

Využití nejen expresivních terapií v konceptu rané péče v České republice.

Zdenka ŠÁNDOROVÁ, PaedDr., Ph.D. a Marcela EHLOVÁ, PhDr., Ph.D.

Pracoviště služby sociální prevence „raná péče“ v České republice mají ve své nabídce řadu technik, strategií, intervencí, které mají významný terapeutický – léčebný účinek. V příspěvku autorky prezentují přehled těchto technik a intervencí využívaných v praxi poradce rané péče, a to na základě i vlastních zkušeností či záměrného pozorování. V úvodu příspěvku je stručně uveden koncept rané péče v České republice a pro ilustraci jsou také uvedeny výsledky orientačního šetření prostřednictvím strukturovaného rozhovoru se členy (na žádost anonymní) krajské organizace poskytující službu „raná péče“, zhodnocující konkrétní terapeutické činnosti poskytovatele rané péče v rámci prevence sociálního vyloučení.

1 Koncept rané péče v České republice

Výchova a vzdělání člověka od raného věku se aktuálně jeví jako problém s vysokou prioritou nejen v České republice, ale také v zahraničí. Raná péče jako sociální služba zařazená v systému do služeb sociální prevence má v České republice již více jak 25 letou tradici a je prezentována skrze **tzv. sociální model**. Jako komunitní a převážně terénní služba úspěšně pomáhá rodinám s dětmi s postižením.

V rámci retrospekce je nutné zdůraznit, že hlavní zásluhu na celém vývoji a jejím prosazení mezi stávající dlouhodobě existující služby měli v České republice zejména odborní pracovníci, služba tedy vznikla „zdola“ na základě potřeb rodin dětí s postižením. Odborní pracovníci se podíleli na vytvoření koncepce, základních pravidel, standardech kvality i metodických základech pro jednotlivé druhy postižení i fáze služby rané péče.

Aktuálně raná péče v České republice představuje profesionální, moderní a uznávaný systém v evropském i světovém srovnání a je právně ukotvena v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění. Přesná definice služby je uvedena v § 54 odst. 1 tohoto zákona jako *„terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba 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.“* Podstatné je také to, že vzhledem k zařazení do služby sociální prevence je poskytována zcela zdarma.

Raná péče se zaměřuje nejen na minimalizaci vlivu postižení dítěte při jeho vývoji, ale zejména na sociální začlenění dítěte a rodiny a jejich schopnost se s limitujícím postižením vyrovnat v přirozeném prostředí, tj. při zachování běžného způsobu života. Jedná se o multidisciplinární model, který překonává omezení resortního rozdělení péče a dokáže rodinám zprostředkovat komplexní pomoc z řady oborů najednou. Jako důležitý obor vede k co nejúspěšnějšímu sociálnímu začlenění dětí s postižením a jejich rodin do společnosti.

Všichni poskytovatelé rané péče jsou na vysoce profesionální úrovni a mnozí spolupracují s mezinárodní a evropskou sítí rané péče. Dobře funguje rovněž kontrola ze strany zadavatelů (státu, krajů a obcí), inspekce kvality sociálních služeb, zajištěna je i kvalitní metodologie se zpětnou vazbou klientů – rodičů. Raná péče v České republice má transparentní, systémový, koncepční a mezirezortně vyjasněný obsah, s objektivně nastavenými pravidly a indikátory kvality.

Služby pro rodinu s ohroženým dítětem raného věku jsou výchozím zázemím pro společenskou, výchovnou i pedagogickou inkluzi dítěte a resocializaci a reinkluzi rodiny, což je velmi pozitivním konstatováním vzhledem k naplňování světově uznávaných strategických dokumentů – Listiny základních práv a svobod, Úmluvy o právech dítěte, Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením apod.

2 Využití nejen expresivních terapií v konceptu rané péče v České republice.

Pracoviště rané péče mají ve své nabídce řadu terapeutických technik a dalších strategií, intervencí. Následuje autorkami subjektivně vybraný přehled charakteristik v praxi nejvyužívanějších terapií, technik, intervencí. Ty lze rozdělit podle převládajících charakteristik na fyzioterapeutické, animoterapeutické (realizované prostřednictvím zvířat), expresivní léčebně výchovné a volnočasové terapeutické.

2.1 Vojtova metoda

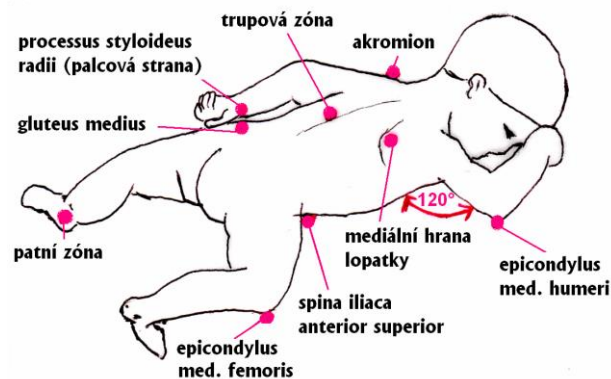
Vojtova metoda je diagnostický a fyzioterapeutický systém, který se stal nezbytnou součástí diagnostiky a terapie hybných poruch, hlavně u dětí s důrazem na spolupráci s rodiči. Touto metodou je možné zabránit nesprávnému motorickému vývoji, a tím je dána naděje rodičům a ohroženým dětem, že lze poruchu hybného vývoje zlepšit nebo dokonce normalizovat. Jejím základním principem je fakt, že v centrální nervové soustavě (dále jen CNS) jsou geneticky zakódované pohybové vzory, které u zdravého dítěte nabíhají automaticky. Dojde-li

z nějakého důvodu k poruše CNS, vzniknou blokády v pohybovém vývoji dítěte a vytváří se náhradní (patologické) pohybové vzory, které se fixují, jestliže jsou používány příliš dlouho ve spontánní motorice a jsou posilovány učením pomocí nevhodných stimulačních rehabilitačních technik.

Fixace patologických pohybových vzorů začíná v době optického kontaktu (přibližně od 3. měsíce věku dítěte), kdy snaha dítěte někam se dostat (za vytouženým předmětem nebo osobou) ho nutí stále více a více používat náhradní pohybový model, neboť jeho přirozený program vývoje je zablokován.

Tato koncepce vychází ze studií o plasticitě centrálního nervového systému (CNS), kterou mozek využívá po celý život, nejvíce však v raném dětství. K aktivaci CNS dochází prostřednictvím stimulace určitých míst na těle dítěte (spoušťové zóny) při současném vhodném nastavení jednotlivých segmentů těla. Terapie je nejúčinnější, je-li zahájena před vznikem náhradních modelů. Při včasné aplikaci této metody můžeme zabránit patologickému pohybovému vývoji a cerebrální paréza se stává v tomto pojetí potencionálním stavem. (Pokorná, SRP Pardubice, 2010)

Obrázek č. 1 Ukázka spoušťových zón reflexního plazení



Zdroj: Pokorná, Vojtova terapie v praxi, SRP Pardubice, 2010

2.2 Koncept manželů Bobathových

Základem Bobath konceptu je neurovývojová terapie manželů Bertý a Karla Bobathových, kteří koncept vytvořili a zároveň založili Bobath centrum v Londýně, kde se ročně léčí stovky pacientů z celého světa především s dětskou mozkovou obrnou, ale i s ostatními neurologickými problémy.

Bobathovi pohlíží na dětskou mozkovou obrnu jako na neprogresivní onemocnění, které vzniklo na základě poškození nezralého dětského mozku. Tento poškozený mozek se nadále

vyvíjí a nese s sebou četnou řadu příznaků. Je to především porušený vývoj dítěte v jednom nebo více vývojových aspektech a také porušený tonus a porucha koordinace pohybu. Dle kvality posturálního tonu vytvořili Bobathovi klasifikaci dětské mozkové obrny, která má sloužit především ke snadnější komunikaci mezi terapeuty a k určité orientaci ve výběru vhodných léčebných technik.

Terapeut, vycházející z Bobath konceptu, na základě podrobného vyšetření, během kterého se zaměřuje na to, co dítě dovede bez dopomoci, s dopomocí, co nedovede a dle kvality tonu a pohybu stanovuje svůj léčebný plán a cíl. Tohoto cíle dosahuje za použití terapeutických nástrojů, které aplikuje velice cíleně a při tom vždy vnímá reakce pacienta na tyto techniky. Dle těchto reakcí aktuálně mění a přizpůsobuje svou terapii.

Technika je zaměřena především k tomu, aby příznivě ovlivnila patologický tonus, usnadnila dítěti provést pohyb co nejsprávněji a nejsnadněji. Terapeut neučí dítě pohybům, ale dělá vše pro to, aby mohlo pohyb samo co nejsprávněji provést. Veškerá terapie je prováděna v rámci funkční situace. Snahou terapeuta je umožnit dítěti získat novou senzomotorickou zkušenost a tím příznivě posunout jeho vývoj vpřed. Terapeut často používá četné pomůcky k dosažení zamýšleného cíle (míče, válce, lavičky, labilní plochy atd.)

Základním znakem Bobath konceptu je práce v týmu. Ve středu týmu vždy stojí dítě a jeho rodina. Všichni ostatní terapeuti (logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut) musí na problémy dítěte pohlížet stejnými očima a musí umět použít vhodné léčebné techniky.

Více o Bobath konceptu [online]. [cit. 2017-02-07]. Dostupné z: <http://www.cadbt.cz/bobath-koncept/vic-o-bobath-konceptu>

2.3 Bazální stimulace

Bazální stimulace je koncept podpory, péče a vedení těžce nemocných lidí, který vyvinul profesor Andreas Fröhlich, speciální pedagog při práci s tělesně a mentálně postiženými dětmi. Bazální stimulace nabízí klientovi jasné, cílené a známé informace (stimuly) o sobě samém, nebo jeho okolí, které pro něj byly elementární (bazální). Cílem bazální stimulace je podpora individuálního vývoje osob s těžkým postižením nebo nemocných. Je určena všem, kteří mají narušenou nebo omezenou schopnost vnímání, komunikace a pohybu. V kontextu Šándorové (2015) se jedná o ohrožené děti v důsledku nemoci, zdravotního postižení nebo nedonošenosti.

Bazálně stimulační péče (péče s prvky bazální stimulace) je individuální, zohledňuje jedinečnost ošetřovaného, jeho zkušenosti a historii. Je poskytována s ohledem na věk,

schopnosti a stav nemocného. Bazální stimulace je uznávaným konceptem v mnoha evropských zemích, je používána v oblasti speciální pedagogiky a v ošetrovatelské péči. Pro mnoho pacientů se změnou vnímání se stala neodmyslitelnou součástí života.

2.4 Synergická reflexní terapie (SRT)

SRT je manuální terapie, vyvinutá ortopedem a traumatologem doktorem Waldemarem Pfaffenrotem pro léčbu a prevenci následků mozkových hybných poruch, např. dětské mozkové obrny a dalších neuro-ortopedických nemocí u dětí a dospělých. Její léčebná působnost je prokázána také u dalších poruch hybného aparátu, jako jsou např. vrozené vady nosného aparátu, skoliózy, revmatoidní stavy, poúrazové a pooperační stavy.

SRT zahrnuje kombinaci léčebných interdisciplinárně pojatých postupů či technik na reflexní a neurofyziologické bázi. Při SRT pacient necvičí, nechává si terapeutem podle své individuální problematiky uvolňovat či zpevňovat a centrovat tělesné struktury (svaly, klouby, páteř, fascie), zvětšovat jejich hybnost a aktivovat či tlumit současně nervový systém i orgány, takže nakonec je tělo pro danou chvíli optimálně připravené, aby se aktivně spontánně hýbalo. To přináší lepší výsledky např. u Vojtovy metody, Bobathovy metody, plavání, ergoterapie, logopedie, hipoterapie apod. Zabraňujeme také rozvoji kontraktur, luxací a spasticity. Také psychicky se pacienti lepší a mají lepší výsledky v učení (Vodičková, 2007).

V praxi pracovišť rané péče tuto metodu praktikuje Vodičková.

2.5 Orofaciální regulační terapie (ORT)

ORT začali aplikovat v 70. letech v Argentinském neurofyziologickém centru Dr. Rodolfo Castillo Morales a Dr. Juan Bront, přímo pro potřeby dětí s Downovým syndromem (DS). Později byla upravena i pro osoby s dalšími zdravotními komplikacemi především pro děti s dětskou mozkovou obrnou. ORT má pozitivní vliv na správnou orientaci a polohování jazyka v ústech, sání a polykání a funkci žvýkacího svalstva, upravuje svalové napětí a zmírňuje případné skřípání zubů. ORT stimuluje správné dýchání, které je důležité pro rozvoj řeči a celkový psychomotorický vývoj a je celkově výborným základem pro navazující logopedickou činnost. V nejranějším věku může ORT významně napomoci vyřešit případné problémy s kojením, které jsou u dětí s DS relativně časté (Morales, 2006).

V praxi pracovišť rané péče tuto metodu praktikuje Matějčíková.

2.6 Animoterapie – canisterapie a hipoterrapie

Mnohá pracoviště rané péče využívají terapií prostřednictvím zvířat – animoterapii. Nejznámější jsou hipoterapie a canisterapie.

Hipoterapie je speciální forma fyzioterapie prostřednictvím koně. Využívána je jako součást komplexní rehabilitační péče, klient využívá službu na základě doporučení lékaře. Léčebným prvkem jsou impulzy ze hřbetu koně, které působí na uživatele. Uživatel balancuje na koňském hřbetě, který se rytmicky pohybuje nahoru, dolů a od stran a je nucen přizpůsobovat se jeho rytmu. Současně je pohybem koně vychylován z rovnováhy a je nucen aktivně vyhledávat těžiště, což pozitivně ovlivňuje rovnováhu a koordinaci těla. Význam této stimulace spočívá v napodobení mechanismu chůze člověka a v uvolnění svalového napětí. Další podněty jsou přenášeny na páteř, zapojují se mezi lopatkové a zádové svaly a dochází tak ke vzpřímení a ovlivnění držení těla jezdce. Následkem toho dochází také k prohlubování dechu. Více na“ *Co je hiporehabilitace* [online]. [cit. 2017-02-07]. Dostupné z: <http://www.apolenka.org/co-je-hiporehabilitace>

Může se aplikovat již od věku 2 měsíců. Poskytovat ranou péči v hipoterapii může pouze lékař nebo terapeut – specialista v tomto oboru.

Canisterapie má v rané péči široké využití. Důležitým aspektem je podmínka psa jako motivačního prvku a absence zdravotních rizik (např. alergie). Obecně lze canisterapii definovat jako podpůrnou, speciální metodu využívající pozitivního působení psa na fyzickou, psychickou a sociální stránku jedince.

Canisterapii lze využít při práci s dětmi raného věku s tělesným, mentálním či smyslovým postižením, také v logopedické či (re)habilitační praxi. Canisterapie ovlivňuje u problematicky komunikujících dětí celý proces komunikace, ne jen navazování kontaktu. Canisterapii pracoviště rané péče dále využívají při práci s ohroženým dítětem v raném věku jako podpůrnou metodu při řešení problémů psychologických, sociálně - integračních, jako motivaci k (re)habilitaci. Aplikace metody canisterapie může významně přispět i k povzbuzení imunity prostřednictvím pozitivního vlivu na psychiku jedince.

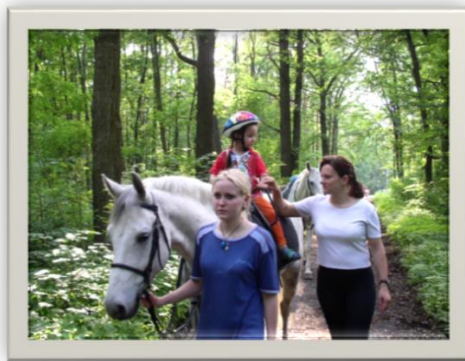
Shrme-li možnosti canisterapie, pak může pomoci klientům se zdravotním postižením v raném věku v mnoha oblastech. Například dle Stančíkové a Šabatové (2012) je to:

- jemná a hrubá motorika, pohybová koordinace, schopnost relaxace;
- orientace v prostoru, pravolevá orientace, orientace v čase;
- verbální a neverbální komunikace;

- kognitivní funkce (vnímání, myšlení, pozornost, paměť, řeč;
- sebeobsluha, podpora samostatnosti či osamostatnění od pečující osoby;
- emoční oblast;
- vytržení ze stereotypu, smysluplné trávení volného času atd.

Ve fyzioterapii se canisterapie nejčastěji aplikuje v podobě tzv. polohování, kde je pes, jehož přirozená tělesná teplota je zhruba o 1-1,5 C vyšší než u člověka, využíván k prohřívání a uvolňování spastických stavů. Dále lze canisterapii využít u nemocí nervového a pohybového aparátu, jako motivace k pohybu a při procvičování jemné a hrubé motoriky atd.

Obrázky č. 2 a č. 3 Ukázky hipoterapie a canisterapie



Zdroj: SRP Pardubice

2.7 Expresivní terapie

Expresivní terapie - dle Valenty a kol., také terapeuticko-formativní, tj. léčebně výchovné postupy - mají svou základnu v oblasti psychoterapií. Při práci s klienty využívají prostředků výtvarného, hudebního, dramatického, literárního nebo tanečního umění, jejichž prostřednictvím pomáhají řešit sociální i psychologické problémy jedince, podporují i jeho emoční vývoj a podporují kladné interpersonální vztahy. Expresivní terapie mají významný léčebný i výchovný potenciál a využívají se ve speciální pedagogice raného věku i v rané péči.

Valenta a kol. (2014) strukturuje expresivní terapie podle pětice základních druhů umění: arteterapie, dramaterapie a teatroterapie, muzikoterapie, taneční a pohybová terapie, biblioterapie a poetoterapie.

V rané péči se nejvíce využívají arteterapie, muzikoterapie a taneční a pohybová terapie.

Obrázky č. 4 a č. 5 Ukázky expresivních terapií



Zdroj: SRP Pardubice

2.8 Terapie hrou a hračkou

Raný a předškolní věk je podle mnohých autorů (např. Mišurcová a kol., 1989) tzv. zlatým věkem hry. Hra je pro toto období charakteristickou činností, v rámci které dítě zachytává a tvořivě rozpracovává skutečnost. Je nenahraditelnou činností pro všestranný psychomotorický a emocionální vývoj a edukátor v ní má možnost nejúčinněji rozvíjet jeho osobnost.

Hru je možné využít efektivně v rané péči jako terapeutickou činnost. Terapie hrou je specifický psychoterapeutický přístup, který vychází ze skutečnosti, že hra je pro děti přirozeným způsobem zkoumání světa. Terapeut prostřednictvím hry a hračky podporuje v referenčním poli rané péče ohrožené dítě ve vyjádření svých potřeb a pomáhá mu vytvářet zdravý a přiměřený kontakt (vzhledem k limitovaným možnostem dítěte) se sebou a svým okolím. Pracoviště rané péče disponují širokou paletou vhodných hraček a her pro specifické skupiny dětí a zapůjčují je do rodin.

V ruském systému včasné pomoci jsou velmi využívány tzv. lekotéky. Lekotéka je založena na humanistickém přístupu a využívá herních metod, art-terapeutických technik, a to z důvodu psychoprofilaxe, psychoedukace a realizace psychologické podpory rozvoje osobnosti dítěte. (více Šándorová, 2015)

Velmi zajímavý projekt „*Tralala, hra je naše zábava*“ realizovalo např. Středisko rané péče v Pardubicích v rámci sbírkový projektu „Pomozte dětem“, 11. ročníku.

V projektu se poradci rané péče zaměřili na terapeutickou hodnotu hry a hračky a sledovali spolu s rodiči výběr a manipulaci s hračkou dítěte s ohroženým vývojem, tělesným, mentálním a kombinovaným postižením včetně poruch autistického spektra. Výstupem

projektu byly mimo jiné publikace psycholožky Marie Dusilové Vývoj hry dětí do 7 let a kolektivu pracovníků Střediska Hry a činnosti pro podporu rozvoje hrubé motoriky. Tento projekt je příkladem kreativity pracovníků v rané péči, úzké spolupráce s rodiči a je také důkazem efektivity herní terapie.

Videozáznam je dostupný z <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10257114312-kde-penize-pomahaji/210522162210015-sdruzeni-pro-ranou-peci-v-pardubicich/>

Také Fidlerová (2015) zpracovala k tématu zajímavou metodiku pro mateřské školy Hra jako prostředek reedukace zraku v mateřské škole.

Obrázky č. 6 a č. 7 Ukázky terapie hrou a hračkou



Zdroj: SRP Pardubice

2.9 Další volnočasové terapeutické aktivity pracovišť rané péče

Mezi další terapeutické aktivity realizované na pracovištích rané péče lze uvést např. rehabilitační plavání, ergoterapii, pracoviště rané péče využívají možnosti alternativní a augmentativní komunikace, v rámci volnočasových aktivit nabízejí lyžování pro děti s handicapem, vodácké kurzy, návštěvy v solné jeskyni, setkání zaměřená na rozvoj komunikace a znakování, týdenní psychorehabilitační kurzy (viz např. Výroční zprávy Střediska rané péče v Pardubicích o.p.s. či Alfa Human Service). Aktivity jsou voleny vzhledem k potřebám cílových skupin.

Obrázky č. 8 a č. 9 Ukázky volnočasových terapeutické aktivity pracovišť rané péče



Zdroj: SRP Pardubice

3 Volnočasové aktivity – výzkumné šetření

Mezi významné činnosti v rámci rané péče patří volnočasové aktivity. I přes skutečnost, že jsou volnočasové aktivity důležitou součástí života všech rodin, tedy i rodin s dětmi s postižením, jejich potřebnost a související financování je v rámci poskytování rané péče potřebné zdokumentovat. Jako příklad je možné uvést orientační šetření, které proběhlo v rámci projektu anonymní organizace pro financujícího donátora.

Výzkumnou metodou byl rozhovor se členy (na žádost anonymní) krajské organizace poskytující službu „raná péče“. Záměrem bylo **kvalitativní zhodnocení volnočasových aktivit pro cílovou skupinu** - rodinu s dítětem raného věku s postižením (ohroženým) a **konkrétním cílem** „*Zmapovat a popsat volnočasové aktivity se zaměřením na prevenci sociálního vyloučení cílové skupiny.*“

Samotné šetření bylo zajímavou sondou zhodnocení konkrétní činnosti poskytovatele rané péče v rámci prevence sociálního vyloučení. Pro příspěvek jsme vybraly výzkumnou otázku: „*Vnímají členové organizace volnočasové aktivity jako významnou činnost v prevenci sociálního vyloučení a nastolení psychosociální pohody při prožívání dlouhodobé náročné životní situace, kterou je narození dítěte s postižením?*“. Tato otázka byla zásadní pro zjištění subjektivního vnímání sociálního vyloučení, které může být produktem narození dítěte s postižením.

Respondenti hodnotili na škále **subjektivně pocíťovanou intenzitu snížení možnosti sociálního kontaktu (sociálního limitu, sociálního vyloučení) v důsledku narození dítěte**

se speciálními potřebami (postížením či ohroženým vývojem) na začátku členství v organizaci a aktuálně v čase rozhovoru.“ (hodnocení: nejméně 1, nejvíce 5).

Dotazovaných (respondentů) bylo 16 rodičů (14 žen a 2 muži) dětí s postižením, kteří se zúčastnili volnočasové aktivity.

Tabulka č. 1 Záznam konkrétních odpovědí respondentů

Klient č.	Odpověď
1	Situaci na začátku členství v organizaci bych zhodnotila na škále hodnotou 4. Opravdu jsem měla pocit osamocení. Neměla jsem výraznější podporu v širší rodině. V současnosti po 3 letech členství hodnotím za 2. Stále pociťuji určité omezení při navazování společenských kontaktů pro zvýšenou péči o dítě.
2	Na začátku 4, nyní 1. V organizaci jsem získala dobrou kamarádku, jejíž dítě má podobné zdravotní problémy. Byly jsme společně s dětmi v léčebně.
3	Na začátku byla zaskočena celá rodina, protože se nám narodil syn předčasně s nízkou porodní hmotností. Na téměř rok se nám zastavil společenský život. Pomohla nám pomoc rané péče a členství v organizaci. Hodnotila bych tedy začátek známkou 5, nyní, po 4,5 letech, kdy je syn již v předškolním zařízení známkou 2. Nyní řešíme školní docházku a opět mám pocit jistého sociálního vykojení, protože máme problémy s integrací do běžné základní školy.
4	Zdravotní problém syna se objevil v pozdějším věku. Začátek členství, tedy akutní stádium hledání pomoci bych hodnotila na škále hodnotou 4. Sociální kontakty se nám sice nesnížily, ale osobně jsem prožívala sociální vyloučení v důsledku starostí o syna. Výrazně jsem tyto kontakty omezila. To trvalo po dobu asi 3 let, kdy se synův zdravotní stav výrazně zlepšil. V současné době situaci hodnotím za 1.
5	Na začátku – 4, v současné době 2. Synovo postižení je těžší a i přes podporu a pomoc širší rodiny i organizace limituje celou rodinu v možnosti normálního společenského začlenění.
6	Na začátku jsme byli všichni zaskočeni narozením dítěte s genetickou vadou. Vstup do organizace bych zhodnotila na škále hodnotou 5, v současnosti 1.
7	Náš syn má lehčí zdravotní problémy, takže jsme sociální kontakty výrazně neztratili. Podporu jsme měli v rodině. I tak jsem subjektivně vzhledem ke zvýšené péči o dítě zpočátku jistou společenskou separaci prožívala. Hodnocení – na začátku 5, nyní 1.
8	Vzhledem k tomu, že jsme byli zaskočeni předčasným narozením dítěte, nízkou porodní hmotností, dlouhým pobytem v nemocnici a následným častými nemocemi, hodnotím počáteční kontakty s organizací známkou 5, nyní 2.
9	O zdravotních problémech svých 2 dětí jsme se dozvíдали postupně. Byly však méně výrazné. Sociální kontakty jsme nemuseli omezovat nikdy. Takže hodnotíme hodnotami na začátku i nyní 1,1.
10	Narodilo se nám dítě s těžkým postižením. Toto postižení se postupně vyvíjelo, a s tímto vývojem se mírně omezovala naše možnost sociálních kontaktů. Situace se zlepšilo narozením 2. dítěte. Hodnoty vidím 4 a 2.
11	Komplikovaný porod a následná méně příznivá zdravotní prognóza našeho dítěte nás první dva roky omezovala v sociálních kontaktech. Upřednostňovali jsme rehabilitace, stimulační pobyty, léčebné pobyty. Začátek členství bych hodnotila známkou 5, současnost 1. Jsme plně sociálně začlenění, já pracuji, dítě navštěvuje běžnou mateřskou školu. Aktivity organizace nám hodně pomohly.

12	Po předčasném porodu jsme byli díky náročné péči o dítě v sociálních vztazích omezeni. Ke snížení této izolace přispělo členství v organizaci, na začátku bych situaci hodnotila známkou 5, nyní 2.
13	Pokud hodnotím začátky v organizaci, pak hodnotím známkou 4, nyní, po 2 letech asi známkou 3. Úplné sociální začlenění ještě nepociťuji. Limitují mne stále zdravotní problémy dítěte.
14	Než jsem se zapojila do činnosti organizace, pociťovala jsem určitou sociální izolaci v důsledku zdravotního postižení dcery. Z této situace mi pomohla kamarádka, která má také postižené dítě a obě jsme tuto situaci zvládaly za podpory organizace lépe. Hodnotím tedy 4 a 2.
15	Vzhledem ke krátkému členství hodnotím svoji situaci v oblasti sociálních kontaktů 5,3.
16	Náš problém, který se samozřejmě promítl do určitého omezení sociálních vztahů, bylo předčasné narození dítěte. Péče o něj byla prioritní. Situace se pozitivně změnila nejen zlepšením zdravotního stavu dítěte, ale i členstvím v organizaci. Hodnotila bych Vámi požadovaný dotaz známkou 5 a 1.

Z odpovědí vyplynul závěr, že:

1) sociální limit, tedy určitou míru sociálního vyloučení zaznamenalo 15 respondentů, 1 respondent jej nezaznamenal;

2) z porovnání subjektivního hodnocení sociálního vyloučení dle škály na začátku členství v organizaci a v době realizace rozhovoru došlo k následujícímu posunu

- u 1 respondenta rozdíl o 1 bod škály;
- u 5 respondentů rozdíl o 2 body škály;
- u 6 respondentů rozdíl o 3 body škály;
- u 3 respondentů rozdíl o 4 body škály.

V období členství v organizaci došlo z celkově 16 dotazovaných respondentů u 15 ke snížení subjektivního prožívání míry sociálního vyloučení, jeden respondent nepociťoval nikdy limity v sociálních vztazích. Členství v organizaci sice zmírnilo sociální vyloučení respondentů, avšak jen u 6 respondentů došlo k úplnému obnovení sociálních vztahů, tedy v době rozhovoru udávali hodnocení podle škály hodnotu 1. Nejvíce k tomuto zhodnocení přispěl zlepšený zdravotní stav dítěte, integrace dítěte do předškolního či školního zařízení, pomoc rodiny a nejbližšího okolí a také členství v organizaci.

Dle zjištěných výsledků lze shrnout, že volnočasové aktivity v rámci organizace poskytující službu sociální prevence ranou péči mají integrující společenský charakter a jsou prevencí sociálního vyloučení a izolace. Rodiče nejsou na problém sami, mají je s kým sdílet, získávají podporu, pomoc, kontakty, informace. Významným zjištěním je také to, že volnočasové aktivity napomohly stabilitě a udržení rodinného systému při zapojení otce. Nezanedbatelný je i prvek terapeutický. I přes náročnou péči o dítě s postižením aktivity přinášejí odpočinek a relaxaci.

Z výsledků šetření také dále vyplývají doporučení pro využití aktivit organizace vzhledem k podpoře rodiny a dítěte. Jde zejména o navázání sociálních vazeb na další rodiče, vznik přátelství. Je potřeba zdůraznit slova jako je vzájemnost, prosazení se, žít „normální život“.

Přetrvávajícími limity v oblasti sociálního vyloučení jsou zdravotní problémy dítěte, nemožnost integrace dítěte v předškolním či školním zařízení, nespolupráce rodiny.

Projekt byl přijat k financování a realizován.

4 Závěr a shrnutí

Služba sociální prevence raná péče je v České republice realizována dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění a je nedílnou součástí sociálních služeb. Představuje komplexní pomoc, podporu a služby rodinám s dětmi s ohroženým vývojem z důvodu zdravotního postižení či ohrožení. Je realizována převážně v terénu, v přirozeném prostředí dítěte, což představuje mimo jiné základní lidské právo dítěte – být s nejbližšími, s rodiči, sourozenci, komunitou. Raná péče je důležitá z pozice sociálního začleňování. Znamená prvotní sociální a výchovnou inkluzi, na kterou plynule navazuje inkluze vzdělávací (Ehlová, 2016). Raná péče reflektuje strategické dokumenty, jako je Listina základních práv a svobod, Úmluva o právech dítěte, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením apod.

Při podpoře rodiny a podpoře vývoje dítěte jsou využívány různé specifické formy činností. Dle uvedeného příspěvku je v rané péči využívána řada technik, strategií, intervencí, které mají významný terapeutický – léčebný účinek. Jsou to v rámci ucelené (re)habilitace čistě fyzioterapeutické intervence prováděné odborníky – fyzioterapeuty. Nejsou však již ojedinělé aktivity s psychoterapeutickými prvky, jako jsou například terapie prostřednictvím zvířat a „zdomácnělé“ jsou při poskytování rané péče terapeuticko-formativní postupy, terapie hrou a hračkou či terapeuticky zaměřené volnočasové aktivity. Tyto specifické formy činností jsou v souhrnu efektivní a cílovou skupinou pozitivně hodnocené, jak dokládá prezentované kvalitativní šetření.

Raná péče v České republice představuje start do nezávislého života, otvírá cestu inkluzivnímu zapojení dětí se zdravotním postižením do společnosti, podílí se na dosažení co nejvyšší možné „kvality života“, nabízí pomoc a podporu při resocializaci a reinkluzi pečujícím osobám – rodičům, zákonným zástupcům a neopomíjí ani interdisciplinární tým, který je předpokladem odbornosti a kvality.

Literatura

- DUSILOVÁ, Marie. *Hra dětí do 7 let*. Pardubice: Silueta s.r.o., 2009. ISBN není uvedeno.
- EHLOVÁ, Marcela. *Výchovné poradenství na středních školách v kontextu současnosti*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická, 2016. ISBN 978-80-7395-991-3.
- FIDLEROVÁ, Dagmar. *Hra jako prostředek reedukace zraku v mateřské škole*. Pardubice: Polygrafické středisko Univerzity Pardubice, 2015. ISBN 978-80-260-9209-4.
- Kolektiv autorů Střediska rané péče v Pardubicích. *Hry a činnosti pro podporu rozvoje hrubé motoriky*. Pardubice: Silueta s.r.o., 2009. ISBN není uvedeno.
- MIŠURCOVÁ, Věra, Jiří FIŠER a Viktor FOXL. *Hra a hračka v životě dítěte*. 2. Praha: SPN, 1989, 144 s. ISBN neuvedeno
- CASTILLO-MORALES, Rodolfo. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7105-0.
- POKORNÁ, Lenka. *Vojtova terapie v praxi*. Středisko rané péče Pardubice, 2010, bez ISBN
- STANČÍKOVÁ, Markéta a Jitka ŠABATOVÁ. *Canisterapie v teorii a praxi: sborník her a pomůcek pro praktickou realizaci canisterapie u různých cílových skupin*. Ve Vyškově: Sdružení Piafa, 2012. ISBN 978-80-87731-00-0.
- ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. (Re)socializace v rané péči. Pardubice: Polygrafické středisko UPa, 2015. ISBN 978-80-7395-961-6.
- VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
- VODIČKOVÁ, Renata. *Praktická skripta synergické reflexní terapie v léčbě mozkových hybných poruch*. Praha: Institut synergické reflexní terapie s.r.o., 2007.
- Výroční zprávy Střediska rané péče v Pardubicích (2003 – 2015)

Autorky:

PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.

PhDr. Marcela Ehlová, Ph.D.

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Katedra věd o výchově

Česká republika