené, velká pohybová aktivita, vysoké svalové napětí, dech nepravidelný, pláč.

Novorozenec má vyvinuty všechny základní nepodmíněné reflexy – sací, polykací, vyměšovací, úchopové, které mu umožňují se v základě vyrovnat s požadavky nového životního prostředí. Relativně více vyspělé, než se dříve soudilo, jsou i všechny smysly novorozence. Novorozené dítě od samého počátku vidí a některé podněty sleduje dokonce se značným zájmem. Pozornost dítěte je přitahována pohybem a pohybující se předmět dítě sleduje očima a velmi často i malým pohybem hlavy. Ukazuje se, že novorozenec rozlišuje dobře základní tvary i barvy a dává přednost ostrým kontrastům a složitým vzorcům před jednoduchými, křivkám a lomeným liniím před přímkami. Zvláště přitažlivým objektem pro dítě je především lidský obličej a všechny obrazce, které jej připomínají.

Zraková ostrost novorozence je však v důsledku nezralosti nervových drah podstatně menší (oproti dospělému člověku až 30x) a dospělé ostrosti vidění dosáhne dítě až kolem jednoho roku věku. Omezeno je do jisté míry i zorné pole novorozence a až asi do pěti měsíců věku děti nevěnují prakticky žádnou pozornost vzdálenějším (nad 1 metr) statickým podnětům, podněty v pohybu ovšem jejich pozornost přitahují. Zraková pozornost dítěte se za obvyklých okolností sice rychle vyčerpává, ale často může být obnovena předložením nového podnětu a některé děti se dokážou o velmi přitažlivý podnět zajímat velmi dlouho – až do deseti minut. Zajímavé vizuální podněty mohou někdy i měnit stav dítěte. Ospalé nebo plačící dítě se zklidní či oživí, když je mu předložen velmi zajímavý podnět. Novorozenec nejen vnímá a při vyhledávání zajímavých vjemů je sám aktivní, ale zrakové informace si i pamatuje a dále je zpracovává. Už v prvních dnech si dítě pamatuje obličej své matky.

Podobně je rozvinut i sluch. Stejně jako v případě zrakového vnímání dává dítě ihned po narození přednost některým zvukům před jinými. Čerstvě narozené dítě poznává a preferuje hlas své matky proti hlasu cizí ženy. Hlas svého otce však pozná až poněkud později, pravděpodobně proto, že hlubší mužský hlas tak dobře neproniká do intrauterinního prostředí.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing a.s. ...2006, s. 33 - 36

Dítě od počátku reaguje na lidský hlas, zejména na ženský hlas mnohem živěji než na jiné zvuky. „Ohmatává“ zrakem rysy lidského obličeje s větším zájmem, než jaký vykazuje při reakci na jiné vizuální podněty. Jeho úchopový reflex je silnější, vložíme-li mu do dlaně prst než hůlku stejných rozměrů. Plazivé reflexní pohyby jsou mnohem živější, je-li dítě položeno na nahé dospělé tělo, než když leží v postýlce. Velmi citlivá je vůbec jeho reakce při bezprostředním kožním kontaktu, dovede dokonce ze smíšených pachů rozlišit jednotlivé složky a identifikovat podle toho vlastní matku.

Ani jeho křik není tak úplně nediferencovaný, jak se všeobecně tradovalo. Ve skutečnosti analýza zvukového spektra ukázala na rozdíly například mezi křikem bezprostředně po porodu a křikem z hladu nebo křikem z bolesti. Tyto rozdíly unikají pozornosti personálu, ale pozorná matka, která je s dítětem ve stálém styku, tyto jemné nuance během několika dnů rozpoznává a reaguje na ně intuitivně, bezděčně, a přesto správně. Individuální rozdíly mezi matkami jsou však značné. Je také známo, že křik novorozenců se za jistých situací typicky mění, a že těchto změn lze i diagnosticky využít. Specifický je pláč novorozenců s Downovým syndromem, s poškozením CNS, křik nedonošených dětí apod.

Novorozenec má ve svém vrozeném potenciálu k dispozici i všechny základní mimické výrazy emocí jako je radost, strach, nechuť či odpor, smutek, překvapení.

## **2.2 Schopnost novorozence učit se**

Nehotovost ve vrozené výbavě novorozeného dítěte je však současně jeho nespornou předností – je tím dána možnost osvojit si mnohem větší repertoár chování, než jaký je přístupný druhům, u nichž jsou specifické způsoby chování při narození hotové a víceméně neměnné. Právě ve schopnosti učit se a zpracovávat různým způsobem informace z okolí, je patrná vysoká způsobilost novorozence. Zralý novorozenec je schopen se učit – hledá souvislosti v podnětném okolí a získává z nich zkušenosti.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing a.s. ...2006, s. 36

Dokonce aktivně vyhledává „problémy“ v okolí a pátrá po jejich správném řešení. Je tedy už při narození vybaven schopností jednoduchých myšlenkových pochodů a jeho chování je velmi aktivní.

To, co se naučil, je novorozenec schopen uchovat i déle než 24 hodin. Brzy už dokonce objevuje, že existuje vztah mezi jeho vlastním chováním a následky tohoto chování v okolí. Získal už tedy základ pro pochopení principu kauzality. Učí se aktivně si vyhledávat příjemné a vyhýbat se nepříjemnému.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing a.s. ...2006, s. 36

### 3. KOJENECKÉ OBDOBÍ

Jak dnes už víme krátké, ale v mnohém pro další vývoj rozhodující novorozenecké období ukazuje zřetelně základní vrozené dispozice dítěte – jeho předpoklady pro účinnou interakci se světem okolních věcí a pro sociální interakci s lidmi. V následujících obdobích zbývajících měsíců prvního roku se dispozice rozvinou tak, že dítě je schopno ve všech těchto směrech aktivity záměrně řídit. Ovládá postupně své tělo tak, že je na konci prvního nebo počátkem druhého roku schopno stát ve vzpřímeném postoji, dovede uchopovat a pouštět záměrně věci, rozvinulo svou praktickou inteligenci, je připraveno pro zahájení řečové komunikace a navázalo specifické vztahy k lidem, kteří o ně pečují.

Prudký psychický vývoj dítěte v prvním roce jeho života má zákonitý průběh a je jistě z velké části určován tělesným růstem a zejména zráním centrální nervové soustavy, i když vnější podmínky mohou vývoj závažně pozdržet.

#### 3.1 Tříměsíční dítě

Leží v poloze na znak již v symetrické poloze s ručkama většinou otevřenýma. Je tedy již lépe připraveno zachytit zrakem předmět ležící ve střední rovině před ním a volnější ruce jsou už také pozvolna připravovány na aktivní úchop, který se objevuje v dalším tříměsíčním období. Držíme-li dítě v sedu s oporou pod pažemi, je hlava většinou již vzpřímená, ale páteř tvoří stále velký oblouk. Ve stoji se dítě vzpírá zatím jen málo. Při položení na břicho se začíná opírat o předloktí, přičemž hlava je držena pevně, směrem šikmo na podložku. V dalším měsíci se již opírá o dlaně a hlavičku drží vzpřímeně tváří kolmo k podložce.

Tříměsíční dítě rychle zpozoruje předmět ležící ve střední čáře v dostatečné blízkosti a sledování pohybujícího se předmětu je již velmi plynulé. Dítě předmět sleduje pohyby očí i hlavy ve všech směrech i do kruhu. Pozvolná příprava na aktivní úchop je naznačena v živých pohybech rukou při spatření předmětu.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishong a.s. ...2006, s. 48 - 54

Koordinovaný pohyb směrem k předmětu však dítě skutečně ovládne až mezi 4. a 5. Měsícem věku. V tomto věku již také dokáže odhadnout vzdálenost předmětu a ze dvou nabízených předmětů sahá na předmět bližší.

Hlavním komunikačním prostředkem je v tomto věku stále ještě pláč. Dítě se po narození rychle učí, že křik je účinným prostředkem, kterým si zajistí nejenom péči a ochranu v případě nutnosti, ale že mu pravidelně přináší i pozitivní pozornost matky, její laskání, hravé interakce a jídlo. V prvních měsících po narození proto množství pláče narůstá, vrcholu dosahuje u většiny dětí někdy kolem druhého měsíce věku. Ve třech měsících je už křik většinou méně častý a dítě již začíná vydávat první hlásky, které budou později tvořit součást jeho řeči. Zpravidla dlouhé samohláskové zvuky. Toto broukání můžeme u většiny dětí pozorovat již kolem osmého týdne života. Ve třech měsících se děti začínají již i hlasitě smát.

### **3.2 Šestiměsíční dítě**

Dítě tohoto věku se přidrží podaných prstů a přitahuje se do sedu. S oporou sedí již vzpřímeně, s hlavou pevnou a páteří zakřivenou jen v bedrech. Bez opory je schopno se chvilku udržet v sedu. Ve stoji se už výrazně vzpírá, když je držíme v podpaží. O měsíc později se ve stoji udrží úplně, jestliže se přidržuje za ruce.

Šestiměsíční dítě již také bez problémů zvládá uchopování větších předmětů. Do šesti měsíců dítě uchopené hračky většinou jen krátce přidrží, ale po šestém měsíci s nimi manipuluje již daleko aktivněji – bouchá hračkou o podložku, záměrně s ní třepe, překládá ji z ruky do ruky. Schopnost vnímání se dále zjemňuje a zraková ostrost šestiměsíčního dítěte se již příliš neliší od dospělých.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing a.s. ...2006, s. 54



Jeho příprava na řeč pokročila o další stupeň – začíná žvatlat, tj. vyslovovat slabiky. Hlasem již dobře dokáže vyjádřit své pocity, i svoji nespokojenost dává často najevo jinak než pláčem.

### 3.3 Osmý až devátý měsíc

Dítě v tomto věku se již dokáže samo bez pomoci posadit, sedí pevně a vzpřímeně, libovolně dlouho, a nespadne, ani když se otáčí nebo předklání či zaklání. Svět vidí nyní převážně v horizontální rovině, kde je mnohem více významných podnětů než při pohledu v leže. Začíná ložit, může se tak aktivně zmocnit předmětů, které mu byly zatím mimo dosah. Dokonce se již vytáhne za ruce do stoje na nohou, když se může držet mřížek postýlky či ohrádky. O něco později dítě začne v ohrádce chodit okolo.

Je schopné nyní uchopit i malé předměty (drobky, korálky, provázek), které při dřívějších pokusech o jejich polapení proklouzly z dlaně. Výrazně obtížnější než věci uchopit je pro dítě jejich aktivní pouštění. Teprve nyní začíná věci záměrně pouštět, většinou je s nataženou rukou vyhazuje z kočárku nebo z postýlky a sleduje jejich pád zrakem.

Vývoj vnímání také pokročil a s vývojem se současně mění i typ podnětů, kterým dává dítě přednost. V prvních měsících života přitahuje zrakovou pozornost dítěte především detaily a drobné předměty (drobečky, šňůrka či řetízek na krku matky).

Zdokonaluje se i schopnost manipulace. Někdy kolem osmého měsíce začíná dítě v praktické činnosti objevovat vztahy mezi předměty – cíleně tluče nebo strká kostku do kostky, dokáže vyjmout drobný předmět z nádoby a kolem devátého měsíce se pokouší, i když zatím neúspěšně, jej i vkládat zpět.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing a.s. ...2006, s. 54 - 56

Radikální změna začíná někdy kolem devátého měsíce také v řeči. Většina dětí v této době začíná rozumět jednoduchým výzvám („udělej pápá“) a u mnohých se objevuje už i první slůvko, tj. zpravidla jednoduchý slabičný tvar spojený už s určitým významem, i když pochopitelně velmi neurčitým (např. „ba“ může znamenat „bác“ spojené s vyhazováním hraček). Je ovšem třeba zdůraznit, že individuální variabilita je zde mnohem větší než v jiných oblastech vývoje dítěte – některé děti začínají mluvit brzy, jiné mnohem později, ale jejich další vývoj se zpravidla do značné míry vyrovnává.

Vzrůst pohybových dovedností dovoluje dítěti už i větší samostatnost – kolem osmi měsíců si dokáže samo držet lahvičku při pití a pije i z hrnku (ovšem pomocí dospělého), kouše také rohlík či sušenku, které si samo drží v ruce.

Dosažení prvního roku života je zpravidla velkým svátkem v rodině, kde nechybí dort s jednou svíčkou, ale z vývojového hlediska nepřináší 12. Měsíc takový kvalitativní skok jako tři měsíce předtím a několik měsíců později. Roční dítě už sice zpravidla chvíli stojí bez přidržování, ale chodí dosud pouze vedeno za ruku. První samostatné krůčky se už sice u mnoha dětí objevují, ale volná chůze v pravém smyslu to ještě není. Teprve o nějaký měsíc později dovede dítě stát, rozejít se do volného prostoru, znovu se zastavit a jít dál.

Hra ročního dítěte je sice stále převážně prozkoumáváním hraček či prostoru, ale přece jen je již vyspělejší, než tomu bylo v devíti měsících. Roční dítě už předměty rozlišuje podle jejich vlastností a zachází s různými věcmi různým způsobem: gumovou hračku mačká, aby zapískala, autíčko dovede postrčit, z kostek se pokouší, i když většinou neúspěšně stavět „věž“, hřebínek přikládá k vlastní hlavičce nebo i k vlasům své matky.

Řeč však v tomto věku mnoho nepokročila. Dítě sice rozumí většímu počtu slov i slovních výzev, ale vlastní mluvení se zpravidla nedostalo za několik jednoduchých slůvek s nejistým významem.

Dítě si však navazuje specifický vztah k jedné osobě, zpravidla k matce. Ve stáří sedmi měsíců je při odloučení od matky např. při hospitalizaci v nemocnici zjištěn klasický separační obraz s protestem na začátku, s negativismem vůči personálu a odmítáním okolí. Po návratu domů vzniká postupná readaptace, kdy dítě dává najevo nejistotu a nadměrnou závislost na matce.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing a.s. ...2006, s. 56 - 71

Naproti tomu u kojenců mladších než sedm měsíců nevyvolala separace žádný protest a cizí osoby byly akceptovány jako náhrada za matku poměrně dobře. V každém případě je však projev separační úzkosti znakem normálního emočního vývoje dítěte. Naopak ústavní děti, které neměly příležitost specifický vztah k jedné osobě navázat, tyto emotivní reakce nevykazují, což naznačuje, že vývoj jejich osobnosti byl v základech ohrožen. Specifický vztah k matce je skutečně základem rozlišených intimních spolehlivých vztahů k lidem vůbec – může být pokládán za prototyp přátelských vztahů a později vztahů partnerských a rodičovských.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing a.s. ...2006, s. 56 - 71

## 4. BATOLECÍ OBDOBÍ

Ve druhém a třetím roce života již dítě není malé a pouze na pomoc odkázané nemluvnátko. Mělo samozřejmě, jak jsme viděli, základní lidské vlastnosti od samého narození, ba dokonce ještě dříve. Teprve teď na začátku druhého roku života získává dítě ve skutečnosti druhově specifické charakteristiky, které člověka odlišují od ostatních živočišných druhů – chodí vzpřímeně a začíná mluvit. Právě tyto lidské vlastnosti jsou v počátečním rychlém rozvoji, takže vzbuzují pobavenou pozornost okolí. Nikdy však patrně není dítě tak roztomilé a současně ani tak vzdorovité a náročné na čas a trpělivost rodičů.

U vnějšího chování vidíme hlavní pokrok ve dvou oblastech: v hrubé i jemné motorice a v řeči.

Vývoj hrubé motoriky je patrný na první pohled. Průměrné dítě v jednom roce sice začíná obvykle s prvými nedokonalými samostatnými krůčky, ale teprve mezi třináctým a patnáctým měsícem začíná chodit samostatně tak, že se rozejde z volného postoje, ujde několik kroků a umí se zase zastavit, aniž by se něčeho přidrželo. Chůze je pro ně nyní účinnější způsob pohybu v prostoru než lezení, od kterého je proto rychle upuštěno (v roce třeba sice už chodilo, ale chtělo-li se něčeho rychle zmocnit, bylo pro ně jistější hbitě tam po čtyřech dolézt). Jeho chůze je ovšem zprvu nejistá, často padá tím způsobem, že si „čapne“ na zadeček. Od patnáctého měsíce je již chůze jistější, padá zřídka a dovede i utíkat. Dvouleté dítě již utíká dobře a už téměř nepadá, zvládá mnohem lépe i nerovnosti terénu, bez potíží překračuje práh apod. U zdravého dítěte probíhá celý vývoj bez větších potíží. Jak složitý je celý proces ovládnutí opravdu účinné chůze, vidíme však u dětí s nějakým třeba i mírným pohybovým defektem. Všechny jednotlivé stupně jsou tam jakoby rozloženy a probíhají mnohem pomaleji. Prvý krůček od tatínka k mamince, dva tři krůčky do prostoru mezi nábytek, více kroků po rovné podlaze, dlouho trvající nejistota při chůzi po trávě, do kopce, přes práh a podobně. I pro zdravé dítě představují schody zvláštní nároky. Jsou ostatně už svými rozměry přizpůsobeny dospělým. Málokdo z dospělých si vůbec představí, jaké by měl obtíže, kdyby šel do schodů, které by mu sahaly po pás. A přece i tento úkol dítě v batolecím období zvládne. Na začátku do schodů jen leze, ale brzy (kolem jednoho a půl roku) chodí nahoru dobře, když je vedeno za jednu ruku.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishong a.s. ...2006, s. 72 - 80

Ve dvou letech většina dětí jde do schodů i bez přidržování, zpravidla přisunováním nohou na každém schůdku a ve dvou a půl letech alespoň nahoru chodí po způsobu dospělých se střídáním nohou. Chůze ze schodů dolů je obtížnější a vyžaduje dovednost, které dítě dosahuje zpravidla až kolem tří let. Kolem dvou let již batole umí také poskočit snožmo na místě a skáče rádo z malé výšky (poslední schod, obrubník), ale pravý schod s překonáním určité vzdálenosti se mu podaří až o rok později. Před třetím rokem obvykle zvládne dovednosti jízdy na tříkolce.

Jemná motorika, tj. pohyby rukou a prstů při uchopování, pouštění a manipulování, se rychle zdokonaluje. Upustit předmět záměrně a přesně je obtížný úkol, jeho splnění vyžaduje složitou souhru neuromuskulárních funkcí. Koncem kojeneckého období ovládalo dítě již poměrně dobře uchopování i velmi drobných předmětů, ale pouštění mělo spíše ráz vyhazování či „vrhání“. Teprve po dosažení prvního roku je akt pouštění předmětu jemnější a lépe načasovaný, takže je schopno postavit například dvě kostky na sebe. Pro osmnáctiměsíční dítě není již věž z několika kostek žádný problém a při manipulaci začíná být i pružnější. Kolem dvou let dokáže kostky napodobivě řadit jak svisle, tak i vodorovně. Tříleté dítě již také zvládne složitý akt navlékání korálků na provázek. Dítě je stále lépe schopno rozlišovat i statické tvary (přiřadit základní geometrické tvary k příslušným otvorům).

Druhá oblast, ve které dochází v tomto období k rozhodujícímu pokroku, je oblast řeči. Už koncem prvního roku dává dítě najevo porozumění řeči tím, že vykonává nějakou jednoduchou reakci na výzvu (udělej „pápá“) ale také na zákaz („ne-ne“) doprovázený příslušným gestem nebo mimikou. Rozumí už i názvům několika běžných předmětů a vyhledává je na pokyn očima („kde máš boty“). Také se objeví první vlastní slůvka na konci prvního roku, ale je to zprvu jen několik málo výrazů dětské hantýrky, které rozumí jen rodiče. Často je to napodobování různých zvuků, hlasů zvířat nebo lidských výkřiků. Teprve ve druhé polovině druhého roku života dítě začíná opravdu chápat význam slov, mnohem většímu počtu slov rozumí a také jich začíná mnohem více využívat. Ve 12 měsících užívá dítě kolem 6 slov, v 18 měsících 20 až 30 slůvek a ve dvou letech 200 až 300 slov. Důležité však je, že v době, kdy začíná onen urychlený nárůst slovníku, dítě již chápe, že každá věc má své jméno. Proto se přece tolikrát za den ptá „Co to je?“<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing a.s. ...2006, s. 81 - 87

## 5. PŘEDŠKOLNÍ OBDOBÍ

V širokém smyslu slova se jako předškolní věk označuje celé období od narození až do vstupu do školy. Takové široké období má svůj praktický význam při plánování sociálních a výchovných opatření pro děti před jejich povinnou školní docházkou. V užším slova smyslu jde o věk mateřské školy. Tříleté dítě zakončilo důležitou etapu, v níž se naučilo chodit a pohybovat po způsobu dospělých. Chodí i běhá po rovině stejně dobře jako po nerovném povrchu, padá jen velmi zřídka, chodí do schodů i ze schodů bez držení. Nyní přichází období, ve kterém jsou změny méně nápadné, neboť se již tolik netýkají vážných lidských dovedností. Přesto jsou to změny velmi významné, neboť silně ovlivňují místo, které dítě zaujme ve společenství vrstevníků svou pohybovou obratností ve hrách, a jsou podstatné i pro další vývoj soběstačnosti dítěte.

Tříleté dítě ovládá již své pohyby rukou natolik, že mu nedělá potíže napodobit různý směr čáry. Dovede napodobit vertikální, horizontální i kruhové čáry, třeba jenom podle předlohy. V pátém roce je schopno napodobit čtverec a asi v šestém roce trojúhelník. Kresba pětiletého dítěte však odpovídá již předem stanovené představě, je mnohem detailnější a také prozrazuje lepší motorickou koordinaci

Také řeč se během předškolního období značně zdokonalí. Během čtvrtého a pátého roku se většina dětí zdokonalí natolik, že dětská „patlavost“ vymizí už před začátkem školní docházky buď zcela, nebo se odstraní během prvního roku školní docházky spontánně či s malou logopedickou pomocí. Vývoj řeči dovoluje i růst poznatků o sobě samém a o okolním světě. Již tříleté dítě zcela zná celé své jméno a umí na dotaz udat své pohlaví. Správně označuje hlavní barvy a kolem pěti let podá jednoduchou definici známých věcí. V předškolním věku si také osvojuje základy počítání.

Rodina zůstává i v předškolním období nejvýznamnějším prostředím, které zajišťuje primární socializaci dítěte. Socializace ovšem probíhá po celý život člověka, a to ve sledu rozmanitých interakcí jedince s druhými lidmi. Předškolní období může být po této stránce do jisté míry chápáno jako kritické, zejména pokud jde o osvojování sociálních kontrol a sociálních rolí.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Langmeier, Josef., Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing a.s. ...2006, s. 87 - 103

## **6. STANDARDY RANÉ PÉČE**

### **6.1 Raná péče**

Je komplex služeb orientovaný na celou rodinu dítěte raného věku se zdravotním postižením a ohrožením vlivem biologických faktorů nebo vlivem prostředí. Služby jsou zaměřeny na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte.

### **6.2 Cíl rané péče**

1. Snížit negativní vliv postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a na jeho vývoj.
2. Zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy.
3. Posílit kompetence rodiny a snížit její závislost na sociálních systémech.
4. Vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky sociální integrace.

### **6.3 Uživatel služby rané péče**

Služby rané péče užívá dítě a jeho rodič, jestliže je u dítěte zjištěno zdravotní postižení (smyslové, tělesné, mentální nebo kombinované), a nebo je ohrožen zdravý vývoj dítěte v důsledku sociálního prostředí. Služby rané péče jsou rodině poskytovány od zjištění rizika (včetně zjištění postižení nebo ohrožení dítěte během prenatálního období) do doby, kdy pominou důvody pro poskytování služeb rané péče.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Raná péče, Standardy rané péče / Intervence, Praha: Společnost pro ranou péči... 2006, S.1

Maximálně však do nástupu dítěte do předškolního nebo školního zařízení, zpravidla do dosažení věku 4 let (u dítěte se zdravotním postižením, s ohrožením vývoje), nebo do dosažení věku 7 let (u dítěte s kombinovaným zdravotním postižením).

Mimo kritéria týkající se věku, případně specializace pracoviště, nesmí být při přijímání klient diskriminován pro své pohlaví, rasu, jazyk, náboženství, politické přesvědčení, sociální postavení a finanční možnosti. Při prvním kontaktu, který probíhá ve středisku nebo v terénu, je potencionální klient informován o nabídce služeb, podmínkách, za jakých se může stát klientem, jaká jsou kritéria a za jakých podmínek (i finančních) mu budou poskytovány služby rané péče. Poskytovatel vyslechne a zaznamená objednávku a domluví se na termínu komplexního týmového posouzení. Toto týmové posouzení zjišťuje individuální potřeby, objednávku rodiny, úroveň psychomotorického vývoje dítěte. Rodiče jsou v tomto procesu aktivní a jejich sdělení mají stejnou platnost jako sdělení odborníků. Poté tým rozhodne, zda se rodina stane klientem služeb rané péče. Jestliže se rodina nestane klientem, jsou ji doporučeny odpovídající služby.

## 6.4 Principy služeb rané péče

Pracoviště rané péče musí při poskytování služeb rané intervence naplňovat tyto principy:

**Princip důstojnosti-** respektovat individualitu dítěte a kulturní, sociální a výchovné zvláštnosti každé rodiny. Jednat s klientem v každé situaci dle zásad partnerství. Prostor pro ambulantní program je zařízen tak, aby klienty neurážel a nesnižoval jejich důstojnost. Dokumentace je vedena s ohledem na důstojnost klienta.

**Princip ochrany soukromí klienta-** během konzultace v domácím prostředí klienta vstupuje pracovník služeb rané intervence pouze na místa, kam je zván. Veškeré informace o klientovi jsou poskytovány pouze s jeho souhlasem. S dokumentací o klientovi se nakládá jako s důvěrným materiálem.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Raná péče, Standardy rané péče / Intervence, Praha: Společnost pro ranou péči... 2006,S.2



**Princip zplnomocnění-** pracovník respektuje právo klienta na kvalifikované a objektivní informace v množství, jaké si vyžádá a právo a zodpovědnost klienta rozhodovat o sobě. Při plánování a hodnocení programu služeb rané intervence jsou rodiče členy interdisciplinárního týmu. Služby rané intervence podporují právní vědomí rodin a sounáležitost klientských skupin.

**Princip nezávislosti-** služby rané intervence podporují u rodičů a dítěte nacházet a využívat vlastní zdroje a schopnosti ke zvládnutí situace, v níž se nacházejí. Služby jsou klientovy poskytovány takovým způsobem, aby nečinily rodinu závislou na žádné výchovně-vzdělávací instituci ani pohybové (ústavní) instituci, od nichž musí být služby rané intervence obsahově, finančně i personálně odděleny.

**Princip práva volby-** klient se může rozhodnout pro přijetí či nepřijetí nabízených služeb. Služby rané intervence jsou koncipovány na základě spolurozhodování o výběru služeb a tvorbě individuálního plánu.

**Princip týmového přístupu a komplexnosti služeb-** spolupráce externích a interních členů v interdisciplinárním týmu a jejich vzájemná informovanost přináší ve svých důsledcích kvalitativní, časové a ekonomické výhody pro klienta a společnost. Klient je zván k rozhodujícímu jednání.

**Princip přirozenosti prostředí-** převážná část služeb je klientům (podle specializace pracoviště) poskytována v přirozeném prostředí dítěte, tj. v rodině. Služby rané intervence volí takové metody, které podporují přirozené prostředí v rodině i komunitě dítěte, kde je speciálního pouze tolik, kolik je nezbytně třeba. Pracovník si domlouvá domácí konzultace tak, aby respektoval běžný chod a rytmus rodiny.

**Princip kontinuity péče-** v rámci ukončování péče je klient informován o návazných službách a je mu nabídnuto jejich zprostředkování v regionu. Služby rané intervence podporují sociální integraci dítěte a jeho rodiny v rámci komunity a regionu.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Raná péče, Standardy rané péče / Intervence, Praha: Společnost pro ranou péči... 2006,S.2 - 3

## 6.5 Personální standarty

Pracovníci rané péče pracují v interdisciplinárním týmu, který tvoří poradce rané péče a rodič dítěte. Aby klientům mohly být zajištěny adekvátní služby, měly by být v interdisciplinárním týmu zastoupeny tyto profese:

- Speciální pedagog
- Sociální pracovník
- Psycholog
- Fyzioterapeut
- Ergoterapeut
- Lékař/odborný lékař

Složení týmu se liší podle specializace pracoviště (zaměření na cílovou skupinu klientů) a podle skladby odborných služeb. Jednotliví členové týmu nemusí být zaměstnáni na jednom pracovišti, poskytovatel služeb rané péče může pro některé služby zajistit externí spolupracovníky a konzultanty, kteří se stanou členy širšího týmu. V týmu mají být zastoupeni další odborníci tak, aby bylo zabezpečeno kvalifikované komplexní posuzování dítěte, dostatečná podpora rodiny, plnění plánu intervencí a terapií. Členové týmu naplňují společný individuální plán raně poradenských služeb vytvořený pro konkrétního klienta a vyměňovat si o něm informace.

Poskytovatel služeb rané péče pečlivě vybírá pracovníky do svého týmu. Při výběru dbá na kvalifikaci a odbornost pracovníků. Přípravenost pracovníka pro práci v oboru rané intervence spočívá v teoretickém a praktickém osvojení si těchto okruhů: raný vývoj dítěte (zdravého i s postižením), možnosti a metody stimulace a podpory vývoje dítěte v raném věku, práce s rodinou a podpora rodiny, základní krizové intervence, formy rané péče. Pracoviště rané péče má také vypracovaný systém zaškolování pracovníků. Plán zaškolování musí obsahovat: seznámení s dokumentací, chodem pracoviště, předepsaný počet hodin práce s klienty pod supervizí, absolvování předepsaných kurzů a seminářů, seznam literatury.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Raná péče, Standardy rané péče / Intervence, Praha: Společnost pro ranou péči... 2006,S. 3 - 8

Pracovníci mají možnost zvyšovat si svou kvalifikaci v oborech souvisejících s jejich pracovním zařazením a potřebami jejich klientů, k dalšímu vzdělávání jsou motivováni a rozvoj jejich znalostí a dovedností je monitorován.

## **6.6 Dohoda o poskytovaných službách**

Služba rané péče je předmětem jasně formulované dohody mezi poskytovatelem a klientem, která je vyjádřením shody mezi nabídkou poskytovatele a objednávkou klienta. Klientům jsou poskytnuty všechny potřebné informace o službách poskytovatele a možnostech jejich využívat. Dohoda může být kdykoli znovu projednána a v případě souhlasu obou stran měněna a doplňována dle aktuálních potřeb. V dohodě bude uvedeno: kdo je poskytovatel, kdo je klient, co bude poskytovatel poskytovat (konkrétně jednotlivé služby), jakým způsobem (např. v terénu, při domácích konzultacích, ve středisku, ambulantně), jaké je složení týmu, jaké jsou finanční podmínky (služby jsou poskytovány zdarma či za poplatek), způsob podávání a vyřizování stížností klienta. Přílohou dohody bude plán poskytování služeb na určité časové období. Klient má svého zodpovědného pracovníka a ví, jak a s čím se na něj může obracet.

## **6.7 Plánování služeb**

Přijímání klientů, poskytování služeb a propouštění klientů z péče je plánováno v přiměřeném časovém horizontu. Poskytovatel naplňuje všechny služby v termínu, na kterém se s klientem domluví. Poskytování služeb je plánováno s ohledem na kapacitu, personální obsazení, vybavení a specializaci pracoviště. Před zahájením a během poskytování služeb se zodpovědný pracovník seznámí s klientovou dokumentací (se souhlasem klienta) a připraví se na průběh služby po stránce odborné i praktické.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Raná péče, Standardy rané péče / Intervence, Praha: Společnost pro ranou péči... 2006, S. 8 - 9

## **6.8 Poradenství**

Pracovníci služeb rané péče poskytují klientovi speciální poradenství v oblastech, které vyžadují odlišný přístup a informace, než je u běžné populace. Poradce používá vypracované metodiky a postupy speciálního poradenství. Poradenství se poskytuje formou rozhovoru při osobním setkání, telefonicky, písemně, prostřednictvím zapůjčené doporučené literatury, formou semináře, zprostředkovanou zkušeností jiného klienta. Poradenství se plánuje a poskytuje v závislosti na zakázce rodiny. Určený pracovník konzultuje s ostatními členy interdisciplinárního týmu, kterou klientovi zprostředkuje.

## **6.9 Podpora interakce s dítětem**

Poskytovatel rané péče dbá, aby určený pracovník podporoval a zlepšoval konkrétní způsoby interakce mezi rodiči a dítětem. Je třeba respektovat individualitu, zvláštnosti a potřeby konkrétní rodiny i jejich jednotlivých členů. Velmi důležitá je podpora komunikace i interakce v rodině s ohledem na specifika klienta.

## **6.10 Ukončení služby**

Služba rané péče se řídí ustálenými pravidly pro ukončení služby. Klient je seznámen s časovým rozpětím rané intervence a s kritériem věkové hranice klientely. V případě ukončení poskytování služby z důvodu věku dítěte je třeba poslední tři měsíce před dovršením věkové hranice (4 a 7 let) věnovat pozornost ukončení služby a přechodu klienta do organizace poskytující návaznou péči. V tomto období musí klient obdržet písemné informace o existující návazné péči v regionu (o školských zařízeních, speciálních poradenských centrech), cílem služeb rané péče v tomto období je pomoci klientovi ve vstupu do předškolního či školního programu.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Raná péče, Standardy rané péče / Intervence, Praha: Společnost pro ranou péči... 2006., S. 10 - 14

Poskytovatel služeb vypracuje Zprávu o rané péči a předá ji rodičům, popř. ji na přání rodičů předá např. speciálnímu předškolnímu zařízení. Tato zpráva je vypracována ve spolupráci s klientem, který svůj souhlas stvrdí podpisem, stejně jako zodpovědný poradenský pracovník. Klient si je vědom možnosti a důležitosti účastnit se na vypracování Zprávy o rané péči. Poskytování služeb je možno ukončit kdykoliv na písemnou žádost klienta. Poskytovatel může ukončit služby po předchozím upozornění dlouhodobém hrubém porušení dohody klientem.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Raná péče, Standardy rané péče / Intervence, Praha: Společnost pro ranou péči... 2006, S. 10 - 14

## 7. ANALÝZA SITUACE RANÉ PÉČE V EVROPĚ

Důvod, proč byla tato otázka vypracována, koresponduje s potřebou hlubšího zkoumání v této důležité sféře. Toto úsilí je v souladu s hlavními principy, jež jsou zdůrazňované klíčovými mezinárodními organizacemi jako jsou Spojené Národy (U.N.) a UNESCO, jež obě daly své pozice v oblasti boje za práva dětí a jejich rodina jasně najevo.

Dítě musí mít právo vyrůstat a dospívat ve zdraví. Z tohoto důvodu má být jemu i jeho matce v případě potřeby poskytována speciální péče a ochrana, a to včetně prenatální a postnatální péče (U.N. 1959, Princip 4).

Stát uznává právo postiženého dítěte na speciální péči a je zodpovědný za podporu a zajištění patřičné pomoci, závislé na dostupných zdrojích, jak danému dítěti tak těm, kteří jsou zodpovědní za péči o ně a kteří o pomoc požádají, přičemž pomoc musí být adekvátní stavu dítěte a okolnostem v rodině, popř. prostředí, v němž je vychovááno (U.N. 1989, článek 23 §2).

Státy by měly zajišťovat podmínky pro realizaci programů vedených multidisciplinárními odbornými týmy zaměřenými na včasnou diagnostiku, vyhodnocení a péči o postižené. Taková opatření mohou zabránit, redukovat či zmírnit následky postižení (U.N. 1993, Pravidlo 2 §1).

Raná péče a vzdělávací programy pro děti do šesti let by měly být rozvíjeny a/nebo orientovány tak, aby podporovaly fyzický, duševní a sociální vývoj a pohotovost ke vzdělání. Tyto programy mají velkou ekonomickou hodnotu pro jednotlivce, rodinu a společnost v tom smyslu, že zabraňují zhoršovat stavu postižení (UNESCO, 1994, §53).

Včasná intervence neboli raná péče je důležitou službou jak na profesní tak na politické úrovni. Souvisí s právem malých dětí a jejich rodin na získání podpory, kterou mohou potřebovat. Cílem rané péče je podporovat a posilovat dítě, rodinu a potřebné služby, což pomáhá vytvářet inklusivní a soudržnou společnost, která si je vědoma práv dětí a jejich rodin.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Raná péče, Analýza situace v Evropě, Evropská agentura pro rozvoj speciální pedagogiky... Belgie 2005 S. 7 - 11

Důležité dokumenty publikované v posledních dvaceti až třiceti letech ukazují na vývoj myšlenek a teorií vedoucích k novému konceptu rané péče, ve kterém už jsou přímo zahrnuty poznatky z medicíny, pedagogiky a společenských věd (zejména psychologie). Toto nové pojetí se zaměřuje na vývoj dítěte a na vliv sociální interakce na vývoj člověka jako takového a na dítě obzvláště. Tím zdůrazňujeme posun z užšího zaměření pouze na dítě k přístupu širšímu, zaměřenému také na rodinu a prostředí, které dítě obklopuje. Tento přístup koresponduje s rozvojem v oboru speciální pedagogiky. Můžeme tedy hovořit o posunu od medicínského modelu k modelu sociálnímu.

Přístupnost, blízkost, finanční dostupnost a rozmanitost se zdají být společnými rysy evropských služeb rané péče. Na požádání rodiny bývá poskytována celá škála dostupných služeb a/nebo opatření. Takové služby a opatření by měly být nabídnuty co nejdříve, do nákladů rodiny by měly zasahovat co nejméně, popř. být zcela zdarma a měly by být poskytovány kdykoliv a kdekoliv je potřeba, pokud možno na lokální úrovni. Dané služby musí odpovídat potřebám rodin.

Také zdravotnické, sociální a vzdělávací služby by měly být v programu rané péče zahrnuty a stejně tak by měly nést svůj díl zodpovědnosti. Odpovídá to teoretickému zázemí rané péče, které spočívá v různých disciplínách a společenských vědách. Medicína, humanitní a společenské vědy jsou navzájem propojeny právě vztahem k vývoji dítěte a to by se mělo v rané péči odrazit. Neexistuje model, na který bychom se mohli plně spolehnout. K vytvoření široké báze v přístupu k rané péči, jež se zaměřuje na dítě a rodinu přispěly rozličné teorie a modely. Patrný je posun od medicínského modelu k sociálnímu.

Organizace rané péče není ve všech zemích, které jsou do této problematiky zahrnuté, homogenní. Nicméně, všechny země bezesbytku poskytují určitý druh služeb a podpory zaměřené na malé děti (od narození dále) a jejich rodiny. V některých severských zemích např. zdravotní sestra pravidelně navštěvuje všechny děti přímo v jejich domovech a poskytuje poradenství a podporu rodičům po dobu maximálně jednoho roku. Toto pravidelné sledování může být ovšem prodlouženo až na dva a půl roku v případech, kdy jsou zjištěny nějaké rané potíže. I jiné země aplikují systém sledování zdravotní sestrou, většinou však na sekundární úrovni, pokud jsou u novorozeněte zjištěny rizikové příznaky.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Raná péče, Analýza situace v Evropě, Evropská agentura pro rozvoj speciální pedagogiky... Belgie 2005. S. 20 - 31

V případech diagnostikování problémů v raném věku, bývají nabízeny různé služby v široké škále. Někdy bývá raná péče poskytována specializovaným týmem v nemocnicích, avšak většinou bývají v těchto momentech zapojovány sociální a pedagogické služby.

## 7.1 Německo – Mnichov

V Německu poskytuje ranou péči dětem s postižením více než tisíc institucí. Tato centra rané péče jsou většinou provozována velkými celostátními nevládními organizacemi jako je Caritas, Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband či Lebenshilfe. Systém rané péče se v jednotlivých spolkových zemích liší. Mají odlišné struktury, systémy financování a zařízení. Zahrnují interdisciplinární centra rané péče, socio-pediatriká centra, speciální mateřské školy, vzdělávací a rodinná poradenská centra. Zpráva o „Včasné diagnostice a Rané péči u dětí s postižením“, kterou v roce 1973 zpracoval na žádost Německého Ministerstva školství Otto Speck, se stala základem pro vytvoření systému komplexní rané péče v počátcích v Bavorsku. Zpráva doporučovala regionální, na rodinu zaměřená a interdisciplinární centra pro ranou péči.

Intervenci potřebují v Bavorsku 4% dětí do 3 let věku. V roce 2002 již 123 regionálních center rané péče tvoří dobře fungující síť rané pomoci, která je všem lehce na dosah. Žádné centrum není od rodiny vzdálené více než 10km. Péče je poskytována 25 000 kojenců a malých dětí, z nichž 50% tvoří ambulantní pacienti a 50% využívá služeb mobilních týmů přímo doma. Děti tvořící klienty rané péče mají rozličná postižení. Průměrný věk se pohybuje kolem 3-4 let. Zhruba 14% pacientů (více než 25% v městských oblastech) jsou imigranti.

V závislosti na konkrétních potřebách sestává péče z jednoho až dvou sezení týdně po dobu dvou let. V týmu rané péče pracuje neustále průměrně 11 terapeutů z různých oborů. V průměru zůstává kolektiv pracovníků v jednom centru 5-7 let, což umožňuje posilování



kompetencí týmu. Týmová práce je základem pro úspěšnou intervenci. Odborníci se vzájemně doplňují.<sup>25</sup>

Taková spolupráce mezi experty vyžaduje sdílení názorů a nápadů týkajících se každého jednotlivého případu, stejně tak shodu v základních konceptuálních otázkách, hodnotách, cílech, specializacích a organizačních záležitostech.

Raná péče je poskytována zdarma a všem bez rozdílu. Centra získávají peníze za běžná týdenní jedno či dvě sezení, spolupráce s rodiči, interdisciplinární týmovou práci a spolupráci s externími partnery. Raná péče je financována z různých zdrojů: od zdravotního pojištění, od Bavorského Ministerstva školství a Bavorského Ministerstva sociálních věcí. Kde diagnóza a intervence je zaměřena výhradně na individuální potřeby a prostředí dítěte.

## 7.2 Švédsko – Västerås

Švédská filozofie dětství považuje toto vývojové období za jedinečné v životě člověka. Dětství má svou vlastní hodnotu a není vnímáno pouze jako čas přípravy na dospělost. Důležitou úlohu pro člověka vychovávajícího malé dítě je proto vytvářet mu příležitost pro hru.

Zodpovědnost za základní služby všem lidem mají místní orgány (obecní úřady – celkem 289). Regiony s 20 okresy řízenými okresními radami odpovídají ve Švédsku za zdravotní a zubní péči, která je pro všechny děti a mladistvé zdarma.

Raná péče může být ve švédských podmínkách definována jako uplatňování intervence vůči dětem s potřebou speciální podpory ve věku od narození do začátku školní docházky, tj. 6 nebo 7 let. Služby rané péče jsou směřovány přímo na dítě v rodině, popř. v jeho blízkém prostředí. Jak komunity, tak okresní rady nesou odpovědnost za ranou péči s rozličnými cíli a cílovými skupinami intervence.

---

<sup>25</sup> Raná péče, Analýza situace v Evropě, Evropská agentura pro rozvoj speciální pedagogiky... Belgie 2005 S. 20 - 31

Na úrovni primární prevence je to především komunita, která nese hlavní zodpovědnost za prospěch všech dětí a rodin, jakož i za zajištění přijatelných životních podmínek pro všechny. Na úrovni sekundární odpovídá komunita za intervenci prostřednictvím předškolních a různých pečovatelských programů.<sup>26</sup>

Na terciální úrovni je komunita zodpovědná za udržování zdravého prostředí pro děti a rodince, aby poskytovala zdravotnické a jiné služby medicínského druhu.

Rodinně orientované přístupy znamenají mimo jiné realizaci intervence v přirozeném prostředí, v každodenním životě. Raná péče ve Švédsku je proto primárně prováděna v jednom z prostředí, které je pro dítě přirozené, tedy v rodině a/nebo v komunitě mateřské školy, popř. pečovatelská centra.

### **7.3 Vytvoření koncepce**

Vytvoření systémové koncepce rané péče na lokální, regionální a národní úrovni musí být zajištěna raná péče jakožto základní právo dětí a rodin se speciálními potřebami. Strategie rané péče by měla umožnit spolupráci odborníků a rodin s využitím definování kvality a hodnotících kritérií rané péče. S ohledem na situaci v různých zemích, vyžadují zvláštní pozornost tři problémy:

1. Rodiny a odborníci potřebují takový politický rámec, který umožňuje řádnou koordinaci ve smyslu strategických postupů při prosazování cílů, prostředků a výsledků rané péče.
2. Politická opatření by měla podporovat a zajišťovat koordinaci zainteresovaných vzdělávacích, sociálních a zdravotnických služeb. Mělo by se také zamezit tomu, aby se jednotlivé služby funkčně překrývaly, popř. si odporovaly.

---

<sup>26</sup> Raná péče, Analýza situace v Evropě, Evropská agentura pro rozvoj speciální pedagogiky... Belgie 2005S. 32  
- 34

3. Politická opatření by měla směřovat k podpoře rozvoje regionálních a národních podpůrných center rané péče, která by měla tvořit spojující článek mezi politiky, odborníky a příjemci služeb rané péče.<sup>27</sup>

## **7.4 Respekt k potřebám rodin a dětí**

Služby a opatření rané péče by měly usilovat o to, aby se dostaly k rodinám a dětem a aby uspokojily jejich potřeby. S tím souvisí následující závěry:

- Rodiny mají právo na řádné informace od prvního momentu zjištění potřeby podpory jejich dítěte.
- Rodiny mají právo podílet se společně s odborníky na rozhodování o tom, jakým směrem se bude péče ubírat.
- Raná péče nemůže být rodinám vnucována, ale měla by zaručovat právo dítěte na ochranu. Práva dětí a rodin musí být ve vzájemném souladu.
- Rodiny a odborníci musí být při vnímání významu a prospěchu doporučované intervence ve shodě.
- Vytváření psaného dokumentu (např. individuální plán, individuální plán rodiny) ve spolupráci odborníků a rodiny umožňuje transparentnost a správné pochopení průběhu rané péče: plánování intervence, formulace cílů a zodpovědností, vyhodnocování výsledků.
- Rodiny by měly mít možnost projít na požádání speciálním výcvikem, který jim pomůže získat potřebné dovednosti a znalosti, usnadní se tím jejich interakce s odborníky i s vlastním dítětem.

## **7.5 Finanční dostupnost**

Služby rané péče by se měly dostat všem potřebným dětem a rodinám bez ohledu na sociálně-ekonomické pozadí. Je proto nutné zajistit, aby služby a opatření byly rodinám

---

<sup>27</sup> Raná péče, Analýza situace v Evropě, Evropská agentura pro rozvoj speciální pedagogiky... Belgie 2005 S. 37  
- 41

k dispozici zdarma. To znamená, že financování veškerých nákladů spojených s ranou péčí by měly zajišťovat veřejné zdroje, pojišťovny, neziskové organizace atd., mělo by to odpovídat kvalitativním standardům stanoveným příslušnou národní legislativou ve vztahu k rané péči.<sup>28</sup>

V případě, že vedle veřejně financované rané péči funguje i soukromá raná péče, financovaná samotnou rodinou, musí i tato odpovídat daným standardům.

## 7.6 Spolupráce s rodinami

Rodina je pro odborníky hlavním partnerem, tato spolupráce musí být zaručena, přičemž v úvahu by se mělo vzít, že:

- Odborníci by spolupráci měli iniciovat a měli by se k rodinám stavět otevřeně a s respektem, aby byly potřeby a očekávání rodiny správně chápány a aby se zamezilo konfliktům plynoucím z různých pohledů na potřeby a priority a z nedostatečného zohlednění perspektivy rodiny.
- Odborníci by měli organizovat setkání, na nichž se zvaží zejména odlišné názory rodičů a vznikne psaný dokument, nazývaný např. Individuální plán.
- Individuální plán by měl obsahovat stanovený plán intervence, která se má realizovat, dále cíle, strategie, odpovědnosti a evaluační procedury. Tento dohodnutý a sepsaný plán by měl být opakovaně vyhodnocován rodinami i odborníky.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Raná péče, Analýza situace v Evropě, Evropská agentura pro rozvoj speciální pedagogiky... Belgie 2005S. 42 - 44

<sup>29</sup> Raná péče, Analýza situace v Evropě, Evropská agentura pro rozvoj speciální pedagogiky... Belgie 2005 S. 44 - 45

## 8. Sanace rodiny

Ne vždy bývá problémem dítěte jeho samotné ať již psychické či fyzické postižení. Jsou rodiče, kteří sami během svého vývoje byli zanedbáváni a jsou nositeli rizika, že nebudou o dítě umět pečovat, nemají pro dítě připravené podmínky odpovídající jeho potřebám a nemají ve svém okolí spolehlivou sociální podporu. Většinou se jedná o rodiče, kteří žili v dysfunkční rodině, mají již dříve narozené dítě odebrané mimo rodinu nebo u již dříve narozeného dítěte dali souhlas k adopci, zneužívali drogy, alkohol. Zpravidla mají nízké vzdělání, jsou nezaměstnaní nebo nezaměstnatelní, dlouhodobě se pohybují kolem hranice minima, mají těžkosti s hospodařením, mají dluhy na bydlení, dluží různým finančním společnostem atp. Rodiče nedůvěřují sociálním pracovníkům ani pracovníkům jiných pomáhajících profesí. Obávají se změn. Jako by sebe i své děti chtěli předem chránit před dalším neúspěchem.

Sanace rodiny je soubor opatření sociálně-právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, které jsou poskytovány nebo ukládány převážně rodičům dítěte, jehož sociální, biologický a psychologický vývoj je ohrožen. Důsledkem neřešené nebo akutní situace ohrožení dítěte může být jeho umístění mimo rodinu. Základním principem sanace rodiny je podpora dítěte prostřednictvím pomoci jeho rodině.

### Typy zanedbávání péče o dítě:

- Fyzické: neuspokojování tělesných potřeb dítěte (výživa, ošacení, přístřeší, ochrany před nebezpečím)
- Výchovné: nezabezpečení možnosti vzdělávání ve škole
- Emoční: neuspokojování citových potřeb dítěte (náklonnosti, lásky, pocitu, že někam patří)
- Zanedbávání zdravotní péče: zanedbávání preventivní péče i péče specifické, kterou dítě potřebuje<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Bechyňová, Věra., Konvičková, Marta. Sanace rodiny (sociální práce s dysfunkčními rodinami)... 1. vyd., Portál, Praha, 2008, s. 11 - 22

Cílem je předcházet, zmírnit nebo eliminovat příčiny ohrožení dítěte a poskytnout rodičům i dítěti pomoc a podporu k zachování rodiny jako celku. Konkrétně se jedná o činnost směřující k odvrácení možnosti odebrání dítěte mimo rodinu, k realizaci kontaktů dítěte s rodinou v průběhu jeho umístění nebo k umožnění jeho bezpečného návratu zpět domů. Nedílnou součástí sanace rodiny jsou činnosti podporující udržitelnost kvalitativních změn v rodině dítěte.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Bechyňová, Věra., Konvičková, Marta. Sanace rodiny (sociální práce s dysfunkčními rodinami)... 1. vyd., Portál, Praha, 2008, s. 11 - 22

## 9. Nemoci

### 9.1 Downův syndrom

Většina rodičů, kteří se dozvědí, že jejich právě narozené dítě má Downův syndrom, zažije hrůzu a šok. Bez ohledu na to, do jaké míry se v následujících letech naučí situaci svého potomka zvládat, je pro většinu z nich počáteční fáze nesmírně obtížná. Svou reakci popisují slovy typu „zdrčení“, „otřes“ a „zhroucení“. Někteří mají pocit, že přijdou o rozum, pro jiné tím končí svět. Téměř všichni prožívají zmatek a sklíčenost.

Downův syndrom lze jako jeden z mála onemocnění provázených mentální retardací diagnostikovat již krátce po narození. Rodiče dětí s jinými příčinami intelektuálních nedostatečností jsou většinou ušetřeni obtížného období po porodu, jemuž se nevyhnou rodiče dětí s Downovým syndromem. Mají totiž příležitost poznat své dítě dřív, než si uvědomí, že se nevyvíjí tak, jak by mělo, což bývá obvykle v pozdějším kojeneckém nebo batolecím věku. Období po narození dítěte provází řada okolností, pro které je právě v této době obzvláště obtížné špatným zprávám čelit.

Downův syndrom je geneticky onemocnění zapříčiněné genovou mutací, jejíž výsledkem je rize 21. Chromozómu. Zdravý člověk má dva 21. Chromozómy, postižení tímto syndromem tři.

Jedná se o poměrně časté onemocnění, vyskytuje se u jednoho narozeného dítěte ze 700. Jeho vznik ovlivňuje stáří matky – pokud je matka starší 45 let, činí pravděpodobnost jeho vzniku 1:40. Downův syndrom se projevuje mentální retardací (většinou mírná nebo středně těžká mentální retardace), tělesnými malformacemi (menší hlava, mohutnější krk), anomáliemi obličeje (mongoloidní vzhled, obličej má ploché rysy, ve vnitřním koutku oka je výrazná kolmá kožní řasa, což způsobuje dojem šikmých očí, uši jsou menší, ústa pootevřená).

Děti trpí celkově sníženým svalovým tonusem. Vzrůst je malý, muži mívají kolem 147-162 cm a ženy asi 135-155 cm.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Selikowitz, Mark. Downův syndrom. Praha: Portál, 2005, s. 13, 37 – 54, 185 - 194

Mohou se objevovat epileptické záchvaty, postižení jsou náchylnější ke kardiovaskulárním onemocněním a v dospělosti je 3-5× častěji postiženi Alzheimerova nemoc. Jejich vzdělání většinou probíhá ve speciální základní škole.

Downův syndrom je zatím možné diagnostikovat pouze vyšetřením vzorku placenty (biopsie choria- CVS – či vody plodové – amniocentéza). Asi 30 let se vědci snaží o diagnostiku ze vzorku krve matky, ale zatím neúspěšně. CVS i amniocentéza mají bohužel riziko ztráty těhotenství v souvislosti s výkonem.<sup>33</sup>

## 9.2 Autismus

Autismus je jedno z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí. Porucha vzniká na neurobiologickém podkladě. Důsledkem poruchy je to, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Duševní vývoj je díky tomuto handicapu narušen hlavně v oblasti komunikace, sociální interakce a představitosti. Autismus doprovázejí specifické vzorce chování.

Autismus je poruchou, jejíž příčinu se zatím nepodařilo odhalit. Předpokládá se, že určitou roli zde hrají genetické faktory, různá infekční onemocnění a chemické procesy v mozku. Moderní teorie tvrdí, že autismus vzniká až při kombinaci několika těchto faktorů. Autismus je v podstatě syndrom, který se diagnostikuje na základě projevů chování. Projevuje se již v raném věku (do 36 měsíců), ale diagnostikován bývá zpravidla až později po třetím až čtvrtém roce života. Porucha určitých mozkových funkcí způsobí, že dítě nedokáže správným způsobem vyhodnocovat informace (senzorické, jazykové). Lidé s autismem pak mívají výrazné potíže ve vývoji řeči, ve vztazích s lidmi a obtížně zvládají běžné sociální dovednosti.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> Selikowitz, Mark. Downův syndrom. Praha: Portál, 2005, s. 13, 37 – 54, 185 - 194

<sup>34</sup> Pátá, Perchta Kazi. Mé dítě má autismus. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 113



### 9.3 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (DMO) je označení skupiny chronických onemocnění charakterizovaných poruchou kontroly hybnosti, která se objevuje v několika prvních letech života, a která se zpravidla v dalším průběhu nezhoršuje. Označení dětská vyjadřuje období, kdy nemoc vzniká. Pojem mozková vyjadřuje skutečnost, že příčina poruchy je v mozku. Pojem obrna vyjadřuje, že jde o nemoc způsobující poruchu hybnosti těla. Pod pojem DMO nepatří poruchy hybnosti způsobené onemocněním svalů ani periferních nervů. Příčinou špatné kontroly hybnosti a vadné držení trupu a končetin je u DMO porucha vývoje nebo poškození motorických (hybných) oblastí mozku.

Příznaky DMO zahrnují široké spektrum tíže postižení. Nemocný s DMO může mít problémy s jemnými pohybovými vzorci, jako je psaní nebo stříhání nůžkami, může mít obtíže s udržením rovnováhy a s chůzí, může strádat mimovolnými pohyby, jako jsou například krouživé pohyby rukou nebo vůlí neovladatelné pohyby úst. Příznaky se liší jedinec od jedince a u téhož nemocného se mohou v průběhu času různě měnit. Někteří lidé s DMO jsou navíc postiženi dalšími zdravotními problémy včetně epileptických záchvatů a poruch mentálních funkcí. Přes všeobecně vžitě přesvědčení nemusí znamenat diagnóza DMO vždy automaticky těžký handicap. Zatímco dítě s těžkou formou DMO je mnohdy zcela neschopné chůze a potřebuje velmi náročnou, komplexní a celoživotní péči, dítě s lehkou formou postižení může být jen lehce nemotorné a obejde se bez speciální pomoci. DMO není nakažlivá ani dědičná. Přes veškerý výzkum není toto onemocnění vyléčitelné, ani neexistuje jeho spolehlivá prevence. Současná medicína přesto nabízí nemocným s DMO pomoc alespoň částečným mírněním některých projevů nemoci vedoucím ke zlepšení jejich kvality života.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> [www.ssvp.wz.cz/texty/dmo.html](http://www.ssvp.wz.cz/texty/dmo.html)

## 9.4 Děti předčasně narozené

První tušení přicházejícího dítěte, první stahy dělohy a porodní bolesti, první křik, první pohled do očí přicházejícího člověka. Početí a narození člověka je veliký zázrak. Od početí trvá radost smíšená obavou o zdraví miminka v bříšku i po porodu.

Strach o dítě bude trvale provázet první kroky mimo náruč mámy, první odchody a návraty do náruče domova. Obavy o zdraví a správný vývoj jsou rubem velké radosti z přítomnosti dítěte. Někdy se stane, že se narodí člověk o moc dřív, než měl přijít jeho čas, narodí se malinký, sotva dýchající, zcela odkázaný na pomoc přístrojů, někdy se o křehký člověčí život svádí boj ihned po narození.

Důvodů pro obtížný start dítěte do života může být mnoho. Od nemoci matky v těhotenství, nemoc dítěte v děloze, vrozenou vadu, nutnost resuscitace na porodním sále, infekce a jiné obtíže novorozeněte. I přes veškerou snahu těch, kdo o dítě pečují, se stává, že odchází z porodnice miminko, které je již na samém začátku svého života zatížené svou vadou, průběhem přestálé nemoci.

Na samém začátku společného života s dítětem musí rodiče přijmout neměnný fakt, že jejich představy nebyly naplněny. Dětem, které se narodily brzy a měly nízkou porodní hmotnost, hrozí zvýšené riziko opoždění psychomotorického vývoje.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Nedoklubko o.s. Rodičům nedonošeného miminka ( Jak zvládnout těžkou životní situaci). S. 3 – 30  
[www.nedoklubko.cz](http://www.nedoklubko.cz) Sdružení rodičů a přátel nedonošených dětí

## 10. Empirická část

### 10.1 Stanovení cíle průzkumu a hypotéz

Cílem průzkumné části bakalářské práce bylo zjistit nejčastěji vyskytované postižení, věk, kdy byla diagnóza stanovena. Cílem bylo také zjistit, jestli rodičům služby Střediska rané péče vyhovují, využívají je a jejich služby jsou dětem přínosem.

**K dosažení cílů byly stanoveny tyto hypotézy:**

Bylo postižení vždy za v času odhaleno a ihned poskytnuta potřebná péče rodině?

**H 1 Nemoci, které jsou i vizuálně viditelné na první pohled jsou zjištěny ihned po porodu. Další se projevují svými typickými příznaky, které nemoc v čas odhalí.**

Jaké nemoci se nejčastěji vyskytují?

**H2 Nejčastěji vyskytované nemoci je Downův syndrom, Autismus, Dětská mozková obrna a předčasný porod.**

Je ve Zlínském kraji středisko, které odpovídají standardům a působí pro rodiny přínos?

**H 3 Ve Zlínském kraji je Středisko rané péče, které splňují své předepsané standardy a poskytují rodinám a jejich dětem řádnou péči.**

## 10.2 Nástroje sběru dat

V praktické části své bakalářské práce jsem udělala průzkumné šetření pomocí dotazníku. Je vypracován z deseti otázek. Pro vyplnění dotazníků jsem požádala klienty rané péče i další respondenty, jejichž děti mají zdravotní potíže.

Dotazník:

1. Jaké je pohlaví Vašeho dítěte?
2. Kolik let má Vaše dítě? (0-7 let)
3. Typ postižení dítěte? (smyslové, mentální, kombinované, opožděný vývoj)
4. Věk, kdy byla stanovena diagnóza?
5. Znáte příčinu zdravotního problému?
6. Kdo vám poskytl kontakt na středisko? (porodník, pediatr, odborný lékař, jiný rodič,...)
7. Jak často se navštěvujete s poradcem rané péče?
8. Upřednostňujete setkání poradce s dítětem doma nebo ve středisku rané péče?
9. Pomáhají vám tato setkání ve vaši situaci?
10. Jaká náplň setkání vám vyhovuje nejvíce? (hipoterapie, canisterapie, plavání, poradce)

Celkem byl vyplněn šedesáti dotazovanými. Cílem bylo zjistit jaké postižení jsou nejčastější, zda bylo postižení včas odhaleno a jestli práce poradců Střediska rané péče pomohla.

Otázky byly zpracovány otevřeně bez výběru volby odpovědí. Každý dotazovaný mohl vyjádřit svůj názor.

Dotazník byl vypracován tak, aby potvrdil předem stanovené hypotézy.

Dotazovaní byli seznámeni s účelem vypracování dotazníku, o jejich anonymitě a ujištění, že dotazník nebyl použit pro další účely.

### **10.3 Vlastní průzkum**

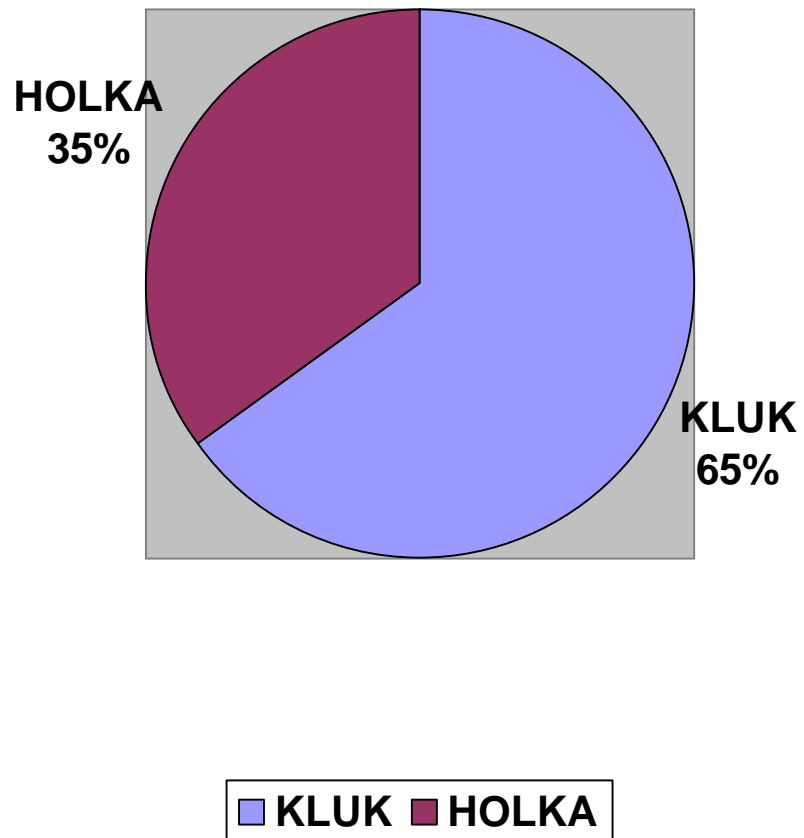
Průzkum byl vypracován a zvolen rodičům dětí, kterým se narodilo dítě s postižením a/nebo bylo ve velice nízkém věku dítěte odhaleno. Dotazník byl vyplněn celkem šedesáti dotazovanými. Rodiče byli ve věku od 25 let do 40.

Průzkum byl proveden v říjnu až listopadu roku 2009 na jednostranně tištěný list.

### **10.4 Složení dotazovaných**

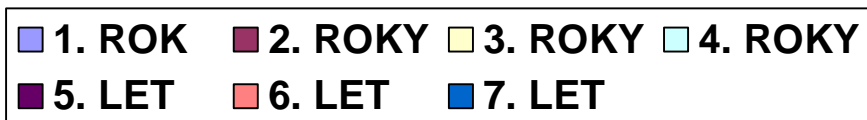
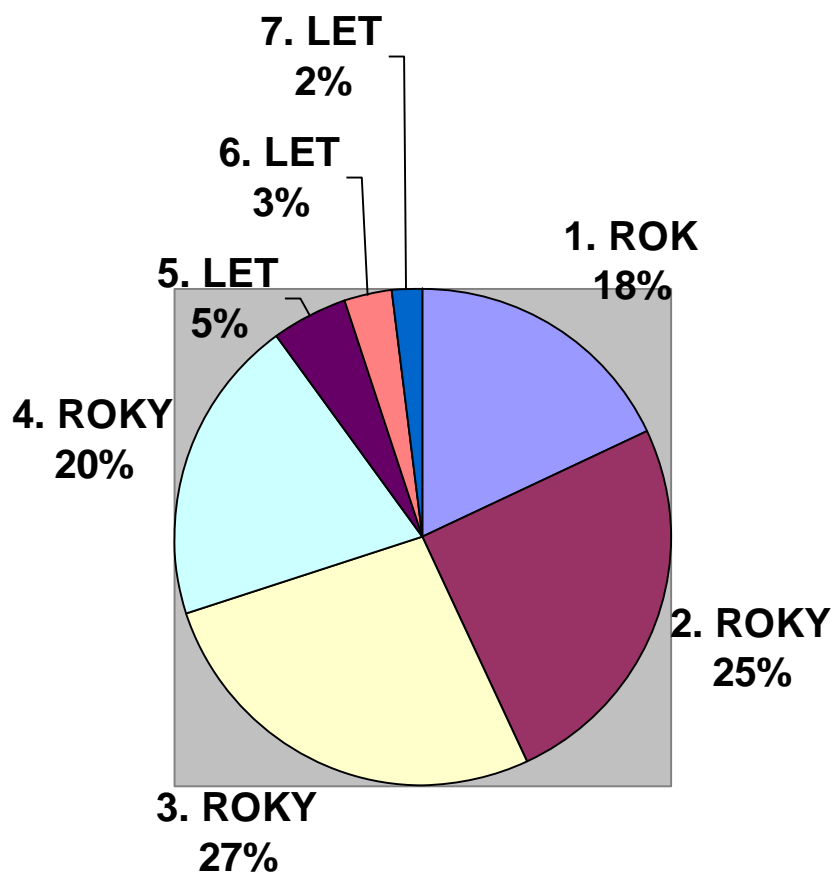
Dotazovaní byli ve větší části oba rodiče dítěte. Ve čtyřech případech vychovával dítě jen jeden rodič sám bez pomoci druhého partnera.

## Otázka č. 1: Jaké je pohlaví Vašeho dítěte?



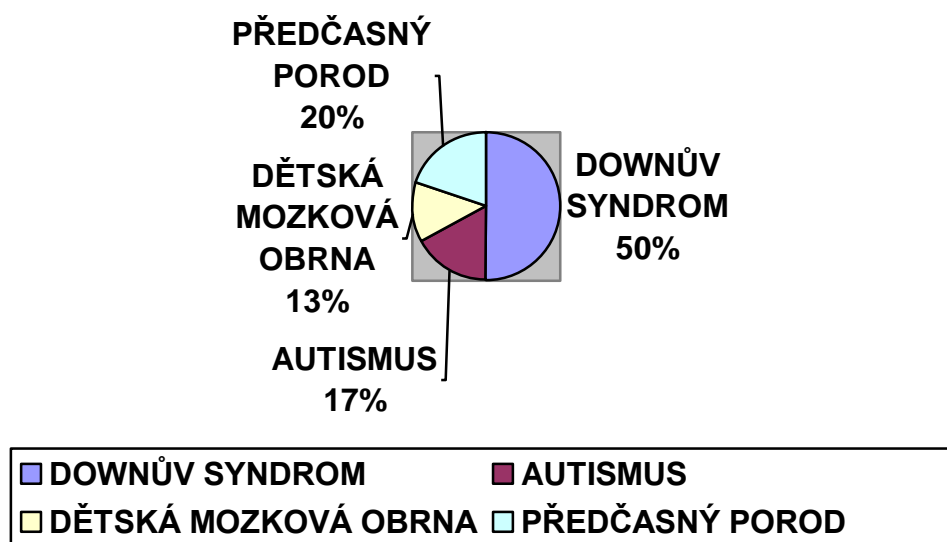
Děti dotazovaných rodičů tvořili z 65% kluci a 35% holky.

## Otázka č. 2: Kolik let má Vaše dítě (0 – 7 let)?



18% dětí byl 1 rok, 25% 2 roky, 27% 3 roky, 20% 4 roky, 5% 5 let, 3% 6 let a 2% 7 let.

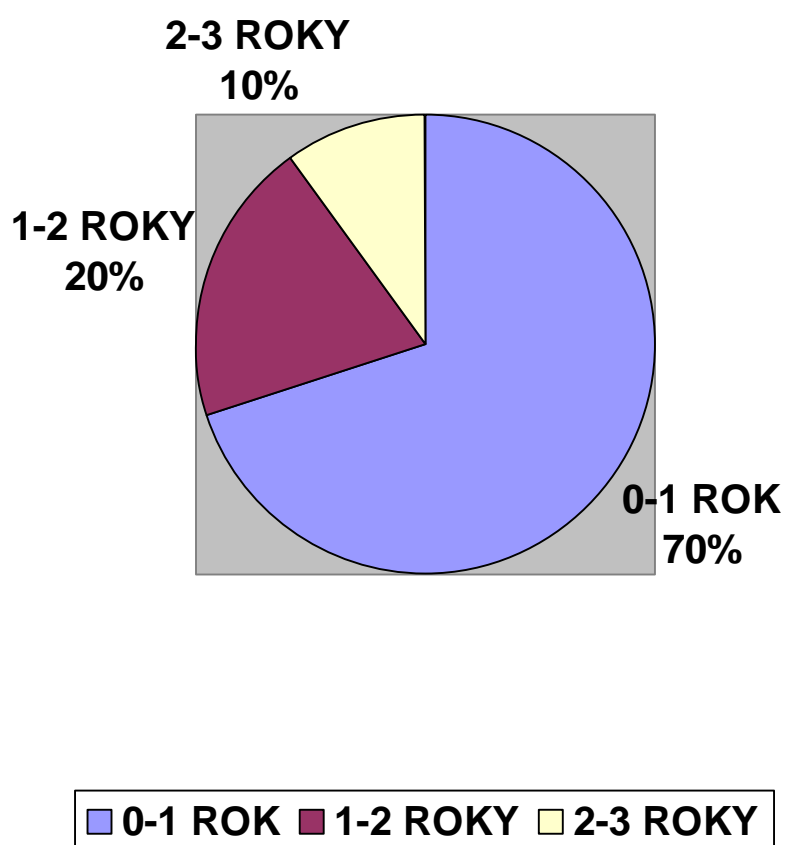
### Otázka č. 3: Typ postižení dítěte?



Nejčastěji vyskytované postižení byl Downův syndrom, který se vyskytoval mezi 50% dětí. Dalších 20% tvořil předčasný porod, 13% dětská mozková obrna a 17% Autismus.

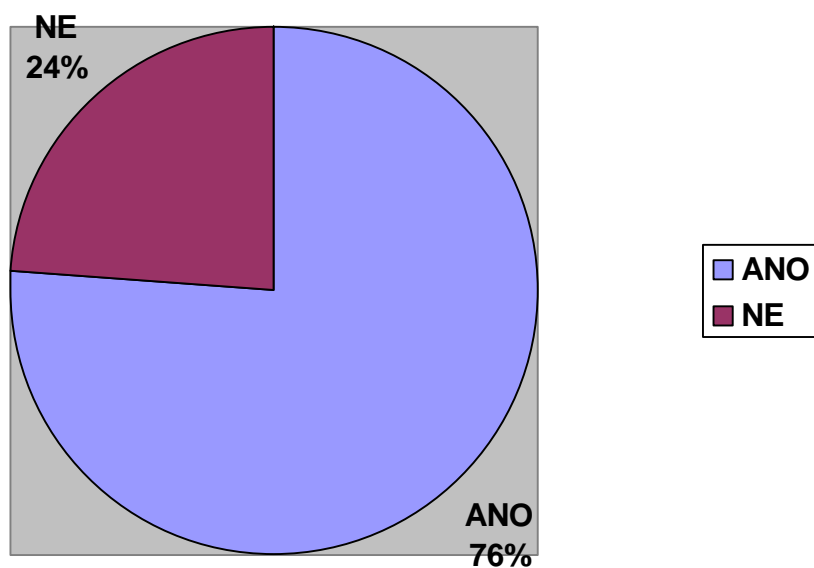


#### Otázka č. 4: Věk, kdy byla stanovena diagnóza?



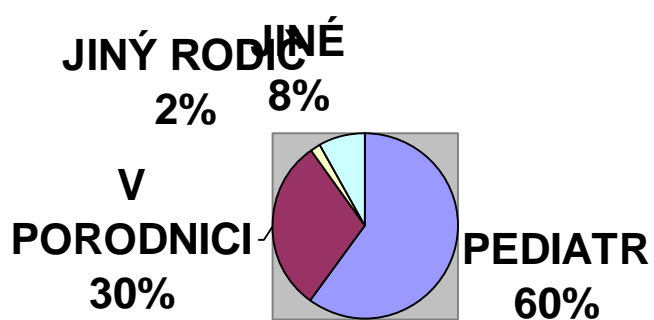
Přes 70% nemocí bylo zjištěno ve věku od narození do 1 roku, 20% od 1 do d 2 let, a 10% ve 2 až 3 letech.

### Otázka č. 5: Znáte příčinu zdravotního problému?



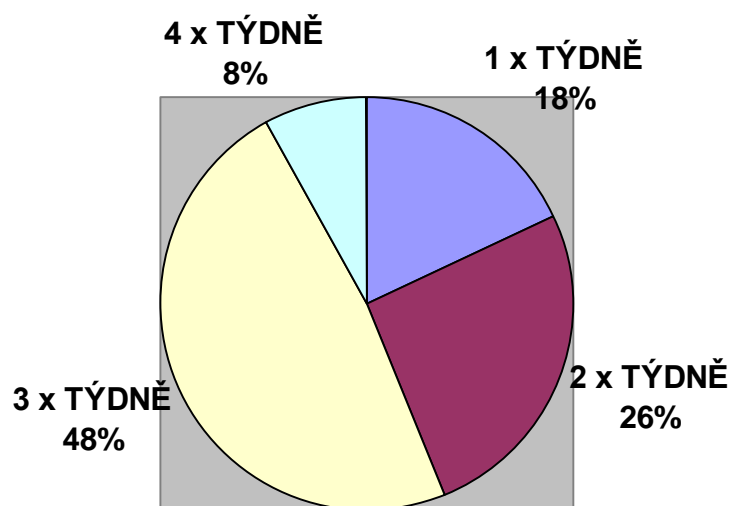
76% rodičů zná příčinu postižení a 24% ne.

### Otázka č. 6: Kdo Vám poskytl kontakt na středisko?



60% rodičů se dozvědělo o Středisku od svého pediatra, 30% v porodnici, 2% to sdělili jiní rodiče a 8% od jinud.

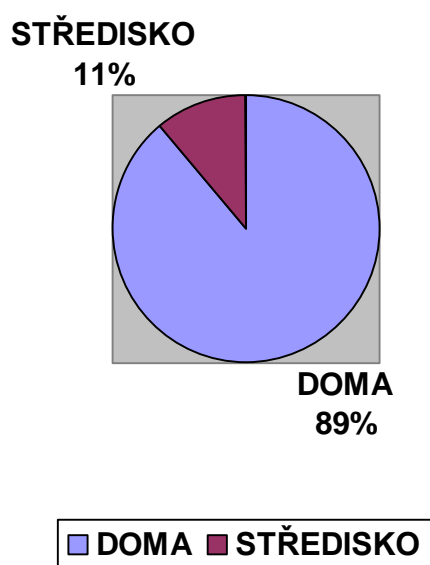
### Otázka č. 7: Jak často se navštěvujete s poradcem rané péče?



■ 1 x TÝDNĚ ■ 2 x TÝDNĚ ■ 3 x TÝDNĚ ■ 4 x TÝDNĚ

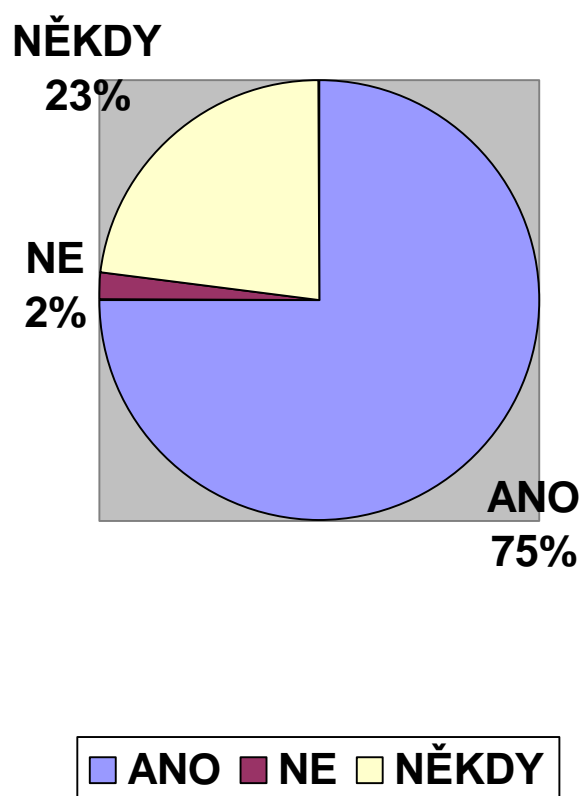
S poradcem rané péče se děti a jejich rodiče setkávají nejčastěji 3x týdně a to celkem 48% z dotazovaných, jen 8% se setkává 4x týdně, 26% 2x týdně a 18% 1 týdně.

**Otázka č. 8: Upřednostňujete setkání poradce s dítětem doma nebo ve středisku rané péče?**



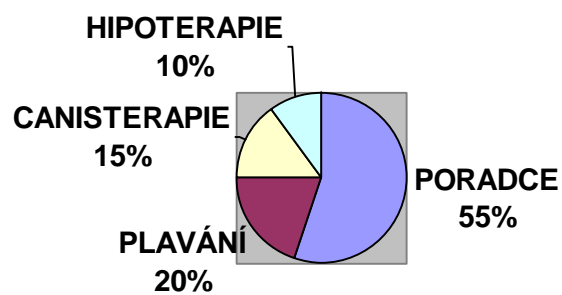
Rodiče preferují setkání dítěte s poradcem z 89% doma a jen 11% ve středisku.

### Otázka č. 9: Pomáhají Vám tato setkání ve Vaší situaci?



75% rodičů tvrdí, že setkání dítěti pomáhají, 23% jen někdy a 2% nevidí žádné pozitivní výsledky.

### Otázka č. 10: Jaká náplň setkání Vám nejvíce vyhovuje?



Nejčastěji rodiče preferují setkání poradce s dítětem a to z 55%, 20% plavání, 15% canisterapii a 10% hipoterapii.

## 10.5 Ověření platnosti hypotéz

**H 1 Nemoci, které jsou i vizuálně viditelné na první pohled jsou zjištěny ihned po porodu. Další se projevují svými typickými příznaky, které nemoc za v času odhalí.**

Tato hypotéze **potvrzena** byla. 70% dotazovaných odpovědělo, že byla diagnóza stanovena ve věku od 0 do 1 roku. Jsou to nemoci, které jsou vizuální již na první pohled po porodu. 20% uvedlo ve věku 1 až 2 roky a 10% ve věku 2 až 3 roky. Jsou to nemoci, které jsou závislé na psychickém i fyzickém vývoji dítěte a nepoznají se již po porodu.

**H2 Nejčastěji vyskytované nemoci je Downův syndrom, Autismus, Dětská mozková obrna a předčasný porod.**

Hypotéza č. 2 byla také **potvrzena**. 50% dotazovaných uvedlo Downův syndrom, 20% předčasný porod, 17% Autismus a 13% dotazovaných uvedlo Dětskou mozkovou obrnu.

**H 3 Ve Zlínském kraji je Středisko rané péče, které splňují své předepsané standardy a poskytují rodinám a jejich dětem řádnou péči.**

Hypotéza č. 3 byla také **potvrzena**. 48% dotazovaných uvedlo, že se s poradcem rané péče setkávají i třikrát týdně. 89% uvedlo, že se nejraději s poradcem setkávají doma. V místě, které je pro dítě nejpřirozenější. 75% dotazovaných uvedlo, že poradce dítěti pomáhá výrazným způsobem, z toho 55% upřednostňuje setkání dítěte se samotným poradcem, 20% vyhovuje plavání s dětmi, 15% preferuje canisterapii a 10% si oblíbilo hipoterapii.



## **Závěr**

Závěrem své bakalářské práce bych chtěla říct, že vždy se rodily děti, které měly hned po porodu zdravotní potíže anebo se potíže objevily postupným časem jak děti rostly. Nejdůležitější je, aby rodiče neztrácely hlavu a snažili se s touto životní situací vyrovnat s chladnou hlavou. Dítě bude jejich pohotovost a pomoc potřebovat.

Pokud tuto situaci psychicky rodiče neunesou, a rodina se rozpadne, nepomůže to dítěti se uzdravit a ani rodiče zbavit špatného pocitu.

Nemoc dítěte není vina jen matky. Problém ve vývoji může způsobit velká spousta okolností, a i když matka na sebe dává sebevětší pozor, neovlivní je.

Rodina se musí ucelit a zvládnout reakce svého okolí. Dítě bude mít již od malinka komplikovaný život mezi vrstevníky. Děti nikdy nebyly k sobě tolerantní a ani nechápaly, co má jejich kamarád za zdravotní potíže.

Naštěstí existuje ve Zlínském kraji, a nejen tam, spousta středisek rané péče, které rodinám pomáhají ve výchově a lepšímu vývoji jejich dítěte, a fungují na patřičné úrovni s viditelnými výsledky.

## Resumé

Bakalářská práce zaměřená na péči o děti se zdravotními problémy se v první kapitole zaměřuje na děti vývojovou psychologií dítěte od jeho početí a následující vývoj při předčasném porodu.

Druhá kapitola popisuje vývojovou psychologii dítěte v jeho novorozeneckém období a popisuje vývoj, který je pro dítě v tomto období specifické.

Třetí kapitola popisuje vývojovou psychologii kojeneckého období.

Čtvrtá kapitola popisuje vývojovou psychologii dítěte v batolecím období.

Pátá kapitola popisuje vývojovou psychologii dítěte v batolecím období.

V šesté kapitole jsou uvedeny standardy rané péče. Popisuje co raná péče je, pro koho je určena, jakým způsobem je organizována a jak funguje její péče o děti.

Sedmá kapitola popisuje situaci rané péče v Evropě s popsáním v Německu a ve Švédsku.

Kapitola osmá popisuje sanaci rodiny.

V deváté kapitole popisují nejčastější nemoci, mezi které patří Downův syndrom, Autismus, Dětskou mozkovou obrnu a problémy ve vývoji, které vyplývají z předčasného porodu.

Desátá kapitola popisuje empirickou část. Jsou zde uvedeny cíle průzkumu a hypotézy a stanovení cílů, aby bylo dosaženo požadovaného výsledku, jakými nástroji bude dosaženo výsledků, a kdo byl dotazován. Poté jsou graficky vyobrazeny odpovědi na všechny otázky v dotazníku.

Cílem teoretické části je popsat důležité informace spojené s tématem „Péče o děti se zdravotními problémy ve Zlínském kraji“. Cílem praktické části je zjistit nejčastější zdravotní potíže dětí, zda byla onemocnění včas odhalena, zda byl pro dítě vytvořen adekvátní plán rané péče a zda raná péče funguje dle standardů potřebných pro další správný vývoj dítěte.

## **Anotace**

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na děti, které neměly při přijetí na svět příliš štěstí a onemocněly nevyléčitelnou nemocí. Mezi nejčastější onemocnění patří Downův syndrom, Autismus, Dětská mozková obrna a zdravotní potíže dětí předčasně narozených.

Popisuji vývojovou psychologii člověka již od početí do jeho předškolního věku a jejich péči Střediska rané péče.

Popis standardů rané péče u nás a porovnání v Evropě. A popsání nejčastějších nemocí.

Praktická část byla tvořena vypracovaným dotazníkem se zjištěním, zda raná péče u nás funguje a je účinná.

## **Klíčová slova**

Raná péče, Downův syndrom, Autismus, problémy způsobené předčasným porodem

## **Annotation**

In my Bachelor assignment I focus on children that did not have much luck when they were accepted into this world and become sick with an incurable illness. Amongst most common illnesses are Downer Syndrome, Autism, Infantile brain paralysis and health problems of prematurely born children.

I describe developmental psychology of a human being from its inception up until pre school age and their care by the Early Care Centres.

Description of standards of early care in the Czech republic compared to Europe. And a description of the most common illnesses.

Practical part consists of developed questionnaire with a finding whether early care in the Czech republic works and is effective.

## **Keywords**

Early care, Down syndrome, Autism, problems caused by premature birth

## Seznam použité literatury

1. Bacus, Anne, *Vaše dítě ve věku od 1 do 3 let*, 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 176 str. ISBN 80-7178-743-4
2. Bechyňová, Věra, Konvičková Marta, *Sanace rodiny* www, 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 152 str. ISBN 978-80-7367-392-5
3. Čačka, Doc. PhDr. Otto, *Psychologie dítěte*, 1. vyd. Tišnov: Sursum, 1994. 122 str. ISBN 80-85799-03-0
4. Květoňová-Švecová, Lea, *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*, 1. vyd. Brno: Padio, 2004. 128 str. ISBN 80-7315-063-8
5. Langmeier, J., Krejčířová, D., *Vývojová psychologie*, 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 str. ISBN 80-247-1284-9
6. Matějčík, Csc., prof. PhDr. Zdeněk, *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 184 str. ISBN 80-247-0870-1
7. Matoušek, Oldřich, *Sociální služby*, 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 str. ISBN 978-80-7367-310-9
8. Pátá, Perchta Kazi, *Mé dítě má autismus*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 120 str. ISBN 978-80-247-2185-9
9. Pátá, Perchta Kazi, *Mé dítě má autismus – Příběh pokračuje*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 128 str. ISBN 978-80-247-2683-0
10. Raná péče, Analýza situace v Evropě, Evropská agentura pro rozvoj speciální pedagogik Belgie 2005
11. Raná péče, Standardy rané péče / Intervence, Praha: Společnost pro ranou péči 2006
12. Selikowitz, Mark, *Downův syndrom*, 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 200 str. ISBN 80-7178-973-9
13. Nedoklubko o.s. Rodičům nedonošeného miminka ( Jak zvládnout těžkou životní situaci) [www.nedoklubko.cz](http://www.nedoklubko.cz) Sdružení rodičů a přátel nedonošených dětí
14. [www.ssvp.wz.cz/texty/dmo.html](http://www.ssvp.wz.cz/texty/dmo.html)

