

1. Psychologické aspekty handicapu v raném dětství

Vývojové potřeby dítěte s handicapem ve věku 0-6 let.

Dopady handicapu na raný vývoj dítěte a na jeho psychické potřeby.

Specifika psychologického a emocionálního vývoje dětí s různými typy handicapů (tělesný, mentální, smyslový aj.).

Zdroj: Psychologie handicapu 3. část, Vágnerová, 2003

1. Kojenecké období

Dle Ericksona období receptivní – dítě přijímá podněty z okolního světa

Smyslem této fáze je získat základní pocit důvěry a zbavit se negativně působící nejistoty a nedůvěry v lidi a svět. Jeho naplnění je spojeno s adekvátností mateřské péče.

U postižených dětí může dojít k různé **závažné deprivaci** v oblasti základních psychických potřeb.

Příčinou mohou být:

- Omezení daná zdravotním stavem (např. neschopnost přijímat podněty určité kvality, pohybové omezení atd.)
- Změny v mateřských postojích a chování k dítěti (sekundární)

V kojeneckém období jsou již zřejmé individuální rozdíly jednotlivých dětí v chování, prožívání i celkovém vývojovém trendu. **Vývoj postižených dětí je zatížen primárními a sekundárními následky defektu.** Platí to i pokud nebylo ještě postižení diagnostikováno. Raná zkušenost, kterou takové dítě během prvního roku života získává, se v mnoha směrech liší od zkušeností zdravého dítěte, a to opět jak v závislosti na vlastnostech organismu, tak na odlišném působení rodiny a celkové životní situaci tam, kde rodiče aspoň tuší, že dítě nebude zdravé.

Nejvýznamnější vývojové pokroky tohoto období:

- a) Rozvoj lokomoce, motoriky
- b) Rozvoj řeči
- c) Emoční a socializační vývoj – prožít blízký vztah s matkou
- d) Rozvoj psychických potřeb

a) Rozvoj lokomoce, motoriky

Za normálních okolností dochází ke značnému rozvoji motorických dovedností. S rozvojem pohybovým dovedností souvisí i vývoj poznávacích procesů a socializace. Pohybový vývoj i adekvátní vnímání vlastního těla má pro kojence velký význam, protože dětské sebepojetí je v tomto věku vztaženo především k vlastnímu tělu, jeho aktivitám a kompetencím. Jestliže dochází v některé z těchto složek k poruše, projeví se to pravděpodobně ve větší či menší míře v dalším rozvoji osobnosti postiženého dítěte.

Dítě s DMO

- Pohyblivost dítěte téměř zcela znemožňující
- Pohybové omezení má negativní vliv i na rodiče – utlumuje zájem rodičů se dítěti věnovat
- Chudý projev, bez motorické aktivity
- Bez mimických a pantomimických reakcí
- Bez hlasového projevu (zejména artikulovaného, jestliže je postižena motorika mluvidel)
- Samy si nemohou opatřit ani ty nejzákladnější podněty
- Přímo úměrně k závažnosti pohybového deficitu opožděje celkový vývoj. Z důvodu většího rizika vzniku kombinovaného postižení nebo jen nedostatek stimulace.
- Změněná je i aktivační úroveň: buď jsou neklidné, zvýšeně dráždivé, často pláčící, trpí poruchami spánku a jídla a nebo naopak jsou apatické, ospalé a bez zájmu.

Dítě s mentálním postižením

- Pohybový vývoj se opožděje, v průběhu prvního roku života se nerozvine téměř vůbec.

Dítě se zrakovou vadou

- Rozvoj motoriky je podmíněn růstem a zráním nervové soustavy. Vlivy prostředí mohou motorický vývoj podněcovat či zpomalovat podněcovat či zpomalovat, mnohdy jsou možnosti takového působení dány příznivými dispozicemi organismu nebo jeho omezeními. Tento vztah je naprosto zřejmý u postižení CNS, ale platí i u dětí se zrakovou vadou.
- Omezená senzorická stimulace má negativní vliv na vývoj pohybových dovedností.
- Dítě se obvykle snaží dosáhnout toho, co vidí – vizuální podněcování k pohybovým aktivitám.
- Dítě nevidí vůbec nebo rozlišuje jen podněty v nejbližším okolí – nejsou pro něj podněty atraktivní – méně podporován pohybový vývoj.
- Vývojový pokrok – mezi 7. – 9. měsícem dítě začíná samo sedět – vidí svět z jiného zorného pole a může pozorovat více podnětů než vleže.
- Dítě leze – samo se může přiblížit k zajímavým objektům, není vázáno na ochotu někoho jiného, kdo mu podněty zprostředkuje.
- Dítě se značně omezeným viděním bývají často, vlivem obtížnější orientace v prostoru poněkud opožděné v samostatné lokomoci a jeví se i méně aktivní.

Motorika rukou

Poznávací aktivity jsou v tomto věku úzce spojeny s manipulací, která je závislá na rozvoji ovládání ruky a úchopu.

Děti s DMO a mentálně postižené

- U dětí s DMO bývá postižen
- U dětí s těžkým mentálním postižením je někdy opožděn a projevují se i obecně nižší aktivační úroveň.
- Vývojově podmíněné dovednosti se objevují později, ikdyž v zákonitém sledu.

Dítě nevidomé

- Mnohem méně stimulovány – snižuje se jejich aktivační úroveň i upoutání pozornosti.
- Opoždování specifické aktivity rukou

Dítě se sluchovým postižením

- Pohybový vývoj probíhá zcela normálně.

b) Rozvoj řeči

V kojeneckém věku mluvíme o přípravném období vývoje řeči, které je v jednom roce dovršeno aktivním používáním několika jednoduchých slov a porozuměním základním pojmům či pokynům.

Řeč může být opožděna na základě:

- Poruchy motoriky mluvidel
- Poruchy CNS, která narušuje porozumění řeči
- Sluchové vady, která znemožňuje přijímat řečové stimuly
- Podnětová deprivace daná špatnou funkcí rodiny

Děti s DMO

- Vývoj řeči narušen často
- Porucha motoriky mluvidel a kombinované postižení – DMO s MP

Děti s mentálním postižením

- Základní porozumění a první aktivní slova se neobjevují
- Objevují se v závislosti na stupni mentálního postižení později

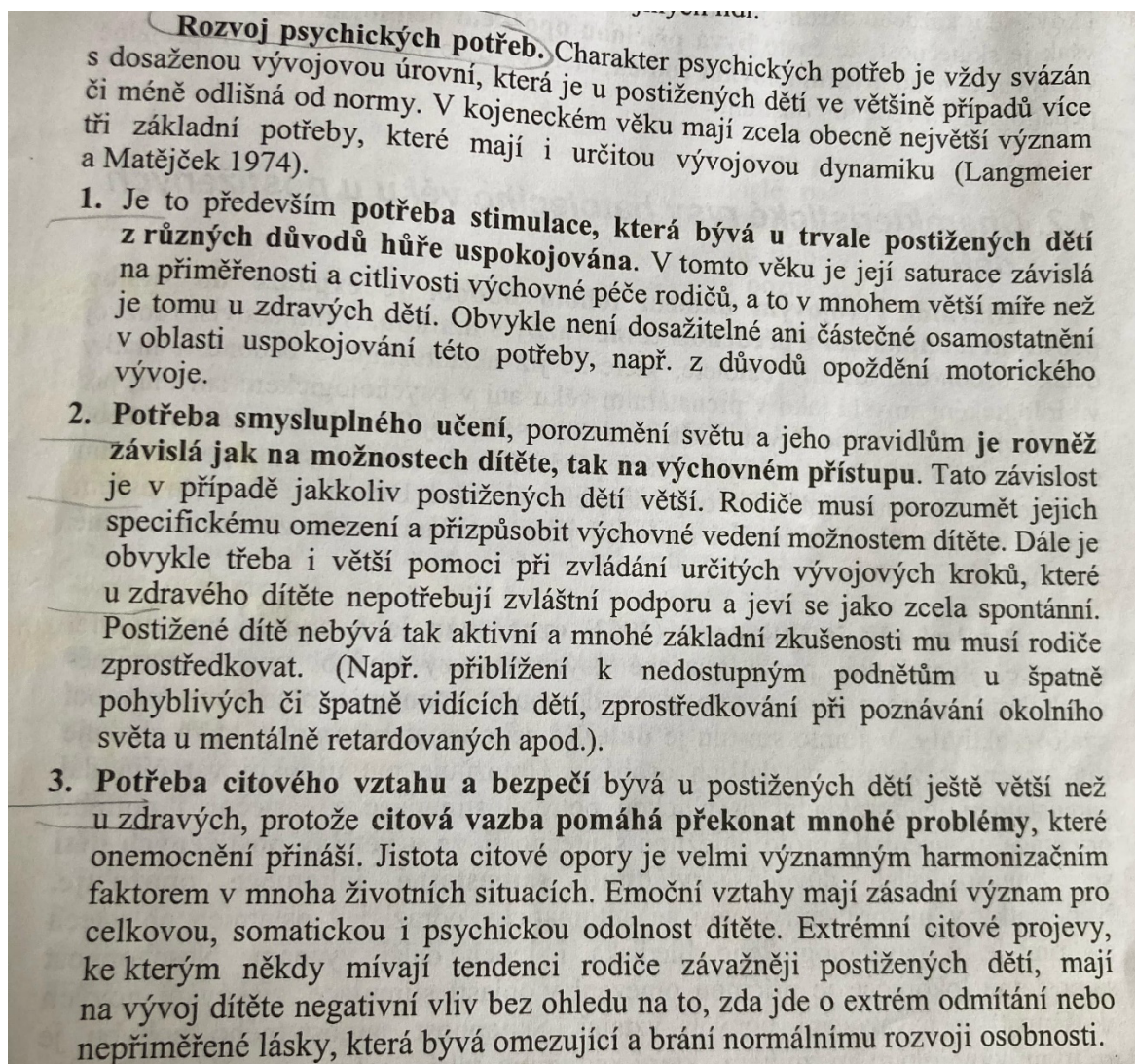
Děti se sluchovým postižením

- Spontánní vývoj je eliminován
- Začínají broukat, ale protože chybí zpětná vazba, žvatlání nenastupuje
- Nedostatečná úroveň komunikace – vizuální, pohybové a dotekové podněty – menší diferencovanost osobnostního vývoje a určitá sociální deprivace

Děti se zrakovým postižením

- Řeč se vyvíjí normálně
- Kompenzační preference ve zvukových podnětech
- Sluchové vnímání se stává stále diferencovanější a jeho největší význam je ve vnímání řeči, která pro dítě začíná mít poznávací, komunikační a navíc kompenzační smysl.
- Hra s řečí je častá a uspokojující, i počátek rozvoje pasivní řeči – porozumění
- První slova se objevují stejně jako u zdravých dětí

Raný vývoj poznávacích procesů bude u těchto dětí vždy nějakým způsobem ovlivněn. Velký význam má i faktor prostředí, protože tyto děti jsou vzhledem ke svému handicapu více závislé na aktivitě jiných lidí.



c) Emoční a socializační vývoj

U většiny postižených dětí, pokud nejde o hluboký defekt, se rozvíjí běžné citové prožitky a projevy. **Pokud zde dochází k odchylkám vývoje, nebývá to zpravidla dáno samotným defektem, ale sekundárně, charakterem rodinné výchovy.** Citové prožitky mají i u těchto dětí základní regulační význam, protože usměrňují veškeré reakce dítěte směrem k pozitivně prožívaným podnětům a aktivitám. V tomto věku **není ještě ani za normálních okolností rozvinut regulační systém.**

Kojenecké období je za normálních okolností zakončeno **dosažením určité vývojové úrovně, která není pro většinu postižených dětí v tomto věku dosažitelná**. Mnoho takových dětí ještě není schopno samostatné lokomoce, úchop bývá neobratný, manipulace stereotypní a krátkodobá. Děti vesměs nejsou schopné opatřit si samostatně různé podněty a uspokojit tak potřebu stimulace. Bývají v tomto směru zcela odkázány na své okolí. Často bývá příčinou opoždění neinformovanost a z toho vyplývající neadekvátní chování rodičů, které by bylo možno vhodným speciálně pedagogickým vedením odstranit.

2. Batolecí období

Hlavním vývojovým úkolem tohoto období je expanze do širšího prostředí a odpoutání z předchozí těsné vazby s matkou. S tím souvisí i rozvoj dětské osobnosti, identity batolete, které se již neztotožňuje s osobností matky v biologickém smyslu jako v prenatálním věku ani v psychologickém smyslu, jak tomu bylo v prvním roce života. **Dětská identita** se rozvíjí v rámci diferenciaci sebe sama od okolí, v této vývojové fázi především v souvislosti s poznáváním a rozvojem sociálních rolí a jim odpovídajícího chování. Důležitou úlohu tu ovšem hraje i vlastní tělo a vzrůstající možnosti jeho ovládnutí, velmi značně narušené, např. u dětí s DMO.

Batolecí věk je podle Ericksona označován jako období autonomie, separace. Podle klasické psychoanalýzy období análně-uretrálně-muskulární, protože dítě v této době dosahuje autonomie především pomocí svalové aktivity.

a) Lokomoce

- Důležitá schopnost lokomoce, která zbavuje dítě značné závislosti na dalších osobách
- Umožňuje mu uspokojovat základní psychickou potřebu stimulace a částečně i potřebu orientace, tj. učení.
- U většiny dětí s postižením se zvládnutí samostatné lokomoce opoždí.
- Příčinami je omezení v oblasti stimulace, získávání nových zkušeností a navazování nových vztahů.
- Schopnost samostatného pohybu ovlivňuje i postoje rodičů – tendence nesamostatnost dítěte generalizovat a chovat s k němu i v ostatních oblastech jako ke kojenci.

Dítě se zrakovým postižením

- Samostatná chůze není tak snadná
- Omezená možnost orientace na větší vzdálenost, což vadí při rychlejšímu pohybu a někdy se bojí, zejména v cizím prostředí
- Koordinace ruky a oka může být méně přesná, protože své pohyby nemohou dobře kontrolovat

Dítě s mentálním postižením

- V různé míře opožděn v závislosti na etiologii a stupni defektu.

b) Rozvoj poznávacích procesů

Rozvoj všech poznávacích procesů je spojen s praktickou činností, s úrovní pohybové aktivity. U naprosté většiny postižených dětí přetrvává vazba na zprostředkující aktivitu jiných lidí. Osamostatňování v oblasti poznávání je u nich více závislé na porozumění a podpoře dospělého. Je třeba, aby matka učila dítě aktivně a samostatně poznávat a nečekala, až samo projeví zájem. Děti s postižením mívají sníženou aktivační úroveň a menší zájem o stimulaci. Přesun preference k dostupnějším podnětům (u dětí s postižením zraku a sluchu).

V některých případech se dítě soustředí na vlastní tělo a manipulaci s ním. Potřeba aktivity se může uspokojovat náhradním způsobem ve formě **autostimulace a různých automatismů**, např. kývání, mačkání očí apod. Děti se stimulují tehdy, jestliže vzrůstá jejich vnitřní tenze a nebo tehdy, když nemohou nebo neumí svou aktivitu uplatnit smysluplnějším způsobem. Podobného charakteru může být i **sebepoškozování** u závažnějších mentálních postižených dětí, kde může být příčinou takové nepřiměřené aktivity zvýšená tenze, nebo je projevem bezmocnosti v situaci výrazné deprivace základních psychických potřeb.

Dítě s mentálním postižením

- Jsou závislé, pasivní a nebývají příliš zvědavé

Dítě se zrakovým postižením

- Nejsou svým prostředím automaticky stimulovány
- Potřebují nabídku dostupných podnětů, přiblížit prostorově, hmatově

Řeč umožňuje osamostatnění prostřednictvím komunikace a rozvoje poznávacích funkcí. Její vývoj může být na jedné straně narušen defektem v oblasti dispozičního vybavení (sluchového aparátu, mluvidel, jejich neurosvalové koordinace a CNS) a na druhé straně jej může negativně ovlivnit i nedostatek stimulace řečovými podněty.

Děti se sluchovým postižením

- Vlivem nedostatečného rozvoje řeči se opoždí celkový psychický vývoj.
- Opoždění se projevuje tam, kde má řeč největší význam – rozvoj poznávacích procesů a sociální vztahy
- Vývoj myšlení nemůže plynule přecházet ve vyšší, symbolickou úroveň, když má představy jako symboly realit a chybí mu znaková soustava.
- Schází komunikativní funkce řeči – nerozumí svému okolí, omezené možnosti vyjádřit své potřeby a pocity.
- Méně kvalitní komunikace – menší možnost pochopit rozdílnost sociálních rolí i jejich vazeb – omezený vývoj vlastní identity.

Děti s DMO

- Poškozena motorika mluvidel – komunikační obtíže – celkové omezení sociálního kontaktu – stagnace v socializačním rozvoji a vývoji vlastní identity

Děti s mentálním postižením

- Narušen vývoj řeči – na konci batolecího období rozumí nanejvýš jednoduchým pokynům, velmi chudý slovník, 2-3 slovné věty, agramatismus.

c) Rozvoj psychických potřeb

Potřeba stimulace bývá u postižených dětí snížena.

Potřeba účinného učení v batolecím období – touha po nových zkušenostech všeho druhu a zároveň regulována **potřebou stability určitého řádu**. Emancipace a stále samostatnější kontakt se světem nesmí vyvolávat větší nejistotu a strach, které by aktivitu dítěte utlumily. Postižené děti, jejichž kompenzace jsou nějakým způsobem omezeny a mají proto méně zkušeností, se mohou častěji cítit ohroženy a hledat oporu ve stereotypu určitého dění a ve větší závislosti na autoritě.

d) Emoční a socializační vývoj

Vztah s matkou zůstává i pro zdravé dítě primárním zdrojem jeho jistoty a bezpečí. U dítěte s postižením přetrvává závislost na takovém vztahu mnohem déle jak z důvodů omezení daných postižením, tak následkem změny rodičovských postojů – zvýšená tendence dítě nadměrně ochraňovat a zároveň mu nedovolit odpoutání a osamostatnění ani v dostupné míře.

Ve druhé polovině batolecího věku dochází k rozvoji **vědomí sebe sama**. Pro výchovu dětí s postižením je typická kombinace zbytečně větší tolerance k některým projevům a menší citlivosti, nepochopení potřeb dítěte, přispívá k uchovávaní méně zralého sebepojetí.

Děti s tělesným postižením

- Emancipace je opožděna, nemají možnost téměř nic udělat samostatně, i když by mnohdy psychicky nebyla nutná.
- Stadium negativismu – signál osamostatňování a rozvoj identity vlastní osobnosti – se vesměs neobjevuje nebo v pozdějším období a jeho projevy nemusí být zcela typické – bezmocné záchvaty vzteku

Děti s mentálním postižením

- V rámci celkové vývojové retardaci je opožděn rozvoj sebeuvědomování
- Závislé na dospělé osobě

Děti se sluchovým postižením

- Osamostatňování se jeví normálně, převažuje pohybová samostatnost
- V sociální oblasti je spíše izolace – nerozumí okolnímu světu, nedokáže se orientovat a přijmout jeho řád a osvojit si adekvátní sociální role

Děti s chronickou nemocí a často hospitalizované

- Zvýšená potřeba bezpečí a jistoty
- Jsou vystaveny většímu množství nepříjemných podnětů, které vyvolávají potřebu ochrany
- Mají menší možnosti k osamostatnění a zároveň nemají takovou potřebu vývojového pokroku – příliš náročný, vyčerpávající i znejišťující
- Častý pohyb v málo stimulujícím prostředí nemocnice a omezení sociální zkušenosti

3. Předškolní období

Období předškolního věku je označováno jako **fáze iniciativy**, jejímž hlavním motivem je **potřeba aktivity a sebeprosažení**. Aktivita dětí s postižením nemůže být tak intenzivní a nemůže se projevat ve všech oblastech. Určitou roli zde hrají omezení sociálního charakteru, děti bývají vázány na úzký prostor i kontakt s malým počtem stále stejných lidí, a ani zde se vždy nemohou zcela samostatně projevit.

Samo postižení a jeho následky se stabilizují. Bývá již zřejmé jak bude primární deficit závažný, ale někdy nebývá ještě příliš jasné, do jaké míry je dítě opožděno v ostatních složkách.

a) Úroveň pohybových dovedností

- Pokud nejde o motorické postižení, tak se úroveň zlepšuje natolik, že se většina dětí dokáže nějakým způsobem sama pohybovat.
- Obtíže v manuální zručnosti u nevidomých dětí, kvůli chybění vizuální kontroly pohybu.
- Obtíže v motorice rukou v rámci DMO bývá časté, mnohdy jednostranné a dítě se učí toto omezení kompenzovat.

b) Rozvoj poznávacích procesů

- Bývá opožděn nerovnoměrně, v závislosti na charakteru postižení.
- U smyslového a pohybového postižení může být ovlivněno větším rizikem kombinace s mentálním postižením a celou řadou faktorů v oblasti výkonnosti a využití schopností.
- Rozvoj poznávacích schopností je závislý na stimulaci a sociálních vlivech.

Řeč

Zvládnutí je podmínkou pro dobrý rozvoj v moha oblastech psychiky předškolního dítěte. Formální i obsahová stránka řeči však bývá v různé míře postižena u většiny dětí s postižením.

Děti s DMO

- Akustická dysgnózie – obtíže v rozlišování zvukových, řečových stimulů
- Porucha artikulace
- Dobré porozumění, ale nesrozumitelně mluví

Děti s mentálním postižením

- Řeč je opožděná ve všech složkách
- Řečový projev chudý, agramatický, obtížně srozumitelný
- Špatné porozumění, znají málo slov, delší verbální sdělení nedokáží sledovat

Děti se sluchovým postižením

- Opožděný či odlišný vývoj představuje určitou bariéru v interakci s lidmi mimo vlastní rodinu

c) Emoční a socializační vývoj

- V předškolním období – věk iniciativy, potřeba aktivity, která je určitým způsobem spojená s potřebou poznávání a učení.
- Na jedné straně je potřeba změny, často dosahované vlastní iniciativou, a na druhé straně potřeba stability, jistoty a bezpečí.
- U dětí s postižením bývá iniciativa omezována jak samotným defektem, tak i postojem rodičů, kteří podporují spíše projevy závislosti.

- Předškolní věk je za normálních okolností dobou relativního klidu a stabilního plynulého vývoje. Vývoj dítěte s postižením s nemusí jevit jako plynulý, mnohdy se teprve v tomto období dochází k pokusům o emancipaci.
- V životě dítěte s postižením dochází častěji k nějakému strádání v oblasti různých psychických potřeb.
- Rozvoj osobnosti postiženého dítěte závidí na značné citlivosti a přiměřenosti výchovy, více než u dítěte zdravého, které není ve svých možnostech primárně omezeno.
- Období předškolního věku je také dobou dosažení určitého smíření rodičů s postižením jejich dítěte. V tomto směru příznivě působí i relativně stabilizovaný vývoj dítěte, i když může být v některé oblasti opožděné. Dost často se však stává, že rodiče dosažené pokroky přeceňují. Jejich omezenější soudnost vyplývá i ze skutečnosti, že jsou více izolováni a nevědí, na jaké úrovni mohou být zdraví vrstevníci jejich dítěte.

d) Vývoj kognitivních schopností

1.4. Vývoj kognitivních schopností u postižených dětí v předškolním věku

Období raného vývoje poznávacích procesů bylo Piagetem označeno jako **senzomotorické**, protože zde hraje podstatnou roli **vnímání a motorika**. Pro vývoj poznávacích schopností jakkoliv postižených dětí v kojeneckém věku je typické, že jsou z různých příčin v obou těchto oblastech omezeny. Podnětový přísun bývá chudší, některá smyslová oblast může být z důvodů postižení zcela nedostupná. Adekvátní stimulace je často nedosažitelná díky omezení pohybových schopností. Děti jsou i ve druhé polovině tohoto období výrazněji závislé na aktivitě dospělých. Pro rozvoj poznávacích schopností je velmi důležitá manipulace, která se sice rozvíjí a prochází všemi typickými fázemi i u postižených dětí, avšak může být poznamenána celkovou poruchou motoriky, nedostatečnou vizuální zpětnou vazbou, omezenou aktivační úrovní atd.

Poznávání obecně znamená v tomto věku především vnímání okolního světa (i vlastního těla), spojené s čím dál větší, samostatnější a zaměřenější aktivitou dítěte v čím dál širším okruhu podnětů. U postižených dětí je zřejmé zúžení kvantity i kvality podnětů, omezení aktivního poznávání a tím dochází i fixaci na určitou, malou část světa, která je dostupná alespoň nějakému poznání.

Z hlediska kognitivního vývoje má velký význam **rozvoj pojmu trvalosti objektu**, který se u postižených dětí může opožďovat a v závislosti na charakteru omezení bývá různě deformován. Např. u **špatně vidících dětí** chybí přesné zrakové vjemy a tím i adekvátní představy. Určité obtíže vznikají také tím, že tyto děti stabilně vnímají pouze omezený, zúžený okruh předmětů a podnětů, které jsou mimo dosah jejich zrakové ostroty, se ztrácejí. Podobně bývají omezené i **pohybově postižené děti**, které mohou některé podněty vidět jen z určitého úhlu nebo jsou pro ně, vzhledem k jejich nepohyblivosti, nedostupné. Poznávání **mentálně postižených dětí** je charakteristické především neschopností chápat vztahy opakovaně vnímaných podnětů a diferencovat jejich podobnost, která posléze vede k pochopení trvalosti určitého objektu. Nepříznivě se v tomto směru projeví také často nižší aktivační úroveň a opožděný vývoj motoriky.

Rozvoj poznávacích procesů je i v **batolecím věku** stále úzce spojen s praktickou činností, se samostatnou lokomocí a s dosahovanou manuální zručností. Avšak v tomto období dochází podle Piageta k přechodu z fáze senzomotorické inteligence do **období symbolického či předpojmového myšlení**. Spojovacím článkem mezi praktickou manipulací, tj. primární senzomotorickou inteligencí a vývojově pozdější etapou symbolického myšlení je **schopnost fixovat zkušenost, tj. představivost**. Úroveň, na které dítě řeší problémy pomocí vnitřní, mentální aktivity (kdy už nepotřebuje s objekty skutečně manipulovat) nelze dosáhnout bez dostatečné zásoby představ. **Postižené děti** obvykle nemají možnost získat dostatek podnětů. Jejich smyslová zkušenost je odlišná, omezená z hlediska kvantity i kvality vjemů a tak **nemají ani dostatečné množství adekvátních**

představ. Smyslově postižené děti jsou omezeny ve vnímání primárně, vlivem svého defektu. **Mentálně postižené děti** mají spíše problémy ve zpracování podnětů, kterým nejsou schopny přiměřeným způsobem porozumět a kategorizovat je. To se projevilo již v kojeneckém věku v omezení rozvoje pojmu trvalosti objektu. U **pohybově postižených dětí** tohoto věku bývá omezena stimulace a tím i množství a kvalita představ spíše sekundárně, zúžením životního prostoru, ve kterém by nebyly odkázány na zprostředkující aktivitu někoho jiného. Může to být např. pouze pohled vleže, bez možnosti otočit hlavu, omezení taktilně-kinestetických vjemů následkem poruchy hybnosti rukou atd.

Počátky nové fáze, symbolického myšlení, jsou časově lokalizovány do druhé poloviny druhého roku, kdy dochází k výrazné decentraci poznávání a odlišení ostatních objektů od vlastní osobnosti. Tento vývojový krok souvisí jak s rozvojem lokomoce, tak s rozvojem řeči. Diferenciace je snazší když neprobíhá jen na úrovni vjemů a konkrétní činnosti, ale je-li spojena s představami, popřípadě slovním označením. Pro přechod na vyšší úroveň symbolického myšlení je nezbytná **schopnost představovat si něco prostřednictvím něčeho jiného.** Mohou to být buď symboly, které se nějakým způsobem podobají tomu co označují (např. představy, zobrazení apod.), anebo slovní znaky, které se konkrétnímu objektu nepodobají, jsou abstraktní a konvenční.

Postižené děti jsou v této oblasti vesměs nějak handicapovány, ať už je to z důvodů **nedostatku přesných představ,** ze kterých se vytvářejí symboly nebo **neschopností vnímat a nápodobou se učit řeč.** Proces učení může být omezen také na bázi primárního defektu CNS, kdy dítě není schopné pochopit ani vztah mezi objektem a jeho symbolem. V souvislosti s tím bývá u těchto dětí opožděn i vývoj řeči. Z uvedených důvodů u nich v batolecím věku většinou nedochází ani k počátečním projevům symbolického myšlení.

Symbolické myšlení znamená vývojový pokrok proto, že **může překročit** časovou a prostorovou bariéru, **vazbu na konkrétní situaci,** která je ve vztahu k poznávání omezující. Avšak u tělesně a smyslově postižených dětí bývá překážkou dosažení této úrovně opět jejich omezenější zkušenost, nedostatek přesných vjemů a představ ztěžujících rozlišení podstatných znaků od nepodstatných, i když třeba nápadných vlastností určitých podnětů (např. objektů či řečových znaků). Myšlení není ještě na takové úrovni, aby tyto potíže mohlo korigovat. Brzdou rozvoje poznávacích procesů je i nedostatečný vývoj řeči, která neměla v kojeneckém věku ještě takový význam.

Rozvoj poznávacích procesů v předškolním věku souvisí s vývojem pozornosti. **Pozornost** bývá v tomto věku i za normálních okolností ještě nezralá, krátkodobá a povrchní. U mnoha postižených dětí je necvičená a velmi slabá. **Infantilní pozornost** bývá spojena i s nižší aktivační úrovní, jejíž příčinou může být podnětová deprivace. Změna aktivační úrovně může souviset i s organickým poškozením CNS, např. u dětí s DMO, LMD, mentálně retardovaných apod. S rozvojem pozornosti souvisí i vývoj paměti. **Paměť** předškolního dítěte je obecně charakteristická snadným spontánním vstípením atraktivním podnětů, bývá převážně mechanická, krátkodobá a konkrétní. Spontánní zapamatování je v případě postižených dětí ovlivněno omezenou nabídkou podnětů nebo nižší úrovní poznávacích schopností (např. u mentálně retardovaných). Paměť i pozornost u nich bývají infantilního charakteru, protože se nemohou vlivem

uvedených omezení spontánně rozvíjet. Lze je ovšem vhodným vedením stimulovat.

Obsahové složení informací, které dítě má, odráží jeho životní zkušenosti, zejména charakter vlivu rodinného prostředí. Postižené děti se mohou z hlediska znalostí a zkušeností značně lišit a protože jsou více závislé na svém prostředí než děti zdravé, nemusí být takové rozdíly vždycky spojeny jen s úrovní inteligence.

Uvažování předškolních dětí přechází přibližně kolem 4. roku na vyšší úroveň, označovanou jako **myšlení názorné, intuitivní** (Piaget 1966, 1970). Na počátku tohoto období uvažují sice děti již v určitých pojmech, ale tyto pojmy jsou ještě hodně konkrétní, často nepřesné a obsahují různé nepodstatné znaky. Spokračujícím vývojem dochází k jejich zpřesňování. Děti si začínají vytvářet pojmové skupiny, které mají společnou určitou vlastnost, i když ne vždy tu nejpodstatnější, např. pták i letadlo létají.

- I u lehce **mentálně postižených dětí** je jejich myšlení stále svázáno s konkrétní činností, konkrétními představami, malou slovní zásobou nepřesných pojmů, a značnou stereotypií a těžkopádností v řešení běžných situací. Na druhé straně lze jejich rigiditu posuzovat z jiného pohledu a vidět její pozitivní hodnotu. Tyto děti např. vydrží dost dlouho u nějaké činnosti. Vazba na určitou známou situaci je pro ně do určité míry i obrannou reakcí, dávají jí přednost protože v nich nevyvolává nejistotu a strach. Tato ulpívavost a těžkopádnost je projevem jejich omezené flexibility, kterou je nutné respektovat, abychom nevyvolali v dítěti obranné reakce a následkem toho i odpor k učení.
- Vývoj myšlení prochází u **zrakově a tělesně postižených dětí** stejnými fázemi jako u zdravých. Pokud není jejich postižení kombinováno s dalšími somatickými či psychickými odchylkami nebo nedostatečným výchovným vedením, nedochází zde ani k podstatnějšímu opoždění. Spíše lze pozorovat vliv menší zkušenosti, omezenější zásoby představ (zejména u zrakově postižených), následkem toho nejsou zcela přesné ani mnohé pojmy, i když děti jejich slovní označení dobře znají a používají.
- Názorné myšlení předškolního věku je značně vázáno na vnímané a představované prvky, dítě ještě potřebuje oporu reality. U **neslyšících dětí** zůstává myšlení delší dobu omezeno na symbolickou úroveň, protože se hůře vytvářejí i nejjednodušší pojmy. Včasná speciálně pedagogická péče stimuluje rozvoj individuálně vhodného jazyka a tím i rozvoj poznávacích procesů.

2. Rodinná dynamika a adaptace na situaci dítěte s handicapem

Psychologické reakce rodičů na diagnózu (šok, popření, hněv, smutek, přijetí).

Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy prochází několika fázemi (podle Vágnerové)

1. Fáze šoku a popření – hroutí se naděje a očekávání, rodina odmítá věřit diagnóze a její nezvratnosti, rodiče jsou zmatení a mohou reagovat zcela nepřiměřeně
2. Fáze akceptace a vyrovnávání se s problémem – rodina se učí přijímat a postupně se vyrovnávat s realitou, často dochází na obviňování (v rodině vzájemně nebo lékařské prostředí), důležitou roli hraje podpora rodiny (odborníci, přátelé, širší rodina)
3. Fáze smíření a realismu – uvědomování si skutečnosti, realistický náhled na životní situaci, ne všechny rodiny do téhle fáze dojdou a když ano rodina je zpravidla významně posílena

Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy (dle Krejčířové)

1. Šok – iracionální myšlení a cítění, silné pocity zmatku mohou vyvolat nepřiměřené reakce
2. Popření – přesvědčení, že to není pravda, že existuje lék, že se dítě zázračně vyléčí
3. Smutek, zlost, úzkost, pocit viny – rodiče v téhle fázi hledají viníka, trpí pocity vzteku na celý svět i na sebe, agresivní projevy, hluboký smutek, sebelítost, pocity viny
4. Stádium rovnováhy – snižování úzkosti a deprese a současně narůstá přijetí situace a roste snaha rodičů starat se o dítě a aktivně se účastnit na jeho léčbě
5. Stadium reorganizace – situace je rodiči přijímána – hledají optimální cesty do budoucna, posledního stadia nedosáhnou vždy všichni rodiče – nedojde-li k překonání původních obranných reakcí dochází k narušení celého rodinného systému a dítěti se nedostává taková podpora a péče, kterou potřebuje

Přijetí faktu nemoci/postižení je podmíněno:

1. Typ nemoci nebo postižení
2. Etiologie nemoci nebo postižení
3. Individuální charakteristiky nemocného dítěte
4. Individuální charakteristiky dalších členů rodiny
5. Struktura a organizace rodinného systému a kvalita vztahů v rodině, vývojová fáze rodiny
6. Prostředím

Strategie zvládání nepříznivé situace – aktivní a pasivní charakter

Aktivní způsob – boj s nepřijatelnou situací, hledání pomoci, lékaře, léčitele, zvýšená aktivita – cvičením k odreagování, neuvědomované obranné reakce – agresivita vůči předpokládanému

Únikové varianty – umístění dítěte do péče instituce, přetrvávající popírání situace, bagatelizace, rodiče se chovají tak, jako by bylo dítě zdravé, jako by byly obtíže nevýznamné, únik do fantazie, práce

Adaptace rodiny na péči

Rodiče dítěte s postižením často zaujímají extrémní výchovné postoje:

- Hyperprotektivita – přílišné soustředění na nemocné dítě a jeho nadměrné ochraňování ohrožuje vývoj dítěte, které má směřovat k autonomii. Hyperprotektivita posiluje pocit dítěte, že je odlišné od ostatních a zvyšuje to jeho úzkost.

- Emoční odmítání – rodiče pociťují, že jim dítě přináší plno obtíží, do vztahu k dítěti se promítá podrážděnost až vyloženě odpor. Odmítání dítěte může být neuvědomované a projevuje se nedůtklivostí, netrpělivostí, nadměrnou kritičností i přehnanými požadavky. V mnoha případech může vyústit až v zanedbávání a týrání dítěte.
- Ambivalentní postoje – často se výše uvedené postoje prolínají a do podoby ambivalence: netrpělivost a hostilita jsou následovány pocity viny a snahou odčinit je pocity vřelosti a povolnosti. Někdy může mít matka hyperprotektivní postoj a otec dítě odmítat či naopak.

Péče o rodinu

Specifické potřeby rodiny s členem s postižením: (J. Slowík)

- Sociální pomoc a podpora – finanční příspěvky, sociální služby, morální ocenění a společenské přijetí
- Účast na běžném životě – zejména v místní komunitě, vzájemné překonání studu, obav...
- Kontakt s rodinami, které se nacházejí v podobné nebo stejné situaci – potřeba vzájemného sdílení, porozumění, předání zkušeností, podpory, spolupráce...
- Reakce blízkého okolí – potřeba pozitivní reakce ze strany širší rodiny, přátel, sousedů...
- Prostředí místní komunity – rozdíl mezi městem a vesnicí, pokud se rodina dostane do sociální izolace, klesá tak míra její vnitřní stability
- Alternativní možnosti péče – vyhledávána především když se rodina dostane do kritického bodu (sociální izolace, vnitřní nestabilita rodiny) nebo když jde o velmi těžce postižené dítě, vyžadující nepřetržitou pozornost a náročnou soustavnou péči
- Funkční rodinné prostředí – dítě s postižením potřebuje funkční rodinu ještě více než dítě intaktní, a to zejména z hlediska:
 - Rozvoje osobnosti – dostatek adekvátních podnětů, investice do osobnostního rozvoje, ukotvení v systému příbuzenských vztahů
 - Kvalita života a zajištění – atmosféra domácího prostředí, obětavý přístup členů rodiny
 - Uspokojení vztahových a emocionálních potřeb – citové vazby, bezpodmínečné přijetí
 - Vytváření vlastní identity – rodina jako referenční skupina (sociální skupina, se kterou se člověk ztotožňuje) – někdy i jediná po celý život

Alternativy rodinné péče:

- Ústavní výchova – př. dětské domovy
- Rezidenční sociální služby – domovy a penziony pro osoby se zdravotním postižením, denní a týdenní stacionáře
- Náhradní rodinná péče – adopce, pěstounská péče, SOS vesničky
- Respitní péče – odlehčovací sociální služby, krátkodobé „zaskočení“ za rodiče dítěte s postižením pověřenou pracovnící
- Homesharing – Moderní a přirozený systém podpory rodin dětí s vážným zdravotním postižením. Pravidelný odlehčovací pobyt dítěte u proškolených hostitelů, který jeho rodině pomůže nabrat nové síly. Hostitelská rodina či jednotlivec si proto dítě pravidelně bere na předem domluvený čas: pár hodin týdně, odpoledne s přespáním či víkend. Společně si užijí obohacující chvíle, dítě získává nové sociální kontakty a dovednosti, zatímco jeho rodina si může vydechnout.

Rodinné vztahy a jejich změny v důsledku přítomnosti dítěte s handicapem.

Stejně tak, jako je rodina natěšená na příchod nového potomka, i prarodiče a lidé v okolí (kamarádi, sousedé, blízcí) jsou v očekávání. Když se rodina začíná vyrovnávat s faktem, že se jim narodilo postižené dítě, musí také zhodnotit otázku, jak tak otřesnou zprávu oznámí ostatním. Je určitě vhodné si nechat čas a počkat se seznamováním miminka s příbuznými. Pro matku je nesmírně důležitá podpora jak od manžela, tak i od blízkého okolí. V některých případech může ale opět dojít k uzavření matky od společnosti. Pro matku je velice nepříjemné „nahlížení“ do jejího kočárku, proto raději s dítětem nevychází ven. To ale postupem času může pro matku znamenat, že bude příliš osamocená, a tudíž může propadat depresím. Úzká rodina a blízcí se snaží po zjištění takové zprávy pomoci, začínají vymýšlet konkrétní pomoc, jak ulevit a ulehčit. Na druhou stranu jsou i prarodiče, kteří mají odlišný postoj. Někteří z nich postižené dítě nepřijmou, udržují si od něho odstup, nevědí, jak by s ním měli zacházet, resp. se o to ani nesnaží.

Když se rodina začne adaptovat na skutečnost, že má postižené dítě, tak si začnou vyhledávat „spřízněné duše“. To znamená, že si rodiče začnou vyhledávat osoby, které postihla stejná situace. Rodiče náhle zjišťují, že v takové situaci nejsou sami a přináší jim to pocity úlevy. S takovými lidmi mají pocit bezpečí a důvěry.

Zapojení prarodičů do péče o dítě se zdravotním postižením

Stejně tak jako rodiče i prarodiče mají směrem ke svým vnoučatům jistá očekávání, těší se na vnouče, představují si, na koho bude podobné, co bude dělat. V případě narození vnoučete se zdravotním postižením jsou do celé situace prarodiče vtaženi jako rodiče, sourozenci dítěte, případně další příbuzenstvo.

Mnohdy jsou to právě prarodiče, kteří upozorní na to, že něco není v pořádku, že se dítě vyvíjí jinak. Mají zkušenost s péčí o vlastní děti a mohou porovnat např. i ostatní vnoučata.

I prarodiče prochází fázemi vyrovnávání se s postižením vnoučete. Jsou ovlivněni tím, jak dítě vypadá, jak se projevuje. Úspěšná akceptace vnoučete je ovlivněna vzájemnými vztahy v rodině, hodnotami, životními zkušenostmi (někteří prarodiče vyrůstali ještě v době, kdy byly děti se zdravotním postižením segregovány, umísťovány do ústavu daleko od měst atd.), osobnostními vlastnostmi. Na utváření vztahu mezi prarodičem a vnoučetem se zdravotním postižením mají negativní vliv poruchy sociální interakce, poruchy chování a poruchy komunikace.

Proces akceptace probíhá různě dlouho, některým prarodičům trvá déle, než se vyrovnají se zdravotním postižením svého vnoučete, do té doby mohou být uzavření, nechtějí se setkávat s rodinou s dítětem, nechtějí hlídat vnouče. Často nakonec prarodiče změni své plány, vzdávají se svých snů, zkrátí si pracovní úvazek a stěhují se blíže k rodinám, aby byli co nejlépe pomocní.

Prarodiče lze rozdělit na dva typy:

První typem jsou prarodiče jako zdroj stresu, nepodporující, nechápající, neakceptující nastalou situaci. Prarodiče ne vždy poskytují potřebnou podporu, dokonce mohou být i zdrojem stresu, který se přenáší mezi partnery a mezi rodiče a dítě. Ze strany prarodičů se může objevit bagatelizace problému, popírání situace, lítost, soucit, které mohou vést k návrhu umístit dítě do ústavní péče.

Druhým typem jsou prarodiče chápající, kteří jsou neocenitelným zdrojem podpory pro rodiče dítěte. Takoví prarodiče pomáhají svým dětem vyrovnat se s postižením jejich dítěte, poskytují emocionální podporu, finanční prostředky, pomáhají s péčí o dítě. Uvádí se, že je pro rodiče mnohem důležitější psychická než fyzická podpora. Dle výzkumů poskytují větší pomoc prarodiče ze strany matky, zejména pak matka matky.

Po konzultaci s rodiči je možné zahrnout prarodiče do rané péče. Jestliže si to rodiče přejí, zapojujeme, pokud možno ihned od začátku, prarodiče zveme, aby se účastnili setkávání s pracovníky rané péče. Stejně jako u rodičů, tak i u prarodičů je důležitá informovanost. Taktně a citlivě je informujeme o zdravotním stavu dítěte, o projevech zdravotního postižení, o možných rizicích a předpokládané diagnóze dítěte.

Prarodiče učíme, jak s dítětem zacházet, jak se o něho postarat, jak jej nakrmit, obléct, seznámíme ke s ne/oblíbenými činnostmi. Prarodičům ukážeme, jak s dítětem komunikovat, jak dekodovat jeho projevy. Informujeme je o dostupných službách a možnostech vzdělávání. Velice důležité je prarodiče upozornit na možná rizika, na problémy vyplývající ze zdravotního stavu dítěte (případně epileptické záchvaty, zvracení, autoagrese apod.).

Zdravá a otevřená komunikace je základním předpokladem udržení dobrých vztahů v rodině a pomáhá urychlit proces přijetí a vyrovnání se se zdravotním postižením. Rodiče by měli otevřeně říct, co od prarodičů potřebují a společně se dohodnout na péči, pomoci a vzájemné podpoře. Prarodiče sami vyjadřují přání, že by bylo dobré, kdyby s nimi jejich děti diskutovali nejen o budoucnosti vnoučete se speciálními potřebami, ale i o budoucnosti celé rodiny.

Prarodiče se mohou účastnit setkání s dobrovolníky, mohou dovést dítě k lékaři, mohou být přítomni během návštěvy pracovnice rané péče, během návštěvy u speciálního pedagoga a jsou vítáni na setkávání rodin dětí se zdravotním postižením. Například v USA jsou pro prarodiče běžné programy, a skupiny pro prarodiče.

Právě americká asociace prarodičů uvádí několik **rad prarodičům**:

- naslouchejte rodičům dítěte
- podporujte jejich rozhodnutí i přes to, že s nimi ne vždy souhlasíte
- zajímejte se o terapie a programy pro děti s postižením
- nabídněte jim pomoc s domácími pracemi
- sdílejte své pocity s jinými prarodiči
- hledejte sami informace o zdravotním postižení, vzdělávejte se v dané problematice

Dále to mohou být také rady:

- Vymezte v domě místo vnoučeti na hraní, kde bude mít svoje oblíbené hračky, označte toto místo piktogramy pokud je to potřeba, aby se dítě dobře orientovalo, dobré je vymezit místo pro odpočinek.
- Označte stejnými symboly (jako používá doma) místo, kde bude vnouče jíst, spát atd.
- Poříd'te si pohádky, písničky a knížky.
- Je potřeba se připravit na to, že se dítě se zdravotním postižením bude chovat jinak.
- Držet se denních plánů a režimu dítěte.
- Je potřeba trpělivost.
- Děti se zdravotním postižením mají problém přenést své nabyté dovednosti do jiného prostředí.

Adaptace sourozenců a širší rodiny na situaci handicapu.

Zapojení sourozenců do péče o dítě se zdravotním postižením

Postavení sourozence postiženého dítěte je velmi náročné a traumatizující. S narozením zdravotně postiženého dítěte se mění role zdravého sourozence. Proto uvádím toto téma jako samostatnou kapitolu. Zdravé dítě si začíná uvědomovat rozdílné postavení v rodině, než-li má jeho postižený sourozenec.

Zdravé dítě vnímá, že jeho sourozenec je více privilegován, jeho projevy jsou akceptovány, i když dané chování s postižením vůbec nesouvisí. Sourozenec postiženého dítěte se cítí v rodině znevýhodňován. Chápe, že jeho postižený sourozenec potřebuje zvýšenou péči, ale na druhou stranu považuje chování rodičů k jeho osobě za nespravedlivé.

Zdravé dítě často přijímá dominantně -ochránářskou roli. Může si osvojit toleranci k lidské rozmanitosti a větší citlivost k lidským potřebám. Dítě se postupně učí, že postižený sourozenec musí být ochraňován a nelze se k němu chovat jako ke zdravému dítěti. Takovýto postoj má ale i své negativní důsledky. Postižený, který potřebuje neustálou pomoc a ohledy, není považován za zcela rovnocenného. Na druhou stranu, sourozenci bývají buď spojenci, nebo soupeři, ale postižené dítě nikdy nebude soupeřem, protože tomu neodpovídají jeho kompetence. Tím pádem rodiče tento projev zdravého dítěte hodnotí jako nepřipustný a trestají ho.

Od zdravých sourozenců se může očekávat, že budou pomáhat s péčí o dítě. Zdravý sourozenec tak může nést na svých bedrech obrovskou zodpovědnost, která neodpovídá jeho mentálnímu věku. Převzetí zodpovědnosti však může vycházet i právě ze strany zdravého sourozence, přejímají na sebe některé povinnosti, aby toho máma a táta neměli tolik.

Pokud rodiče vytvářejí příjemné rodinné prostředí, kde je každý člen rodiny rovnocenným partnerem, zdravý sourozenec nemusí vnímat žádné odlišnosti.

Výhodou vyrůstání se sourozencem se zdravotním postižením může být rozvoj tolerance a pochopení. Zdravý sourozenec může být flexibilnější v řešení problémů, lépe pracuje s časem, je citlivější, lépe vychází s ostatními, je tolerantnější k odlišnostem, učí se vzájemně si pomáhat.

V USA nebo ve Velké Británii je k dispozici velké množství webových stránek, instruktážních videí, příruček, projektů či skupin učených sourozencům dětí se zdravotním postižením. V České republice bylo na toto téma napsáno mnoho diplomových prací, inspirujícím je i pořad Klíče České televize.

Doporučení pro rodiče

Stejně tak jako dítě se speciálními vzdělávacími potřebami vyžaduje pozornost a péči rodičů, tak i jeho sourozenec potřebuje pomoc, péči, povzbuzení a podporu při objevování svých schopností a talentu. Doporučuje se rodičům trávit více času s intaktním dítětem, zatím co druhý rodič se stará o dítě se zdravotním postižením.

Rodiče by měli zdravému dítěti vysvětlit, co obnáší péče o dítě se zdravotním postižením, seznámit se všemi specifiky, která přináší postižení jeho sourozence. Je vhodné hovořit s dítětem i o negativních pocitech.

Pokud rodiče požádají zdravého potomka o pomoci, měl by úkol odpovídat jeho věku a jeho schopnostem.

Doporučení pro sourozence

- Pokud něčemu nerozumíš, chceš vědět více o zdravotním stavu sourozence, zeptej se svých rodičů, půjčuj si knížky, sleduj webové stránky.
- Nemusíš mít obavy, zdravotní postižení není nakažlivé.
- Pokud máš pocit, že toho máš hodně, sestav si seznam činností, které děláš pro svého sourozence, seznam věcí, se kterými pomáháš rodičům a zeptej se rodičů, zda by ti nemohl někdo pomoci.
- Požádej svého pedagoga o více času na úkoly, pokud se hodně staráš o svého sourozence.
- Pokud jsi obětí šikany ty nebo tvůj sourozenec ihned to oznam.
- Někdy musí být sourozenec v nemocnici, volej mu, maluj mu obrázky apod.
- Požádej rodiče, aby, jste si zašli třeba jen ty s mámou nebo tátou na zmrzlinu, do kina, na nákupy atd.

Seznam pocitů, které mohou mít sourozenci postiženého dítěte:

Pozitivní pocity:

- o Vyspělost
- o Zodpovědnost
- o Nesobeckost
- o Tolerance
- o Prosociální chování v osobním/profesionálním životě
- o Důraz na blízké rodinné vztahy
- o Sebevědomí a nezávislost

Negativní pocity:

- o Pocit zanedbávání rodiči
- o Zášť
- o Vědomí nároků a očekávání rodičů
- o Pocit nejistoty
- o Pocit viny za vlastní zdraví
- o Vyšší zodpovědnost za rodinné dění
- o Omezení společenského života
- o Pocit rezervovanosti mezi členy rodiny

Literatura:

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. s. 86. ISBN 978-80-262-0225-7.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. s. 34. ISBN 978-80-247-1733-3.

3. Podpora rodiny a rodičovských kompetencí. Psychologické techniky a strategie pro podporu rodičů v roli pečovatele. Způsoby posilování rodičovských kompetencí a zvládání stresu. Práce s pocity viny, vyčerpání a sebezničujícími tendencemi u rodičů.

Rodina – definice

- Rodina je společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy a odpovědností a vzájemnou pomocí (Hartl, Hartlová, 2000).
- Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často, ale ne nutně, vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty. Kdykoli mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde o nesezdaný pár, náhradní rodinu atd. (Sobotková dle Kramera, 1980)
- Rodina je přirozená (primární) malá sociální skupina svého druhu složená z jedinců různého pohlaví a věku, kteří jsou na sobě závislí a kteří jsou ve vztazích zaměřených na uspokojování základních biologických, psychologických a sociálních potřeb (Balcar, 1989).
- Rodiny se musí postupně přizpůsobovat změnám, které přináší rodinný životní cyklus, aby zvládaly různé životní úkoly. V každé rodině se vyvíjejí specifické způsoby zvládání úkolů a řešení problémů (Dallos, 1999).

Funkce rodiny

- Rodina je místem, kde probíhá socializace prostřednictvím nápodoby a identifikace jedince se svou sexuální rolí i se vzory. Primární rodina má mimořádný význam pro utváření osobnosti, protože se podílí na vývoji meziosobních vztahů – mezi dítětem a matkou, dítětem a otcem, mezi sourozenci, případně prarodiči, kteří do primární rodiny zasahují.
- Biologicko-reprodukční.
- Ekonomicko-zabezpečovací.
- Kulturně-výchovné.

Otevřenost/uzavřenost rodiny

- Pokusy o řešení problémů v rodině jsou ovlivněny souborem přesvědčení a názorů, které zastávají jednotliví členové rodiny i rodina jako celek. Vliv mají i obecné platné názory širší společnosti. Významná role připadá míře otevřenosti či uzavřenosti rodinných systémů.
- Uzavřený systém na první pohled vyvolává pocit bezpečí, ale časem se může stát svazujícím a může bránit úspěšnému rozvoji jednotlivých členů rodiny. Zvláště tím, že neumožňuje, jak přiměřeně reagovat na změny, které život přináší. Ohrožením může být nedostatek kontaktů s okolím, snížení schopnosti zvládat stres. V případě krize může být uzavřená rodina dost zranitelná, a to i chyběním dostatečné podpůrné sítě.
- Otevřený rodinný systém nabízí větší adaptabilitu, jeho členové snadněji přijímají nové zkušenosti. Není u nich taková závislost na vzorcích chování, které se ukáží jako nefunkční. Tím, že jejich členové jsou otevřeni výměně informací s okolím – společenské kontakty, konfrontace názorů – mají vytvořenu podpůrnou síť, která pomáhá vyrovnávat se s dočasnými potížemi v rodinném fungování.
- Funkční rodina pomáhá reagovat na problémy, rozpory a překážky, které se staví každému jedinci v průběhu života do cesty. Přispívá k tomu, aby se člověk nebál konfliktů, neutíkal před nimi, učil se řešit problémy. Učí člověka umět počkat na odměnu, vnímat radost a potěšení a umět je pak spontánně prožít. Má vývojově připravit jedince, aby zvládl:
 - V raném dětství naučit se jíst, chodit, mluvit, ovládat vyměšování.
 - Ve středním dětství hrát si, psát, číst, vytvořit si zdravé vztahy k vrstevníkům, mužům i ženám, sociálním skupinám, vypěstovat si nezávislost a svědomí.

- V adolescenci mužskou / ženskou roli, pěstovat si dobrou tělesnou kondici, zralé vztahy k opačnému pohlaví, připravit se na výběr partnera, na profesi a řídit se morálními hodnotami.
- V mladém dospělosti zvolit si partnera a umět s ním žít, založit rodinu, vychovávat děti, starat se domácnost, pracovat a mít přiměřený společenský život.
- Ve střední dospělosti udržet ekonomický standard, připravit děti na dospělost, přijmout fyziologické změny středního věku a vyrovnat se se stárnutím svých rodičů.
- V pozdní dospělosti vyrovnat se s ubýváním tělesných sil a přizpůsobit se tomu, podporovat udržení psychické kondice, vyrovnat se s odchodem na odpočinek, získat dobré citové vztahy k vlastní věkové skupině, pokračovat ve společenském životě, vyrovnat se s myšlenkou na smrt.

Rodiče

- Mladší
- Starší
- Prarodiče

Hodnota dítěte pro rodinu (výzkum, Matějček, 1975)

- Náplň života 34%
- Zábava a radost s dítětem 25%
- Uspokojení citových potřeb 22%
- Náplň a pouto manželství 19%

9 typických charakteristik dětských temperamentů, které identifikovali lékaři Alexander Thomas, Stella a Herbert G. Birch

- Úroveň fyzické aktivity dítěte – pořád v pohybu/klidu, rychlé/pomalé tempo.
- Fyziologické funkce – ne/pravidelně jídlo, spánek, bdění.
- Reakce na nové podněty – odtahuje se/zajímá se.
- Ochota přizpůsobit se změnám – ne/má rádo.
- Citlivost na podněty – snadno/těžce přizpůsobivé.
- Intenzita reakcí – pasivní/energické.
- Převažující ladění – častěji veselé/nepřátelské.
- Rozptýlitelnost – odvádění pozornosti snadno/těžko.
- Síla a trvalost pozornosti – snadno se vzdá a je frustrované/nevzdává se.

Z toho vyplývají 3 typy dětí

- Snadno vychovatelné.
- Obtížně vychovatelné.
- Pomalé.

Dítě ze ztížených podmínek

- Cizí dítě – cizí vychovatelé – cizí prostředí – ústavy, dětské domovy, týdenní stacionáře.
- Cizí dítě – cizí vychovatelé – pěstounská péče, adopce, prarodiče ve funkci rodičů.
- Vlastní dítě jednoho vychovatele – rodina nově doplněná po rozvodu rodičů.
- Vlastní dítě – vlastní rodiče – vlastní rodinné prostředí – normální rodina, ale s dysfunkcí (např. alkoholismus, toxikomanie, deprivace, mladí rodiče, zvláštní diety/komunikační systém atd.) nebo s odlišností od majoritní společnosti (např. etnické menšiny, menšiny na okraji společnosti).
- Podmínky pro porozumění dítěti ztížené v důsledku dočasných zátěží – studentské rodičovství, konfliktní rodinné situace, nové citové vzplanutí jednoho z rodičů.
- Střídavá péče o dítě.

Rodiče a dítě s postižením

- Nesplněná očekávání.
- Jiné pohlaví dítěte.
- Pocity při přijetí dítěte: úzkosti, popírání skutečnosti, hledání viny a viníka.
 - Rady, jak se zbavit pocitů viny
 - Sebereflexe a sebepoznání: je důležité rozpoznat a pochopit své pocity. Uvědomit si, že emoce a pocity mohou být i negativní.
 - Stanovení hranic: stanovit si a udržovat zdravé hranice. Myslet pouze sám za sebe a nenechat si do tohoto rozhodnutí od nikoho mluvit.
 - Podpora odborníka: využít terapii.
 - Sebevěra: zaměřit se na sebe. Dělat věci, které přinášejí radost a podporují duševní zdraví.
- Nutné přijmout dítě takové, jaké je! Nesrovnávat! Přijímat postižení/zvláštnosti dítěte ne jako neštěstí, ale jako životní úkol.
- To, co se intaktní dítě učí téměř samo, jen s přispěním okolí, to musíme postižené dítě učit. Každý úkon ovlivňuje jeho vývoj. Všechno mu musíme znovu a znovu ukazovat, a všechno doprovázet mírným a laskavým hlasem. Musíme navazovat jedno na druhé, postupovat od nejjednoduššího ke složitějšímu.
- Všechno, co se dítěti podaří, bychom měli hlasitě chválit, pochvaly není nikdy dost. Pochvalou podporujeme v dítěti jeho jistotu, sebedůvěru a navíc i určitou ctižádost.

Výchovné postoje rodičů

- Tvoří se v celkovém vývoji rodiče – působí tam: zkušenosti z dětství, vztah k rodičům, psychosociální vývoj, inteligence, vzdělání, osobní systém hodnot, konflikty, napětí, úzkosti...
- Cílem výchovy je co největší soběstačnost dítěte, co nejvyšší stupeň sebeobsluhy.
- Nesprávné postoje: zavrhování dítěte, lhostejnost k němu, zanedbávající výchova, rozmazlování, hyperprotektivní, perfekcionista nebo protekční výchova, brzdění nebo naopak zrychlování vývoje dítěte atd.
- Výchova zavrhuje – trestání, přehlížení, utlačování.
- Výchova zanedbávající – často ve skryté podobě.
- Výchova rozmazluje – přehnaná péče, citová závislost, usnadňování života.
- Výchova příliš úzkostná a příliš protektivní – lpění na dítěti, nepřiměřené ochraňování.
- Výchova s přepjatou snahou o dokonalost dítěte (perfekcionismus).
- Výchova protekční – dítě směřují pouze tam, kam sami chtějí.

Spolupráce rodiny a poradce

Poradenství = cílevědomá aktivita směřující ke změně něčeho, k nápravě, rehabilitaci, úpravě, reorientaci. Smyslem je intervence, zákrok, vedení, pomoc.

Cíle poradenství (prolínají se)

- Obecné – aby klient dosáhl zdraví a byl přijat společností.
- Speciální – změna postojů rodiny.
- Individuální – konkrétní opatření v konkrétním případě, např. pomoc při hledání náhradní rodiny, sestavit program pro dvojčata, aby se rozvíjelo každé dle svých možností, podpořit romské dítě v zapojení do kolektivu ve škole, najít školu pro dítě s Downovým syndromem atd.

Metody

- Direktivní a nedirektivní přístupy ke klientovi (seřazeny od krajně direktivních po krajně nedirektivní): sugesce – příkaz – pokyn – pobídka – rada – návrh – alternativa – příklad – výklad – mlčení.

- Přístupy je nutné kombinovat!
- Klienti jsou různými osobnostmi a přichází s různými problémy! I poradenský pracovník je svébytnou osobností a vnáší do interakce s pacientem svou povahu, temperament i odbornou „ideologii“!
- Rozhovor – vč. neverbálních prostředků
- Přímá opatření ve prospěch dítěte – cvičení s dětmi, ukázky nápravných postupů, zácvik rodičů v terapeutických metodách (správné držení tužky, stimulace vývoje řeči, relaxační cvičení, skupinová setkání rodičů atd.).
- Věcná a organizační opatření – dítěti a okolí pomáhají (např. úprava prostředí, dělení času, životospráva, přechod do jiné školy, adopce, pěstounská péče).

Zásady poradenské práce

- Navodit spolupráci – příjemným způsobem.
- Pravda s perspektivou – podávat pravdivé a skutečné informace, šetrným způsobem, taktně, nastínit pozitivní výhled do budoucna.
- Optimistický výhled do budoucna – podložený, přiměřený, reálný.
- Rozumět znamená pomáhat – poradce musí mít vhodné vědomosti a zkušenosti, na jejichž základě hledá vhodné vyšetřovací metody a terapie.

Přístupy poradce (Matějčkova úprava původní verze H.Thielena (1989), která byla na lékaře)

- Rutinér – klienta poučuje, nenaslouchá mu, nezajímá ho jeho názor.
- Vševěd – snaží se vyjít vstříc, ale nezajímá ho názor klienta.
- Vědec – o klienta se zajímá, ale soustředí se jen na věcný obsah sdělení, nevnímá detaily.
- Bagatelizér – zlehčování názorů a potíží klienta.
- Empatik – vcítí se do klienta a naváže příjemný kontakt.
- Psychoterapeuticky zaměřený pracovník – je průvodcem, hodně porozumění a upřímnosti.
- Zachránce – zdůrazňuje svoji profesionalitu a osobní zásluhy.
- Slitovník – příliš lítosti, nevnímá obsah sdělení, jen emoce.
- Vyhořelý – povrchnost, bez zájmu.
- Každý poradce se přirozeně k některému přiklání. Vhodné je věnovat pozornost těmto ohrožením a předcházet jim.

Na co si dávat pozor – katalog zátěží (Matějčkova parafráze původní verze W. Webera (1989))

- Dirigování – nevnučovat poradcovy postoje a názory.
- Dogmatismus – poradce by se neměl vychvalovat, ani ohánět zkušenostmi.
- Děláním bleskových diagnóz – určení diagnózy na základě 1. dojmu.
- Nachytání – chytání se klientových slov, které poradce sám rozvádí, bez opodstatnění.
- Zevšeobecňování – přirovnávání případu k podobným.
- Bagatelizování – zlehčování názorů a potíží klienta.
- Záslužnictví – zdůrazňuje svoji profesionalitu a osobní zásluhy.
- Moralizování – nepoučovat, neodsuzovat, nekritizovat.
- Vedení monologu – poradce neustále mluví, není schopen dialogu.
- Používání jen rozumu – přistupovat jako k „člověku“ (jako celku, nejen k diagnóze).
- Projekce – přenášení poradcových problémů do klientovy terapie.
- Identifikace – nedodržování odborného odstupu (oddělení osobní roviny).
- Abstrakce – užívání vědeckých termínů bez jejich vysvětlení klientovi.
- Zkoušení – vyptávání, vyzvídání, hodnocení klienta.
- Chození kolem horké kaše – vyhýbání se jádru věci.
- Odvedení jinam – převedení tématu hovoru na jiné, které chce terapeut.

Poradenství z hlediska prevence

- Primární – veřejná osvěta.
- Sekundární – rozpoznání poruchy a včasný zásah.
- Terciární – zabránění zhoršení stavu klienta.

Čemu věnovat pozornost při diagnostice

- Výchově samotných rodičů – využít dotazník ADOR nebo systém R-PARQ.
- Hodnotě dítěte pro rodinu – ne/chtěné, ne/byly potíže.
- Vztahům mezi manžely.
- Vztahům v rodině.
- Míře společného trávení času rodičů s dítětem + vyváženost mezi rodiči (kolik tráví matka a kolik otec).
- Další děti v rodině: jedináčci (přetěžování, úzkostně vedení)/2-3 děti, chlapci/dívky, pořadí dětí, sourozenecká žárlivost a rivalita, dvojčata.
- Rodinné prostředí má na celkový vývoj dítěte obrovský vliv! Výzkum Hanákové (2018) dokazuje, že děti s postižením vnímají rodinné prostředí jako příznivé a podporující.

Příklady momentů v rodině, kdy je podpora potřeba

- Hned po narození dítěte – šok rodiny z postižení, otázky ohledně prognózy a dalšího vývoje, nutná podpora, pochopení, podání pravdivých informací (pozor na slibování a přehnané naděje!) a poskytnutí času na vstřebání informací.
- Vzápětí rozhodování, zda si ZZ dítě nechají, nebo půjde do ústavní péče – velice těžký moment, zvažování všech pro a proti (vč. rodinné situace, financí, vlastností osob apod.), časté jsou nervová zhroucení, deprese, pocity zoufalství a beznaděje, nutná podpora a pochopení v rodině.
- Příchod dítěte domů – mateřské a otcovské pocity, řešení reálných starostí (co bude potřeba zajistit), zkouška pro vzájemný vztah rodičů, 1. péče o dítě – zapojení matky i otce, budování vztahů k dítěti, upřímnost a otevřenost, opora? v prarodičích.
- Lékařská péče – více odborníků (vč. psychologů) a vyšetření, podávání léků (vč. vitamínů na podporu vývoje – např. vit. E (posilování svalstva), B (nervová soustava), C (obranyschopnost)), nutný citlivý přístup lékařů.
- Výchova – začíná 1. den po narození, dítě se samo nic nenaučí!, zahrnuje veškerou péči, kterou dítěti věnujeme, např. čistotnost (často přebalovat, denně koupat), příjem potravy (sání z prsu, přibývání na váze, zdravá strava), vyprazdňování, fyzická aktivita (rehabilitace, pobyt na čerstvém vzduchu, uvolnění, procházky), stimulace (hračky, chování v náručí, sledování okolí, zkoumání předmětů, mluvení, knihy, vyprávění, zpívání, kreslení, omalovánky ...), motorika (pohyb, uchopování předmětů), oblékání. Nutná je důslednost rodičů.
- Další dítě – není vhodné, aby dítě s postižením bylo jedináčkem (hrozí závislost rodičů na dítěti a přehnaná péče o něho; rodiče nemohou dát dítěti to, co sourozenec; zmírnění stresu ze „zdravého“ dítěte) – nutné je pěstování pozitivních vztahů mezi sourozenci (aby žádné nebylo odstrčeno, aby nevznikala žárlivost, aby bylo dítě zapojeno do péče o sourozence, aby si půjčovaly hračky).
- Pohled společnosti – postupně seznamovat okolí s „pravdou“, nejdříve blízkou rodinu, později chodit s dítětem na nákup či dětská hřiště, cestovat MHD, chodit na společenské akce...

Doporučení pro rodiče

- Povzbudit otce, aby s dítětem trávil více času – zpravidla přes jeho koníček.
- Povzbudit rodinu, aby trávili společně více času – např. výlety, návštěvy, společné práce.
- Povzbudit matku, aby se věnovala i sobě, a nejen dítěti – např. nástup do zaměstnání, koníčky, další těhotenství.
- Povzbudit dítě k samotné činnosti a zálibám.

Strategie k budování silného partnerství mezi poradcem a rodiči

- Vytvoření otevřené a efektivní komunikace – průběžné informace o vývoji, schůzky preventivní i při problémech.
- Posilování vzájemné důvěry a respektu – brát vážně a nezlehčovat postřehy rodičů (znají dítě nejlépe), poradce s nimi nemusí souhlasit, ale musí je respektovat.
- Zapojení rodičů do aktivit – školní akce, veřejné přednášky, domácí příprava dítěte do školy.
- Podpora rodičů při domácí výuce – zadávat srozumitelné instrukce a ověřit jejich pochopení rodiči.
- Podpora sociálního a emocionálního vývoje dítěte – seznámit s možnostmi řešení konfliktů, strategiemi zvládání stresu, náměty na rozvoj dítěte. Při potížích předat kontakty na odborníky.
- Společné plánování a organizace intervence – komunikovat o tom, co bude následovat a zajímat se o jejich názor.
- Vytváření příležitostí pro neformální setkání – akce rodin s podobnými dětmi v různém prostředí (např. mimo školu).

Podpora rodiny

- = programy, jejichž cílem je napomáhat členům rodiny, aby navzájem naplňovali své potřeby a aby s ohledem na zájmy rodiny jednali i v prostředí mimo rodinu.
- V širokém pojetí nesleduje jen zájmy dítěte, ale i chování dospělých a jejich spokojenost v rodině.
- Probíhá převážně v přirozeném prostředí rodiny. Pokud toto není možné, probíhá i v prostředí pracovníka/organizace.
- Má širší záběr.
- Zabývá se nejen fungováním rodiny, ale i vazbami rodiny na místní společenství a různé organizace.
- Nespoléhá pouze na profesní zdroje (sociální pracovník, psycholog, pedagog, etoped, psychiatr, pečovatel), ale využívá všechny dostupné lidi – např. širokou rodinu, sousedy, dobrovolníky, profesionály mimo pomáhající profese.
- Rodiny, v nichž je podpora potřeba: zejm. mnohoproblémové – řeší příjmy, bydlení, péči o děti, závislosti, zanedbávání dětí, násilí, kriminalitu.
- Nutný je týmový přístup a spolupráce.
- Kdo ji poskytuje:
 - Sociální pracovníci.
 - Psychologové.
 - Sociální a speciální pedagogové.
 - Lékaři.
 - Další odborníci.
- Rozdíl oproti rodinné terapii:
 - Zaměřuje se na komunikační a vztahové vzorce rodiny a vyžaduje specializovaný výcvik.
 - Je rodinám poskytována ve specializovaných centrech.

Východiska/tvrzení podpory rodiny

- Rodina je společenská instituce.
- Rodinu je v současnosti možné definovat jako společenství lidí, kteří se jako rodina cítí.
- Rodina je nejvhodnějším prostředím pro výchovu dětí.
- Rodina je přirozeným prostředím pro uspokojení potřeby dospělých mít vztah.
- Funkční rodina je řízena dospělými členy.

- Mužská a ženská role v rodině se v západní kultuře v současnosti překrývají více než v minulosti.
- Závislost rodin na státu je v západních společnostech silnější než v minulosti.
- Funkční rodina zajišťuje naplnění hlavních životních potřeb všem.
- Funkční rodina má vypracované ritualizované činnosti umožňující součinnost a posilující vzájemnost.
- Funkční rodina má vypracované způsoby řešení konfliktů.
- Funkční rodina komunikuje tak, že zprávy jsou vnímány a je na ně přiměřeně reagováno.
- Rodina má potenciál k řešení vlastních problémů.
- Cílem podpory rodiny je zlepšit její fungování v těch oblastech, kde vnímá problémy rodina, případně pracovník.
- Cílem podpory rodiny není udržovat rodinu pohromadě v jednom bydlišti, řešením může být i změna způsobů soužití.
- Potenciál k řešení problémů rodiny, který se může nacházet v širokém okruhu příbuzných, má být zmapován, a pokud možno využíván.
- Členové rodiny se mohou naučit dovednosti, které postrádají.
- Některé osobní poruchy a problémy je žádoucí léčit předtím, než se soustavně pracuje s rodinou.
- Hodnocení rodiny je při jejím přijetí do programu nutné provádět podle přezkoumatelných kritérií a dokumentovat ho.
- Na hodnocení rodiny a plánu práce s rodinou by se měl podílet více než jeden profesionál.
- V případě domácího násilí je třeba zjistit, kdo z rodiny je jeho obětí.
- Nežádoucí chování rodiče k dítěti je třeba posuzovat nezávisle na motivech a příčinách tohoto chování.
- Nežádoucí chování rodiče k dítěti je třeba posuzovat nezávisle na následcích, které toto chování u dítěte vyvolává.
- Pomáhající profesionál má především posilovat naději na změny k lepšímu.
- Pomáhající profesionál má být partnerem rodiny, současně však rodiče a větší děti mají být konfrontovány se svou odpovědností.
- Pro práci s kulturně odlišnými rodinami si pracovník potřebuje osvojit příslušné kulturní kompetence.
- Při práci s mnohoproblémovými rodinami má mít pracovník soubor definovaných kompetencí.
- Kompetence pracovníka má definovat a ověřit zaměstnavatel. Má je posilovat v rámci plánovaného průběžného vzdělávání pracovníků.
- Pomáhající profesionál může rodinu poškodit.
- Stát i profesní organizace mají evidovat kritické případy a umožnit pracovníkům se s nimi seznámit, je vhodné o těchto případech organizovat odborné konference.

Fáze práce s rodinou

- Připojování – navázání kontaktu, někdy i přes odbor/odmítnutí.
- Základna porozumění – seznámení se s problémem a genogramem (historie a schéma rodiny – generace, vazby).
- Hodnocení potřeb i rizik rodiny.
- Smlouva o spolupráci (včetně cílů podpory).

Přístupy

- Parciální – zaměřené na jeden konkrétní problém.
- Komplexní – berou v úvahu souhrn potřeb.
- Vnitřní – uvnitř rodiny.
- Vnější – vazby s širší rodinou, přáteli, komunitou.

- Týmová spolupráce – nezbytná jako riziko syndromu vyhoření.
 - Státní organizace vykonávající veřejnou správu – městské úřady, úřady práce.
 - Orgány samosprávy.
 - Školská zařízení.
 - Zdravotnická zařízení a ordinace samostatných lékařů, zejm. pediatriů.
 - Samostatně působící psychologové, speciální pedagogové, logopedi.
 - Příspěvkové organizace poskytující sociální služby.
 - Nestátní neziskové organizace poskytující sociální služby.
 - Církevní organizace poskytující sociální služby.
 - Policie, probační a mediační služba, soudy.
 - Pěstounské rodiny.
- Přímá nemateriální pomoc – limitovaná kompenzace dovedností, které v dané době nikdo z rodiny nemá; např. asistence při úklidu/vaření, vyjednávání s majitelem bytu, žádost o příspěvky.
- Přímá materiální pomoc – ošacení, potraviny, finanční dávky.
- Poskytnutí informací.
- Přímé rady a pokyny – ideálně v kombinaci s názorným předvedením.
- Reflexe dění – zhodnocení vývoje situace rodiny – často velký problém.
- Pomoc s vytvářením ritualizovaných činností – např. společný oběd, příprava dětí do školy, společné trávení času, slavení narozenin.

Cíle práce s rodinou

- Předejít zanedbání péče o děti.
- Zvýšit kompetence rodiny ve výchově a péči o děti.
- Podpořit pozitivní vztahy rodičů s dětmi.
- Aktivizovat k důslednější péči o děti – nácvik rodičovských a sociálních dovedností.
- Podpořit praktické dovednosti v péči o domácnost.
- Aktivizovat rodinu k trávení volného času s dětmi (hra, domácí práce...).
- Pomoc sladit soužití rodiny při příchodu dítěte z ústavní péče.
- Zvýšit „životaschopnost“ rodiny.
- Trénovat rodinu k větší samostatnosti (řešit vlastní situaci, nespolehat na pomoc institucí...).
- Podporovat rodinu v přebírání odpovědnosti za své jednání (řešit věci včas, platit splátky, komunikovat s úřady a institucemi...).
- Pomáhat rodině k začleňování do komunity, podporovat vytváření podpůrné sociální sítě.

Oblasti podpory

- Zaměstnání
- Vedení domácnosti – finanční hospodaření, nákupy a příprava jídla, údržba domácnosti, organizace času
- Bydlení
- Komunikace a vztahy
- Zdraví a výživa
- Výchova dětí

Cílové skupiny

- Rodina ohrožující dítě – nevhodné podmínky, zanedbávání, týrání, zneužívání
- Rodina s dítětem s postižením – krize (prvotní vyrovnávání se se skutečností), pečovatelská zátěž, materiální podmínky, vysoké finanční náklady, rozpad rodiny, nevhodné zacházení s postiženým

- Rodina s rizikovým dítětem – poruchy chování (např. delikventní – překračuje meze zákona)
- Rodina a domácí násilí
- Rodina s dospělým ve výkonu trestu odnětí svobody
- Rodina se závislým členem – drogy (alkohol, nikotin, léky, marihuana, LSD, extáze, opiáty), patologické hráčství (automaty, hry na PC, karetní hry), na práci, sexu, internetové komunikaci...
- Rodina s duševně nemocným dospělým – schizofrenie, poruchy nálad, neurotické poruchy (např. obsedantní (nadměrný úklid), disociační (hysterie), úzkostná (vyhýbání se společností), ...), poruchy osobnosti (paranoidní (žárliivost), schizoidní (vyhýbání se lidem), disociační (manipulace, násilí), histrionská (upozorňování jen na sebe), ...)
- Rodina cizinců
- Rodina s dítětem v náhradní výchově
- Rodina v rozvodu
- Romská rodina ohrožená sociálním vyloučením

Strategie práce s rodinou s postiženým dítětem

- Krizová intervence – ve fázi prvotního šoku; podpora otevřeného vyjadřování emocí, opory v blízkých lidech, tolerance únikových reakcí, kritický postoj k obviňování se; začátek ideálně v porodnici; v ČR málo dostupná.
- Podpora soudržnosti rodiny vč. rozložení péče na všechny členy.
- Využívání stacionářů, aktivizačních center, komunitních a terapeutických skupin, odlehčovacích služeb.
- Prevence izolace rodiny – podpora ve stykání se se širší rodinou – nutná tolerance a přijetí.
- Odborné poradenství – raná péče, PPP, SPC.
- Zprostředkování kontaktů na další služby.
- Integrace do běžných škol.

Posilování rodičovských kompetencí

- Definice rodičovských kompetencí
 - Lze je vnímat jako prostředek rodičovství („aby rodiče mohli být svým dětem rodiči“).
 - Jsou to takové schopnosti a dovednosti rodičů, které umožňují dítěti se vyvíjet přiměřeně jeho potřebám ve všech oblastech života. Znamená to, že rodiče sami nebo s podporou dokáží uspokojovat potřeby dítěte v kontextu jeho věku, duševního, mentálního i tělesného vývoje a umožňují/podporují tím optimální rozvoj jeho potenciálu.
 - Základní rodičovskou kompetencí je dítě milovat, a chránit ho před nebezpečím.
 - Základní znaky rodičovských kompetencí jsou: bezpečí, jistota, vřelost, vstřícnost, akceptace (přijetí), respekt, důstojnost, individuální přístup a používání nenásilných výchovných prostředků.
- Zásah do rodičovských kompetencí
 - Lze v obecné rovině opodstatnit pouze zvláštním druhem ochrany –viz Úmluva o právech dítěte a související dílčí legislativy (např. zákon č. 359 /1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, dále jen „zákon o SPOD“).
 - Ve všech formách zásahu do rodičovských kompetencí je nutné zachovat rodičovská práva a kompetence v nejvyšší možné míře.
 - Poskytnutí podpory rodině musí být ve prospěch dítěte včasné a jasně zacílené, dítě nelze po neúměrně dlouhou dobu ponechávat v nedostatečné péči rodičů.
- Rodičovské kompetence vychází ze základních potřeb dětí
 - Bezpečí a jistota.
 - Zdravotní péče a hygiena.

- Ochrana dítěte před nebezpečím v okolí.
- Péče o emoce.
- Mít domov bydlení.
- Rozvoj a vzdělávání.
- Oblečení, obutí.
- Potřeby dětí zůstávají stejné, mění se ale způsoby/intenzita jejich naplňování.
- Potřeby dětí je třeba vždy posuzovat komplexně a ve vzájemných souvislostech.
- Naplnění základních materiálních potřeb rodiny je předpokladem naplnění dalších potřeb dítěte.
- Principy podpory dítěte a rodiny
 - Podpora rodiny musí být založena na vzájemné důvěře.
 - Podpora rodině musí být zásadně přiměřená.
 - Podpora rodině musí být k dispozici včas, ideálně na úrovni prevence.
 - Podpora poskytovaná rodině musí být dostatečně flexibilní.
- Metody a nástroje podpory dětí a rodin
 - Byly odvozeny od potřeb dětí, a to podle věku (s předpokladem, že potřeby dětí jsou konzistentní, mění se pouze potřebná míra jejich naplňování).
 - Osvěta.
 - Podpora mezioborové práce, fungování multidisciplinárních týmů.
 - Případová práce a spolupráce za aktivní účasti rodiny.
 - Plánování s ohledem na udržitelnost zajištění potřeb dětí.
 - Osvěta a edukace aktérů pro oblast potřeb dětí a rodičovských kompetencí.
 - Aktivizace rodičů, podpora participace dětí.
 - Maximální využití terénní práce.
 - Depistáž ohrožených dětí – spolupráce s lékaři, školami.
 - Využívání dobrovolnických programů, peer programů, rodičovských skupin.
 - Využívání metod praktického nácviku rodičovských dovedností.
 - Cílená podpora dětí – dětské skupiny, poradenství.
- Nemáme rodiče být rodiči
 - Podporujeme rodiče, ale jen do té míry, pokud je to třeba, nechťme rodiče v jejich roli nahrazovat, ale umožnit jim její plný výkon.
 - Důvěřujeme jim, že jsou schopni svou roli zvládnout, zaměřme se na pozitivní stránky, přestože se v určitý moment mohou zdát omezené.
 - Udržujeme perspektivu, při veškeré práci s rodinou a dítětem je třeba dobře plánovat a předvídat, jak se mění rozložení opory a rizik při přijímání opatření ve prospěch dítěte (například umístěním mimo rodinu dojde k uspokojení některých potřeb, zatímco jiné budou výrazně omezeny).
 - Aktivizujeme rodiče, povzbudíme je i ve chvílích, kdy na svou roli rezignují.
 - Spolupracujeme, nejen s rodiči, ale i s dalšími odborníky, a to bez ohledu na jejich rezortní příslušnost a (často jen fiktivní) hranice a omezení ve spolupráci.
 - Mluvme jedním jazykem, jasně a srozumitelně tak, aby nám dostatečně rozuměli rodiče, dítě i odborníci dalších profesí.
 - Respektujeme rodičovskou roli ve všech jejích podobách až tam, kde by se mohla stát pro dítě ohrožující, včas usměrňujeme kompetence rodičů formou doporučení, nikoliv příkazů a omezení.
 - Naslouchejme rodičům a dětem.

4. Psychologické poradenství pro rodiny s handicapovaným dítětem. Základní psychologické přístupy a intervence využívané při práci s rodinami dětí s handicapem. Role poradenství ve zmírňování emoční zátěže rodiny. Techniky krizové intervence a dlouhodobého poradenství.

Speciální poradenství = komplex poradenských služeb určených specifickým skupinám jedinců, kteří jsou znevýhodněni zdravotně či sociálně a jejichž handicap má dlouhodobý nebo trvalý charakter. (Novosad, 2000)

Kdo žádá o poradenství

- Rodiče
- Pěstouni
- Škola
- Lékař
- Dětský domov
- Soud
- Další instituce

Oblasti poradenské činnosti

- Lékařské poradenství – specifika onemocnění.
- Psychologické poradenství a psychoterapie – partnerské poradenství, rodinná terapie, krizová intervence.
- Pedagogicko-psychologické poradenství – studijní poradenství, výchovné poradenství, speciálněpedagogické poradenství.
- Profesní poradenství – volba zaměstnání, poradenství v nezaměstnanosti.
- Sociálně-právní poradenství – sociální zabezpečení, bydlení.
- Technické poradenství – kompenzační pomůcky, úprava prostředí.
- Pastorační činnost – poskytnutí duchovní pomoci člověku v nesnázích.
- Resocializační poradenství, kurátorská činnost – pomoc lidem propuštěným z výkonu trestu.

Cíle poradenské práce

- Prolínají se.
- Základní – dosažení klientova zdraví v interakci se sociálním prostředím.
- Speciální – dosažení žádoucí změny v sociálním prostředí klienta.
- Individuální – dle konkrétní situace klienta.

Etické zásady v poradenství

- Kritičnost k oboru i k vlastní osobě, schopnost sebereflexe.
- Obětavost pod kontrolou.
- Odborný zájem vs. osobní zájem klienta.
- Zabezpečení citových potřeb poradce a ochrana klienta.
- Kolegialita a otevřenost.
- Respekt k důvěrnosti informací a údajů.

Formy poradenské pomoci

- Vedení, informování – poskytnutí informací, aby klient sám dokázal řešit svou situaci, jednosměrné předávání poznatků.
- Poradenství – vede klienta k hlubšímu náhledu na jeho problém, jeho příčiny a možnosti řešení, nutná obousměrná komunikace, individuální diagnostika a terapeutická intervence.
- Konzultační činnost – odborná porada poskytovaná dalšímu odborníkovi v rámci péče o klienta.
- S jednotlivcem.
- S rodinou, jejíž člen je postižený.

- S třídou, do níž je nebo má být postižený integrován.
- Se skupinou postižených, svépomocnou skupinou apod.

Metody poradenské činnosti

- Primární prevence – veřejná osvěta, vyhledávání klientů v terénu, např. depistáž.
- Sekundární prevence – zaznamenání odchylek a zabránění jejich dalšímu nepříznivému vývoji, např. diagnostika.
- Terciární prevence – chránit před zhoršením stavu, např. terapie (vstupní/konzultační, léčebná/nápravná), intervence, resocializace (začlenění do společnosti).
- Metoda anamnestická – osobní, rodinná, školní, sociální anamnéza.
- Metoda analýzy výsledků činnosti – hodnocení dokončené práce.
- Metoda studia dokumentace – práce s lékařskými zprávami, záznamy z pozorování apod.
- Metoda terapeutická – reedukace (ke zlepšení postižené funkce), kompenzace (nahrazení porušené/ztracené funkce), rehabilitace a socializace.
- Metoda prevence – viz. výše.

Zásady poradenské práce

- Navázání kontaktu.
- Navození spolupráce.
- Důvěra, pravda s perspektivou.
- Realistický optimismus.
- Porozumět znamená pomoci.

Předpoklady správného jednání s lidmi

- Uvědomovat si sám sebe a znát své slabiny.
- Získat a udržet si důvěru lidí.
- Umět se ovládat, nenechat se vyprovokovat.
- Uvědomovat si, že nepřiměřené chování jedince může být reakcí nebo formou vyrovnávání se s náročnou situací.
- Být schopen se přiměřeně prosadit. Potlačit nepřizpůsobivé až agresivní tendence a sovojit si asertivní chování.
- Rozvíjet žádoucí vlastnosti usnadňující jednání s lidmi, a to zejm.:
 - Autentičnost (věrohodnost).
 - Bezprostřednost (přímé jednání bez zábran).
 - Emotivnost (umět přiměřeně projevit své city).
 - Schopnost empatie.
 - Iniciativnost.
 - Nezříkat se konfrontace, angažovat se pro určitý cíl, myšlenku.
 - Konkrétnost (neužívat abstraktní pojmy).
 - Otevřenost (neskrývat své názory a postoje).
- Volit adekvátní způsob komunikace, aby nedošlo k úbytku informací.

Svízelné/problematické typy osob

- Úzkostný
- Úzkostně-agresivní
- Narcistně-agresivní
- Bezohledně-agresivní
- Pedantický
- Nepřístupný
- Histriónský

- Pro zájemce: podrobnosti, jaké strategie u konkrétního typu osob zvolit jsou v knize Novosad (2000) – Základní speciálního poradenství.

Společné rysy osob se znevýhodněním

- Citová a podnětová deprivace.
- Obtíže při zvládnutí emancipace, procesu osamostatňování.
- Poruchy sebepojetí – např. zkreslené sebehodnocení.
- Emocionální labilita, neadekvátní prožívání a sebeprožívání.
- Izolovanost, snížená sociabilita, komunikační bariéry, problematické řešení sociálních vztahů.
- Nezkušenost v partnerských vztazích.
- Často nedostatečná motivace vyplývající z neujasněných životních perspektiv.

Příklady konkrétních oblastí podpory

- Uvědomit si předsudky a očekávání, s nimiž se pravděpodobně mohou setkat.
- Vyjít z izolace a hledat zdroje podpory v jejich okolí.
- Dokázat efektivně sdělovat okolí vlastní pocity a potřeby, žádat o pomoc a přijímat.
- Postupně si vytvářet adekvátní a pozitivní sebepojetí.
- Pomoc klientovi posoudit vlastní zájmy a dovednosti.
- Učit klienta nacházet informace o nabídkách zaměstnání.
- Organizovat speciální opatření vedoucí ke zpřístupnění pracoviště.

Poradenství je součástí systému ucelené rehabilitace

- Nutná týmovost, provázanost, poslušnost, kooperace
- Cílem rehabilitace je poskytnout osobám se ZP co nejširší účast na společenském i hospodářském životě a co největší nezávislost. (Doporučení Rady Evropy č. R/92/6, 1992)
- Cílem poradenské činnosti je zmírnění, eliminování či kompenzování příčin, které postiženému jedinci brání jeho plnohodnotnému začlenění do společnosti.
- Složky rehabilitace:
 - Zdravotní – k obnovení ztracených schopností nebo stabilizaci zdravotního stavu; např. medikace, fyzioterapie, ergoterapie, operace.
 - Psychologická – ke zvládnutí psychické krize spojené se změnou zdrav. stavu, ke změně sebehodnocení a životní orientace postiženého; např. individuální/skupinová psychoterapie, aplikovaná psychoterapie (muzikoterapie, arteterapie...), trénink psychosociálních dovedností. Viz. dále.
 - Sociální – k vytvoření existenčního, resp. materiálního zabezpečení a legislativní ochrany, začlenění do společnosti, zajištění komunitní podpory a sociálních služeb; např. socioterapie (nápravy/usměrnění vztahů jedinec – komunita a naopak, posílení sociálního statusu jedince, rodiny a minoritní skupiny), případové sociální práce atd.
 - Pedagogická – zaměřená na výchovu, vzdělávání a přípravu na život a povolání, rozvoj soběstačnosti i schopností a nadání jedince; např. reedukace, kompenzace, vytváření IVP a jejich realizace atd.
 - Rodinná – zaměřená na podporu, obnovu nebo nápravu rodinných vztahů postiženého, podporu rodin pečujících, zajištění respektu péče apod.
 - Pracovní – zaměřená na pracovní uplatnění jedince; např. profesní příprava, kariérové poradenství, průzkum trhu pracovních příležitostí, vytváření a ochrana pracovních příležitostí atd.
 - Volnočasová – zaměřená na zájmové, sportovní a kulturní vyžití, koníčky, sebevzdělávání, zážitky/prožitky, pozitivní sebereprezentaci.

Psychologické poradenství

Klasifikace psychologie

- Kognitivní – zaměřuje se na studium myšlení, paměti a vnímání.
- Klinická – specializuje se na diagnostiku a léčbu duševních poruch.
- Behaviorální – studuje vliv prostředí a behaviorálních faktorů na chování jednotlivců.
- Sociální – zabývá se studiem interakcí mezi lidmi a sociálními vlivy na chování.
- Vývojová – zaměřuje se na studium vývoje lidské psychiky od narození až do pozdní dospělosti.

Psychologická rehabilitace

- Je nejen léčbou, ale i prevencí.
- Uskutečňuje se pomocí psychologických prostředků komunikačních, vztahových a aktivizačních.
- Působí na duševní život, chování a prožívání člověka, na jeho interpersonální vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že navozuje či podporuje žádoucí změny a podporuje tak úzdravu nebo znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví.
- Vždy probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná, diferencovaná a odborně podložená interakce mezi klientem a terapeutem.
- Cílovou skupinou jsou lidé s duševními onemocněními, pacienti před náročnou operací, pacienti s onkologickým onemocněním, osoby s porážkovými stavy nebo dlouhodobě nemocné, osoby s NKS, SPU, PCHE, osoby se závislostmi atd.
- Prostředky: rozhovor, slovní i neverbální komunikace (gesta, mimika), úprava prostředí či denního režimu, aplikované terapeutické či reedukační techniky (arteterapie, biblioterapie, tvorba a rozbor písemného projevu, muzikoterapie, dramaterapie, práce s keramikou atd.).
- Jakákoli poradenská činnost zaměřená na pomoc člověku ve zdravotních, sociálních, školních a dalších nesnázích s psychoterapií úzce souvisí.

Psychologické intervence

- Behaviorální – pozorování a analýza chování, správného chování, odstranění bariér a negativních podnětů, zpětná vazba, opakování a dlouhodobé sledování, pozitivní posilování.
- Motivační – vnitřní a vnější, vysvětlení „proč“ – důraz na smysl a důsledky, stanovení konkrétních cílů, odměny a uznání, soutěže, otevřená komunikace a zapojení všech osob, využití emoční angažovanosti.
- Kognitivní – změna vnímání, překonání kognitivních zkreslení, zlepšení rozhodovacích procesů, zvyšování povědomí o důsledcích.
- Interpersonální – kolektivní odpovědnost, vliv sociálních norem, podpora a sociální interakce, role vedoucích.
- Emoční – emoční prožitek, empatie a osobní identifikace, použití vizuálních a příběhových podnětů, prevence skrze negativní i pozitivní emoce.
- Vzdělávací – praktická aplikace znalostí, zohlednění učení, interaktivní a zážitkové učení, pravidelné opakování a aktualizace znalostí, individuální přístup.

Zásady psychologického poradenství

- Komplexní hledisko
- Spolupráce
- Prevence
- Pravda
- Normalita
- Mnoho činitelů
- Individualita

- Výchova
- Nálepka, nebo pomoc?

Postoje rodičů, se kterými mohou přijít na vyšetření

- Změnit/vyměnit dítě.
- Předělat dítě.
- Dítě je mimořádné, nikdo si s ním neví rady.
- Byli jsme sem posláni a nevíme proč.
- Dítě je normální a potřebujeme se ujistit, že je vše v pořádku.
- Hledání viníka – mezi rodiči, v pedagogích, odbornících.
- Pokecání – s „posluchačem“, postěžovat si.
- Mimořádně nadané dítě – chtějí se pochlubit, ukázat i ho i jinde.
- Potvrzení stanoviska rodičů – často při podnětu ze školy, vždyť jejich dítě je „normální“.
- Uplácení – upoutání pozornosti na případ.

Langmeierovo schéma vztahu terapeuta a pacienta

- Seřazený od krajně direktivních po krajně nedirektivní
- Sugescie – vnucování, nepřipouštění otázek.
- Příkaz – slabší vnucování.
- Pokyn – nařizování, vnucování poradcových názorů.
- Pobídka – názory nehledě na názor klienta.
- Rada – rady klientovi, který se může sám rozhodnout.
- Návrh – nabízí se řešení a záleží na klientovi, zda ho přijme.
- Alternativní návrh – nabídka více návrhů a klient si sám vybere.
- Příklad – předložení více možností řešení na názorných situacích z praxe a klient se může poučit.
- Výklad – podání informací o etiologii, možném průběhu a důsledcích, a klient si hledá řešení sám.
- Vyslechnutí, mlčení – klient sám vypráví a zamýšlí se, terapeut ho vede návodnými otázkami.

Fáze psychologického vyšetření

- Příprava – žádost o vyšetření, zjištění podrobností o případech, nachystání pomůcek.
- Průvodci dítěte – zákonní zástupci, jejich přítomnost vypovídá o jejich zájmu o dítě.
- Úvodní rozhovor – dítě si hraje, prostor pro adaptaci, k překonání úzkosti a navození důvěry, seznámení obou stran, představení problému (proč přichází), informace zapisovat (ukazuje to, jak je případ pro poradce důležitý).
- Anamnéza – pre a perinatální, postoje rodičů (dítě ne/plánovali, ne/těšili se), genetický vliv.
- Pracovní hypotéza – mlhavá/určitá, dle prvotních informací.
- Začátek vyšetření – navázání spolupráce s dítětem, odloučení od ZZ.
- Pozorování – sleduje se: zjev dítěte, adaptace na prostředí, pozornost, pracovní vlastnosti, sociální chování, řeč, tělesná obratnost, míra tělesné aktivity.
- Pracovní postup – zvolené vyšetřovací metody – hry, testy, rozhovor, dotazníky...
- Závěr – ukončení činnosti, rozloučení s dítětem, shrnutí výsledků rodičům, sepsání zprávy.

Oblasti vyšetření

- Základní vegetativní funkce – nechutenství, mentální anorexie, ranní zvracení, poruchy spánku, noční děs, poruchy vyměšování, enuréza, inkopréza.
- Motorika – jemná, hrubá, grafomotorika.
- Řeč – opožděný vývoj řeči, dyslálie, dysartrie, huhňavost, breptavost, artikulační neobratnost, koktavost, mutismus.

- Intelekt – mentální postižení?
- Nervový systém – oslabení, nesoustředěnost, hyperaktivita, neklid.
- Vzdělávání – SPU.
- Škola – prospěch, předměty, čtení, psaní, integrace.
- Smyslová percepce – zrak, sluch.
- Poruchy chování – lhaní, krádeže, záškoláctví, útoky z domova.

Krizová intervence

Krise = situace, se kterou si jedinec není schopen poradit sám, či za pomoci blízkých, v přijatelném čase svými navvyklými způsoby. Situace jsou u každého člověka jiné, jedná se např. o rozchod mezi partnery, výpověď v práci, neúspěch při studiu.

Fáze krize

- Šok
- Popření
- Hněv (hledání viníka)
- Smlouvání
- Deprese
- Smíření či rezignace

Přirozenou reakcí jedince na krizi jsou tzv. kompensační mechanismy, které slouží k návratu do psychické pohody. Jedná se např. o sklenici alkoholu, četbu knihy, práci na zahradě, sport...

Pokud je situace závažnější, tak tyto mechanismy přestanou fungovat a jedinec se ocitá v krizi. Nezbytná je pomoc zvenčí, a to ve 3. úrovních:

- Poradenství – dobrá rada, kniha, informace.
- Krizová intervence – nutný odborník, který pomůže zorientovat se v situaci a vhodným způsobem navede k samostatnému nalezení řešení situace.
- Psychoterapie – nutný odborník, zpravidla trvá déle.

Příčiny vzniku krize

- Ohrožení zdravotní, onemocnění, změna zdrav. stavu.
- Ohrožení psychologické: ztráta postavení, práce.
- Ohrožení ekonomické: ztráta majetku, vývojové potřeby.
- Ohrožení sociální: ztráta postavení, ztráta partnera.
- Ohrožení v důsledku onemocnění nebo úmrtí blízké osoby.
- Ohrožení v důsledku životní změny.
- Ohrožení v důsledku traumatické události.

Projevy krize

- Emoční rozrušení – neklid, úzkost, zmatek.
- Snížení sebevědomí.
- Ztráta kontroly.
- Narušení psychické rovnováhy.
- Zhoršené sociální fungování.
- Problémy ve vztazích.
- Somatické potíže.

Klasifikace krize

- Situační – nepředvídatelný stres.
- Z náhlého traumatizujícího stresoru – neovlivnitelné události zvenčí.
- Tranzitorní – očekávané životní změny.
- Vývojové – překážky a požadavky ve vývojových etapách.
- Pramenící z psychopatologie – psychické onemocnění.
- Neodkladné stavy – nutkavost k sebevraždě, intoxikace.
- Psychospirituální – konflikt s vlastní spiritualitou.

Termíny související s krizí

- Trauma – duševní otřes v člověku, nebo jehož byl svědkem.
- Disociace – amnézie po traumatu.
- Alexithymie – neschopnost rozeznat či vyjádřit emoce.
- Panická reakce – neschopnost zorientovat se v prostředí a situaci.
- Derealizace – narušené vnímání vnějšího světa.
- Regresivní chování – neschopnost přijmout zodpovědnost za daný stav.
- Agresivní reakce.

Krizová intervence (KI)

- = pomoc poskytovaná v krizových situacích.
- Cílem je ohraničení akutního stavu, zeslabení intenzity, zklidnění, návrat na původní úroveň.

3 úrovně KI

- Psychická stabilita klienta – dýchání, příjemné vystupování, posoudit ohrožení života.
- Zamezení stupňování okolností – hledání problému/spouštěče.
- Zprostředkování návazné péče – doprovázení k dalšímu odborníkovi a předání do péče.

Průběh rozhovoru v KI

- Klademe otevřené otázky.
- Nasloucháme a snažíme se porozumět a zjišťujeme úmysly člověka – parafrázování, zrcadlení emocí, povzbuzování.
- Normalizujeme reakce klienta.
- Pomáháme znovu nastolit kontrolu a odpovědnost klienta za svá rozhodnutí.

Co nedělat v KI

- Neodvádět pozornost od toho, o čem chce klient hovořit.
- Nerozveselovat, nerozptylovat.
- Negeneralizovat.
- Nebagatelizovat.
- Nepřikazovat.

Průběh KI

- Analýza situace – proč klient přišel, sdělení jeho pocitů.
- Redukce ohrožení – vyhodnotit míru ohrožení života.
- Očekávání a zakázka – zjišťování konkrétních potřeb.
- Katastrofický scénář – specifikace obav a jejich verbalizace.
- Dohoda s klientem a závěr rozhovoru – úleva klienta, sestavení jeho dalšího postupu.

Techniky KI

- Detakastrofizace představy – klient si obvykle představuje svou situaci jako hroznou katastrofu. Terapeut se ho tedy ptá, co nejhoršího by se mohlo stát.
- Časová projekce – klient se obává situace, která jej čeká. Terapeut se ptá, jak bude tuto situaci hodnotit za několik měsíců/let.
- Vytvoření uklidňující představy – pokud je klient pronásledován nepříjemnými představami, je účinné, aby si vytvořil obranné představy situací, v nichž se cítí uvolněně a klidně.
- Vytvoření přehnané představy – klient si sovji negativní představu rozvine do mnohonásobně horší podoby.
- Změna rámce – klient hledá pozitivní aspekty na své situaci. Problém přijímá jako výzvu, kterou chce překonat.

Specifika klienta s postižením z pohledu KI

- Specifika vnitřního světa klienta – každý člověk vnímá sebe i své okolí jinak.
- Respekt ke klientovi – naslouchat, nekritizovat.
- Porozumění vs. hodnocení.
- Diagnostické nálepky – vnímat aktuální vývoj a stav klienta.

Náročné životní situace u osob s postižením – příklady

- Reakce rodičů na postižení dítěte.
- Častá zkušenost s bolestí, hospitalizace, zdravotní péče.
- Omezení komunikace, neschopnost vyjádřit své potřeby.
- Snížené možnosti učení.
- Nesrozumitelnost okolního prostředí, sociálních situací.
- Dezorientace v čase a nemožnost připravit se na změny.
- Závislost na pečovateli a omezení aktivit.
- Potíže v sociálních vztazích, sociální izolace.
- Zvýšené nároky na adaptaci v období jakýchkoli životních změn (př. nástup do ZŠ).
- Výběr partnera, uspokojování sexuálních potřeb, estetické narušení vzhledu jedince.
- Snížené sebepojetí a sebehodnocení – pocity méněcennosti.

5.

Interdisciplinární spolupráce v podpoře rodiny

Role psychologa, sociálního pracovníka, speciálního pedagoga, fyzioterapeuta a dalších specialistů.

Modely a metody efektivní spolupráce s institucemi a dalšími odborníky.

Koordinace péče o dítě s handicapem v rámci rodiny i širší komunity.

*Úvodem doporučuji dokument – **Děti rané péče**, ČT1, dá se od něj odrazit a mluvit dále*

<https://www.ceskatelevize.cz/porady/16217924439-deti-rane-pece/>

*a na doporučení pana profesora knihu **Praxe a metody rané péče v ČR**, Tereza Hradilková*

INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE

Speciální pedagogika = „**interdisciplinární obor** zabývající se péčí o jedince minoritních skupin obyvatelstva se zřetelem na edukaci, reedukaci a kompenzaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci, prevenci a prognostiku osob se zdravotním postižením a zdravotním či sociálním znevýhodněním.“ (Valenta a kol., 2014)

MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP =

- **Multidisciplinárním přístupem je v myšlen způsob práce, jakým různé profese, různé organizace partnersky spolupracují, efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupiny. Prospěchem je myšlena maximální možná podpora v individuálním procesu zotavení u lidí s duševním onemocněním s jejich zapojením a respektem k jejich potřebám.**

Komplexní péče = péče je poskytována postiženému jedinci v celé možné šíři, jakou potřebuje: od narození, zjištění postižení až po péči následnou, přístupnost zařízení, informace.

Multidisciplinární péče = prostupnost péče mezi různými zařízeními pro postižení a nutnost vytvoření multidisciplinárního týmu v péči o tyto jedince.

Ucelená (komprehenzivní) **rehabilitace**, která efektivně spojuje rehabilitaci léčebnou, pedagogickou, sociální a pracovní.

KOMPLEXNÍ PÉČE OKOLO DÍTĚTE S POSTIŽENÍM

1) Lékařská péče

Lékařskou péčí rozumíme léčebné prostředky rehabilitace, které jsou zaměřeny na odstranění postižení a funkčních poruch a také na eliminaci následků zdravotního postižení.

- Fyzioterapie

Patří sem např. různé druhy masáže, elektroléčba, magnetoterapie, léčba ultrazvukem, světlem, teplem, vodoléčba, balneoterapie.

- Léčebná tělesná výchova

Základní formou léčebné tělesné výchovy je tělesné cvičení. Zařazujeme sem např. Vojtovu metodu reflexní lokomoce, metodika manželů Bobathových, komplexní metodika prof. Tardieu.

- Hipoterapie
- Farmakoterapie
- Chirurgická léčba
- Léčba kompenzačními pomůckami

2) Sociální péče

Při sociální rehabilitaci jde o podporu integrace, nezávislosti a o vyrovnání příležitostí.

Postižení se učí nácviku potřebných dovedností:

- nácvik sebeobsluhy a vedení domácnosti,
- nácvik sociálních dovedností a komunikace,
- nácvik speciálních komunikačních dovedností – Braillovo písmo, znakový jazyk,

- nácvik prostorové orientace a samostatného pohybu,
 - nácvik použití kompenzačních pomůcek)
- Jedná se vlastně o zajištění zaměstnání, bydlení, dopravy, důchodu, průkazů, zájmové a kulturní činnosti.

3) Pedagogická péče

Pedagogické prostředky rehabilitace se prolínají i s ostatními složkami komprehenzivní rehabilitace. Pedagogická rehabilitace znamená záměrné působení pedagogickými (i psychologickými) prostředky ve smyslu reedukace.

Při tomto procesu jsou využívány speciální metody, prostředky a postupy speciální pedagogiky dle stupně a druhu postižení.

Cílem pedagogické rehabilitace je **dosažení maximálního možného vzdělání**. Zařazujeme sem ranou péči, školní edukaci i profesní vzdělávání.

Do pedagogické rehabilitace zařazujeme:

- rozvíjení hrubé a jemné motoriky,
- rehabilitační tělesnou výchovu,
- augmentativní a alternativní komunikaci,
- rozvíjení sebeobsluhy,
- orientaci v okolí,
- kultivaci osobnosti, atd.

4) Psychologická péče

Psychologickou rehabilitací rozumíme používání psychického ovlivňování postiženého i jeho rodiny při vyrovnání se s vadou a v rozvoji motivace ke všem oblastem života. Zahrnujeme sem psychologickou diagnostiku, intervenci i terapii.

- Psychoterapie
- Ergoterapie
- Hipoterapie
- Arteterapie
- Muzikoterapie
- Canisterapie
- Herní terapie

(je druhem terapie uplatňujících se převážně v nemocnicích. Cílem herního specialisty je provázet dítě během hospitalizace v nemocnici, vytvářet „most“ mezi zdravotníky, rodiči a dítětem, připravovat dítě na zákroky a operace.)

5) Pracovní péče

Pracovní rehabilitace je nástrojem aktivní politiky zaměstnanosti u dospělých osob a má vést k vyrovnání příležitostí na trhu práce a k plné integraci postižených. Důležité je vytváření míst pro osoby s postižením. Cílem je uplatnění se v pracovním procesu.

Nástroje pracovní rehabilitace:

- Chráněné pracoviště, dílny.
- Podporované zaměstnání – vyhledávání pracovního místa pro konkrétního jedince a zároveň spolupráce se zaměstnavateli a úřady práce.
- Speciálně pedagogické poradenství – volba vhodného povolání, změna a udržení zaměstnání.
- Přizpůsobené kvalifikační a rekvalifikační kurzy.

6) Právní péče

Do této složky zahrnujeme vytváření zákonů a směrnic k zajištění práv a péče o postižené, jejich vydávání a dodržování právních norem pro postižené.

7) Ekonomická péče

Tato péče se zabývá zřizováním a vedením vhodných pracovních míst pro postižené, vyhledávání vhodných oborů, organizuje a řídí výrobní činnosti a práci postižených.

8) Technická péče

Technická péče se uplatňuje ve výzkumu a výrobě zdravotních pomůcek, ortopedických pomůcek, speciálních zařízení a nábytku. Zabývá se také odstraňováním architektonických bariér.

Podoba dnešní ucelené rehabilitace je vybudována na **interdisciplinárním základě**, kde se předpokládá týmová spolupráce více odborníků. Těmi jsou odborní lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci, právníci, protetici i jiní odborníci podle druhu postižení dítěte.

Velmi důležitým článkem týmové spolupráce multidisciplinární péče je zapojení rodičů.

Jankovský mluví o tzv. "**kruhové péči**" (viz příloha č.1), kdy zájmy dítěte s postižením by měly být v centru zájmu všech zúčastněných.

Metody speciálně pedagogické podpory

✓ **Nejrůznější formy polohování, stimulace v oblasti hrubé motoriky**

✓ **Psychomotorika**

Psychomotoriku rozumíme výchovu pohybem. Jedná se o cvičení, které napomáhá vývoji psychických i fyzických funkcí jedince. Psychomotorika je souhrnem pohybových, motorických aktivit člověka, které jsou projevem jeho psychických funkcí a jeho psychického stavu

✓ **Snoezelen**

Vychází se z toho, že při vnímání a poznávání svého okolí jsou odkázáni na primární smyslové vjemy a odpovídající doprovodné pocity a pohyby. Snažíme se selektivně nabízet výrazné podněty, které by v postiženém vyvolávali příjemné pocity a nabízely mu novou zkušenost.

Zprostředkováváme různé zvuky, zrakové, čichové, taktilní podněty

Snoezelen je náplní volného času, jako prostředek uvolnění, jako podpora seberealizace, jako respektování zájmů těžce postižených či využívá speciální podpůrné metody, jako je prenatální terapie a senzomotorická terapie

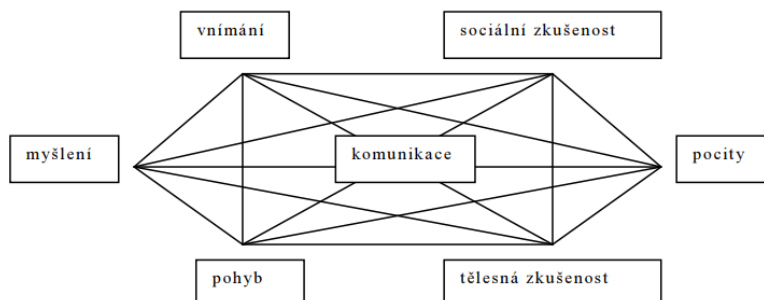
✓ **Facilitační techniky**

Facilitace napomáhá překonat nedostatek spontánních vzruchů. Využívá pohybových vzorců jako předurčené pohybové možnosti, které se realizují při podráždění určité oblasti nervové soustavy. Jejím úkolem je nahradit patologicky prováděné pohyby novými.

- **Bazální stimulace**
- **Vojtova metoda**
- **Metoda Bobathova**
- **Metoda Kabatova**

✓ **Bazální stimulace**

Technika bazální stimulace byla vyvinuta v 70. letech 20. století v Německu. Jedná se o pedagogicko-psychologickou aktivitu pro těžce mentálně postižené a pro jedince postižené více vadami, kdy se jim snažíme nabídnout možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Bazální znamená elementární, základní. Při práci je velmi důležitý požadavek celistvosti, kdy poskytujeme všem složkám osobnosti postiženého základní nabídku podnětů, o které se není schopen sám postarat



Služba rané péče pro rodiny dětí se zdravotním postižením a znevýhodněním

Rodiny s dětmi se zdravotním postižením raného věku mohou využít služeb rané péče, které jsou zaměřeny nejen na dítě, ale na celou jeho rodinu. Služba rané péče spadá podle zákona č. 108/2006 Sb. mezi služby sociální prevence a je definována jako „*terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 54) Služby rané péče jsou v současné době poskytovány většinou tzv. středisky rané péče (s registrací pro poskytování sociální služby raná péče), jež jsou nejčastěji zřizovány neziskovými organizacemi. Služba rané péče je rodičům poskytována bezplatně.

Služba rané péče si klade za cíl snížit negativní vliv postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a jeho vývoj, např. předcházet vzniku komunikační bariéry v rodině dítěte se sluchovým postižením, zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy (např. zraková stimulace dětí s postižením zraku), posílit kompetence rodiny a snížit její závislost na sociálních systémech (např. předcházet umístění dítěte s postižením do ústavního zařízení); posledním a dlouhodobým cílem je vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky sociální integrace. Program rané péče v sobě zahrnuje tři hlavní oblasti, které se vzájemně prolínají: podporu vývoje dítěte (viz výše zmíněné metody), podporu rodiny a podporu komunity

Raná péče jako sociální služba by měla podle **vyhlášky č. 505/2006 Sb.**, kterou se provádějí ustanovení zákona o sociálních službách, poskytovat čtyři typy základních činností:

- ✓ Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- ✓ Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- ✓ Sociálněterapeutické činnosti
- ✓ Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Průběh poskytování služby rané péče začíná **depistáží** (vyhledáním zájemce o službu pasivní formou – zvyšováním informovanosti laické a odborné veřejnosti o nabídce služby rané péče) a **prvním kontaktem mezi střediskem a zájemcem o službu** (první kontakt přichází ze strany rodiny). Při prvním kontaktu dojde k předání základních informací o nabídce a podmínkách služby rané péče a je dohodnut termín první návštěvy v rodině. U většiny poskytovatelů služby rané péče následuje tzv. **vstupní konzultace**, které se kromě rodiny účastní tým odborníků ze střediska. Cílem vstupní konzultace je rozpoznání a definování potřeb rodiny a společné stanovení cílů služby rané péče, které jsou konkretizovány v individuálním plánu služby. V případě, že rodina splňuje podmínky pro poskytování služby rané péče a dohodne se s poskytovatelem na spolupráci, je podepsána smlouva (příp. dohoda) o poskytování služby rané péče a rodině je přidělen klíčový pracovník (poradce rané péče). Individuální plán služby obsahuje kromě cílů služby také aktivity vedoucí k jejich naplnění, a konkretizuje tak náplň jednotlivých terénních konzultací v rodinách a dalších aktivit

Služba rané péče má **multidisciplinární charakter**, do poskytování služby rané péče se kromě **klíčového pracovníka** (poradce rané péče) zapojují i další členové týmu poradců rané péče i **externí spolupracující odborníci** (např. logoped, psycholog, odborný lékař apod).

Služba rané péče bývá obvykle ukončována z důvodu naplnění věku dítěte jako kritéria pro poskytování služby (u dětí s jedním typem postižení kolem 4 let věku – nástup do předškolního zařízení, u dětí s kombinovaným postižením až do 7 let věku). Před ukončením poskytování služby pracovník rané péče spolu s rodinou vyhledává **návaznou službu** a zpracovává spolu s rodiči závěrečnou zprávu o poskytování služeb rané péče.

METODA RANÉ INTERVENCE

Tým okolo dítěte (TOD)

Odbornou doplňkovou službu, jež je metodou mezioborové spolupráce, **Tým okolo dítěte – TOD** (z angličtiny: *Team Around the Child*).

Inspirací je přístup Petera Limbricka z Velké Británie. Do České republiky tuto metodu přineslo a upravilo pro české podmínky Středisko rané péče EDUCO Zlín z. s. v roce 2017.

Na setkáních Týmu okolo dítěte propojujeme práci odborníků **ze zdravotnictví, školství a sociálních služeb**. Jde o jedinečné setkání rodičů a odborných pracovníků ze všech tří resortů u jednoho stolu. Přínos metody spočívá v nastavení **Plánu podpory dítěte**, na jehož obsahu pracují rodiče i odborníci **společně**.

Setkání TOD jsou určena dětem od narození až po jejich nástup do školy. Mohou o ně požádat klienti rané péče a bývalí klienti do 10 let věku dítěte.

Žadatel kontaktuje koordinátora TOD s tématem, které chce s jím vybranými odborníky řešit. Společně nadefinují cíl, k němuž by mělo setkání vést.

Koordinátor organizuje setkání (účastnit by se mělo max. 10 osob).

Setkáním skupinu provází vyškolený facilitátor, který dohlíží na dodržování zásad metody TOD, udržuje bezpečné prostředí pro všechny přítomné a směřuje komunikaci účastníků k vytvoření, přidělení a přijetí dílčích kroků vedoucích k dosažení stanoveného cíle. Setkání trvá přesně 90 minut.

Možná témata, s nimiž se na nás mohou rodiny obracet:

- pomoc s rozhodnutím, do jaké školy či školky dítě zařadit
- nastavení vhodných podpůrných opatření ve školce
- problémové chování dítěte v domácím prostředí či kolektivu
- nesoulad v názorech odborníků apod.

Zásady setkání TOD

Důvěra

Účastníci setkání TOD souhlasí, že s veškerými získanými údaji o rodině a dítěti budou nakládat jako s osobními a citlivými údaji, které podléhají ochraně dle zákona č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů, tzn. že tyto údaje nebudou šířeny dalším osobám.

Respekt

Tým respektuje jedinečnost každého dítěte a každé rodiny. Respektuje jejich možnosti, prostředí, víru a kulturní hodnoty. Tým respektuje finanční a organizační možnosti rodiny při realizaci doporučení setkání TOD. Tým respektuje, že rodič má konečnou odpovědnost za své dítě.

Rodinnost

Setkání je týmovou snahou najít možná řešení situace rodiny a dítěte. Setkání je prostorem pro vzájemné sdílení vnímání dítěte, vlastní práce, zkušeností, řešení problémových situací. Setkání nemá hierarchii. Účastníci setkání TOD jsou si rovni.

Empatie

Účastníci TOD mají snahu vzájemně si naslouchat a pochopit postoj druhých. Každé setkání využívá zájem, moudrost, znalosti a dovednosti všech přítomných odborných pracovníků.

Čestnost

Účastníci TOD jsou v prezentaci svých postojů otevření, upřímní, objektivní. Ve svém vyjadřování vystupují tak, aby jejich sdělení bylo lidské a empatické.

Výstupem setkání TOD je **plán podpory dítěte a rodiny**. Klíčový pracovník vytvoří plán, který projedná a odsouhlasí s rodiči. Koordinátor rozešle plán všem odborníkům, kteří se setkání účastnili, jako podklad pro další práci.

Vhodná frekvence

Setkání může proběhnout jednorázově či opakovaně dle potřeb klientů.

https://www.youtube.com/watch?v=VIMFFUV_mes&embeds_referring_euri=https%3A%2F%2Fwww.sdbno.cz%2F&source_ve_path=MjM4NTE

KLÍČOVÝ PRACOVNÍK V RANÉ PÉČI

Klíčový pracovník v rané péči má velmi důležitou roli v podpoře dětí s vývojovými problémy a jejich rodin. Jeho úkolem je poskytovat odbornou podporu rodinám dětí s různými zdravotními, vývojovými nebo sociálními problémy.

Hlavní funkce klíčového pracovníka v rané péči zahrnují:

1. **Koordinace péče:** Klíčový pracovník spolupracuje s rodinou a dalšími odborníky, jako jsou lékaři, psychologové, terapeuti, aby vytvořil plán péče přizpůsobený konkrétním potřebám dítěte.
2. **Podpora rodičů:** Pomáhá rodičům orientovat se v procesu rané intervence, poskytuje informace o možnostech péče, terapiích a poradenství a podporuje je v jejich každodenní práci s dítětem.
3. **Výchovné a terapeutické poradenství:** Poskytuje rodičům a dalším členům rodiny konkrétní rady a doporučení, jak se nejlépe starat o dítě doma, jak rozvíjet jeho schopnosti a jak se vyrovnávat s náročnými situacemi.
4. **Podpora ve vzdělávání:** Pomáhá rodinám porozumět specifickým potřebám dítěte a učí je, jak podpořit jeho vývoj doma, v mateřské škole nebo jiných zařízeních.
5. **Dlouhodobá podpora:** Klíčový pracovník se často podílí na dlouhodobé práci s rodinou, sleduje pokroky dítěte a upravuje plán péče, jak dítě roste a jeho potřeby se mění.

ZDRAVOTNICTVÍ

Dne 1. ledna 2021 vznikl ve Fakultní nemocnici Ostrava multidisciplinární tým duševního zdraví pro děti a adolescenty, který byl realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci projektu „Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné“, reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0008217, Operační program Zaměstnanost (dále jen „OPZ“), prioritní osa – Sociální začleňování a boj s chudobou.

Multidisciplinární tým duševního zdraví pro děti a adolescenty ve FN Ostrava (dále jen MTDZ-P) poskytuje dětem ve věku 0-18 let žijícím v obci s rozšířenou působností Ostrava, komplexní zdravotní služby (péči pedopsychiatra, klinického psychologa, rodinného terapeuta a týmu zdravotních sester), dále sociální a pedagogické služby v oblasti duševního zdraví. Poskytuje také psychosociální a vzdělávací služby pro děti, mládež a jejich rodiny. Spolupracujícím organizacím poskytuje metodickou podporu v oblasti pedagogické, sociální a zdravotní.

- › předcházení rozvoji duševního onemocnění u dětí a adolescentů,
- › včasná a komplexní léčba psychických potíží,
- › podpora zotavení dětí a adolescentů s duševním onemocněním a podpora jejich reintegrace v průběhu léčby či po jejím ukončení,
- › zvýšení kvality života dětí a adolescentů s duševním onemocněním nebo ohrožených vznikem duševního onemocnění.

Jak pracuje multidisciplinární tým:

MTDZ-P realizuje svou činnost za využití multidisciplinární spolupráce interních pracovníků týmu a externích služeb/subjektů tak, aby byl maximálně využit jejich potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch dítěte/adolescenta, jeho rodiny a širšího sociálního prostředí. Prospěchem je myšlena maximální možná podpora dítěte/adolescenta v individuálním procesu sociálního začlenění a naplňování jeho potřeb, v předcházení vzniku a rozvoje duševního onemocnění a v podpoře zotavení dětí a adolescentů s již diagnostikovaným duševním onemocněním, v souladu s posláním zdravotních a sociálních služeb.

Speciálně pedagogické služby

Služby poskytované speciálním pedagogem, zaměřené na odbornou podporu dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a edukaci rodičů a osob odpovědných za výchovu, spolupráci se školami a učiteli formou poradenské a konzultační činnosti a spolupráci se školskými poradenskými zařízeními (PPP, SPC, SVP).

CENTRUM KOMPLEXNÍ PÉČE O DĚTI S PORUCHAMI VÝVOJE A JEJICH RODINY

Centrum se zaměřuje na problematiku dětí s postižením, především s kombinovanými vadami tak, aby byly pokud možno co nejlépe naplňovány „zvláštní potřeby“ dětí a jejich rodin. Protože se v tomto případě ne jedná jen o zdravotní problematiku, je potřeba koordinovat oblast zdravotní, sociální péče i vzdělávání. Program naší činnosti je vystavěn na individuálním přístupu ke každému dítěti a jeho specifickým potřebám.

Proto vytváříme individuální program terapeutické a rehabilitační péče pro děti a jejich rodiny, s ohledem na typ jejich postižení a s ním spojené potřeby. O děti pečujeme dlouhodobě. Vyhledáváme možnosti další zdravotní péče, sociální pomoci převážně ve FN v Motole a také v místě bydliště dítěte. Podporujeme tyto děti při zajišťování nároků sociální a zdravotní péče a při integraci do škol a společnosti vůbec.

SPECIALIZACE

V rámci pediatrické kliniky se Centrum se zaměřuje na problematiku dětí s postižením, především s kombinovanými vadami tak, aby byly pokud možno co nejlépe naplňovány „zvláštní potřeby“ dětí a jejich rodin. V případě dětí s postižením se nejedná jen o problematiku zdravotní ale i oblast sociální péče a speciálně pedagogické péče, které je nutno často koordinovat. Činnost pracoviště je vystavěna na individuálním přístupu ke každému dítěti a jeho specifickým potřebám.

SOCIÁLNĚ – PEDIATRICKÉ PORADNA

zaměřuje se na poskytování pomoci a zajištění odborné péče dětem s postižením či poruchou vývoje a jejím rodičům. Do poradny se mohou objednat rodiče s dětmi ve věku od 0 do 18 let věku. V poradně lékař/ka, pediatr, na základě anamnézy, vyšetření navrhuje další postup, zapojení odborných vyšetření, rehabilitace, koordinuje další péči. Na základě diagnostiky vytváříme individuální program pro jednotlivé děti podle problematiky postižení a s tím spojenými potřebami. O děti pečujeme dlouhodobě. Vyhledáváme možnosti další pomoci převážně ve FN v Motole a také v místě bydliště dítěte. Podporujeme tyto děti a jejich rodiny při zajišťování nároků na sociální a zdravotní péči a při integraci do vzdělávacího systému a společnosti vůbec.

CENTRUM MULTIDISCIPLINÁRNÍ PÉČE PRO DĚTI S PERINATÁLNÍ ZÁTĚŽÍ.

Jedná se o projekt vytvořený v roce 2015 a podpořený grantem z Norska – Norskými fondy. Projekt je vytvořen pro děti, které se narodily ve FN v Motole a jejich zdravotní stav po narození vyžaduje další odborné sledování. To se opírá o odborné ambulantní složky spolupracující v rámci daného projektu. Jednotliví odborníci se zapojují do péče o děti s diagnózou praematurity či jinak kriticky nemocných novorozenců resp. kojenců v ambulantní složce. Poskytují specializovanou péči a sledování zdravotního stavu a vývoje těchto dětí. Na projektu se podílejí lékaři Centra komplexní péče pro děti s poruchami vývoje pediatrické kliniky, neonatologického oddělení, fyzioterapeuti kliniky rehabilitačního lékařství. Na sledování zdravotního stavu některých dětí participují i další odborníci – pneumolog, gastroenterolog, oční lékař a neurolog, psycholožka, Zdravotní a somatický stav a psychomotorický vývoj těchto dětí je sledován také ve 2. a 5. roce života dětí. Děti se závažnějšími problémy (vrozené vady, opožděný vývoj, apod.) přecházejí v I. roce věku do péče v rámci prvního programu

OSPOD – PŘÍPADOVÁ KONFERENCE

Manuál MPSV:

Případové konference představují **nástroj multidisciplinární spolupráce**, kdy samotný zákon o SPOD v § 10 odst. 3 písm. e) zmiňuje okruh osob, které mohou být přizvány na konferenci. Jedná se například o zástupce škol, školských zařízení, poskytovatelů zdravotních nebo sociálních služeb nebo orgánů policie či probační a mediační služby.



Jednou z technik, která v praxi spojila oba výše uvedené přístupy, jsou případové konference. Tato metoda byla postupně rozvíjena v různých zemích a sociálních systémech, až došlo k vydefinování společných základních pravidel a postupů, které je potřeba využívat, aby bylo možno tento způsob práce nazvat „případová konference“ (anglicky The child protection conference). Metodické doporučení MPSV charakterizuje případovou konferenci jako „odbornou diskusi zainteresovaných subjektů nad konkrétním případem ohroženého dítěte nebo jeho rodiny; účelem je rychlé a úplné vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny s cílem nalézt optimální řešení. Setkání se uskuteční určení odborníci za účelem řešení konkrétního problému, uskutečňuje se za/bez účasti dítěte a jeho rodiny nebo osob odpovědných za výchovu dítěte.“¹⁶ Přestože se případové konference účastní členové rodiny (někdy i dítě), za rozhodování a vypracování intervenčního plánu zůstávají zodpovědní odborníci.¹⁷ Povinnost používat případové konference a úprava jejich procesních pravidel je v současné době zakotvena v právních rádech mnoha států, jedná se zejména o Children Act 1989 (Velká Británie), Child Care Act 1991 (Irsko) Children, Young Persons and Their Families Act 1997 (Austrálie) The Children Scotland Act (1995), atp.

Koho dále na případovou konferenci pozvat

Hlavním východiskem pro tento krok je **zmapování přirozených zdrojů** v okolí dítěte (rodina a komunita, v níž žije, škola...) a dalších zdrojů pomoci a vytvoření podpůrné sítě pro dítě a rodinu (např. poskytovatelé sociálních služeb ze státní sféry i z řad neziskových organizací). Pro případové setkání je stěžejní vytipovat ty subjekty, které mají pro řešení dané situace přednostní význam (např. zástupce neziskové organizace pro sanaci rodiny, psycholog, lékař (pediatr, sexuolog, psychiatr atd.), zástupce zdravotnického zařízení, školy a školských zařízení, zástupce zařízení sociálně-právní ochrany, zástupce ústavního zařízení, soudce, policie, státního zastupitelství, pracovník Probační a mediační služby a další odborníci).

Cíle případové konference

- **rychle reagovat** na vzniklou situaci ohroženého dítěte nebo jeho rodiny
- vyhodnotit situaci dítěte a jeho rodiny s cílem **nalézt optimální řešení**
- vytvářet **osobní kontakty a podpůrnou síť** rodině
- **aktivizovat rodinu** – řešení se hledá spolu s klientem/rodinou
- **koordinovat péči**
- získat **nástroje pro kontrolu** plnění domluvených kroků
- získat širší pohled na situaci dítěte **z několika možných úhlů** – nové pohledy, zkušenosti, znalosti
- získat možnost ověření **správnosti** dosavadních a dále zvolených postupů
- **snižovat jednostrannou odpovědnost OSPOD** a zabraňovat **subjektivnímu hodnocení** situace ze strany OSPOD
- přinášet klientům povzbuzení, **motivaci** a návrat k **převzetí odpovědnosti**
- sladit **kommunikaci** jednotlivých subjektů
- dát každému ze subjektů **jasný úkol** a **zodpovědnost** za jeho naplnění

Rodinné konference

Ústřední roli tedy v celé konferenci hraje **rodina**. Nejde ale jen o dítě a jeho rodiče, kruh je dobré rozšířit o co nejvíce dalších lidí – **sourozence, prarodiče, další členy širší rodiny a také o blízké přátele rodiny**. Těmito přáteli rozumíme například kamarády nebo spolužáky, sousedy, kolegy, učitele ze školy nebo vedoucího kroužků, jsou-li dítěti a rodině dostatečně nablízku. Cenný je jejich právě jejich pohled zvenčí.

Tuto „rodinnou síť“ pomáhá potřebné rodině okolo sebe vystavět koordinátor konference, který rodině také pomáhá setkání zorganizovat. Na organizaci se spolu s ním a rodinou podílí ještě zadavatel a administrátor.

Struktura případové konference

Případové konference trvá **dvě hodiny** a sestává se z fází:

1. Úvod a přivítání
2. Představení účastníků
3. Stanovení cíle setkání
4. Představení klienta a jeho situace
5. Mapování současné situace a aktuálních potřeb dítěte
6. Prezentace návrhů řešení
7. Tvorba a finalizace konkrétního plánu
8. Určení kontaktní osoby a termínu dalšího setkání
9. Zhodnocení setkání

Pravidla průběhu případové konference

- **Rovnocennost** všech účastníků (vzájemný respekt, partnerství a úcta)
- **Otevřenost** všem vzneseným myšlenkám a nápadům, respekt k přijatým závěrům
- **Srovnatelný** prostor a čas pro vyjádření každého účastníka
- **Srozumitelnost** pro všechny účastníky
- **Zaměřenost** na cíl setkání
- **Vypracování výstupu** (individuálního plánu) z případové konference
- **Použití výstupu** (individuálního plánu) z případové konference pro další spolupráci
- **Důvěrnost, diskrétnost a bezpečí**

Tým pracoviště rané péče

Pracoviště rané péče v ČR mívají tyto zaměstnance:

- vedoucí pracoviště, finanční manažerka (koordinátorka, projektová koordinátorka);
- poradkyně rané péče;
- poradkyně rané péče se specializací (instruktorka stimulace zraku, zraková terapeutka, konzultantka pohybového vývoje, konzultantka pro bazální stimulaci).

Obvykle je v týmu zastoupen/a:

- koordinátor/ka sociálních služeb (asistent/ka);
- pracovník/pracovnice vyhledávající zdroje (fundraiser);
- pracovník/pracovnice na propagaci a osvětové programy;
- metodik/metodička.

Někdy je v týmu pracoviště rané péče sociální pracovnice.

Jak řeší raná péče v ČR tolik účinné mezioborové týmy a spolupráci?

Striktní resortnost v ČR zamezuje vytváření týmů pracoviště, v kterém by byly zastoupeny různé profese (sociální pracovník, lékař, fyzioterapeut, pedagog atd.). Velmi to **ztěžuje, ale na druhou stranu nevylučuje mezioborový přístup**, dokonce ani tým. Pracoviště rané péče to řeší tak, že:

- **poradkyně rané péče** se dalším vzděláváním a stážemi vyškolí v určité oblasti (stimulace zraku, zraková terapie, reedukace a stimulace sluchu, alternativní a augmentativní komunikace, bazální stimulace...) a v týmu pracoviště působí jako specialista pro rodiny i kolegy/ně;
- **přizve do týmu placené externisty** – psychologky, fyzioterapeutky, ergoterapeutky, logopedky – jak pro jednorázové konzultace konkrétních klientů, tak v dlouhodobých programech pro rodiče, děti nebo sourozence;
- **sezve multidisciplinární tým** – jsou případy rodin s dítětem, které je v péči mnoha lékařů a terapeutů, jejich paralelní působení nemá očekávané výsledky nebo se rodiče v jednotlivých vyšetřeních, zprávách, doporučeních a instrukcích při každodenním chodu rodiny neorientují. Pro zajištění všestranné péče v takových složitých situacích raná péče stále častěji sezve „ad hoc“ multidisciplinární týmy. Pozve na jednání s rodiči všechny odborníky, kteří jsou v péči o dítě zainteresováni, a projednají společně, co kdo a kdy pro dítě a rodinu dělá, v čem mohou spolupracovat, ideálně dospějí ke spolupráci v zájmu rodiny a dítěte.

6. Význam rané péče a intervence

Cíle a přínosy rané péče pro dítě i rodinu.

Psychologické aspekty a výhody včasné intervence.

Metody a nástroje rané intervence, například ergoterapie, logopedie, fyzioterapie.

Raná péče

- Služba rané péče spadá podle zákona č. 108/2006 Sb. mezi služby sociální prevence
- Terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu
- V současné době je raná péče v ČR poskytována 49 registrovanými poskytovateli (registr.mpsv)
- Raná intervence vychází z konkrétních potřeb a očekávání konkrétní rodiny a zahrnuje celou rodinu
- Služby rané péče jsou poskytovány většinou tzv. středisky rané péče, jež jsou nejčastěji zřizovány neziskovými organizacemi. Služba rané péče je rodičům poskytována bezplatně.
- Poskytovatelé služeb rané péče jsou odborně zaměřeni na jednotlivé typy cílových skupin uživatelů – rodiny s dětmi s těžkým zrakovým a kombinovaným postižením, rodiny s dětmi s sluchovým a kombinovaným postižením, rodiny s dětmi s mentálním a kombinovaným postižením apod.
- Raná péče jako sociální služba by měla podle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí ustanovení zákona o sociálních službách, poskytovat čtyři typy základních činností:
 - a) **Výchovné, vzdělávací a aktivizační služby**
 - Půjčování literatury, specializované poradenství pro rodiče, vzdělávání rodičů
 - b) **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím**
 - Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou
 - c) **Sociálně-terapeutické činnosti**
 - Podpora formou naslouchání, podpora výměny zkušeností
 - d) **Pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů**
 - Doprovázení rodičů při vyřizování žádostí na jednání a vyšetření s dítětem

Východiska rané péče

- **Biologické hledisko**
 - Z hlediska biologického hrají zásadní roli první tři roky života dítěte, kdy nervová soustava prodělává překotný vývoj.
 - Kompenzační možnosti mozku jsou v tomto období obrovské a umožňují rozvinout náhradní mechanismy, a to i u těch dětí, které mají vážný handicap v některé oblasti vývoje.
 - Z tohoto úhlu pohledu je tedy velmi důležité především včasné určení diagnózy, díky kterému může začít úspěšná rehabilitace ještě ve stádiu vývoje mozku.
- **Sociální hledisko**
 - Sociální hledisko rané péče klade zásadní důraz na přirozené prostředí dítěte, tedy jeho rodinu. Zejména v období do tří let je dítě na prostředí zcela závislé.
 - Z tohoto pohledu na ranou péči jasně vyplývá potřeba zahrnout do ní nejen dítě s postižením, ale také celou jeho rodinu, především rodiče a sourozence, případně i prarodiče či další příbuzné.

Raná péče vychází ze dvou základních oblastí poznatků:

- První oblastí poznatků jsou informace o vývoji lidského mozku (Horňáková, 2007). Tato teorie se nazývá také **teorií plasticity mozku**. Vědomosti o zrání organismu a vlivu stimulace v raném věku dítěte na rozvoj mozkové aktivity byly prvním podkladem pro vznik rané péče na konci 60. let 20. století v USA.
- Druhou oblastí poznatků se stala tzv. **teorie vztahové vazby** (Bowlby, 2010), která pojednává o důležitosti vztahu mezi matkou a dítětem v prvních měsících života dítěte. Hovoří také o

následcích na vývoj dítěte a fungování rodiny, pokud tento vztah není vytvořen, příp. je vytvořen nesprávně.

Metody a formy

- Terénní forma služby může být doplněna také formou ambulantní
- **Návštěvy v rodině** – v přirozeném prostředí
- **Ambulantní služby** – v prostorách působnosti rané péče, např. diagnostika, tvorba individuálního plánu pro rozvoj schopností dítěte, odborné poradenství rodičům
- **Rehabilitační pobyty** – cílem je umožnit dítěti a rodině začlenit se do širší společnosti

Obsah rané péče

- Ukázka domácí práce rodiče s dítětem
- Tvorba komunikačních strategií
- Zapůjčování speciálních pomůcek a hraček
- Pomoc při výběru a zácvičení kompenzačních pomůcek
- Zprostředkování odborných vyšetření
- Pomoc při výběru předškolního či školního zařízení

Základní činnosti poskytuje zejména formou poradenství – konzultací, realizovaných určeným poradcem rané péče v místě bydliště rodiny (tzv. konzultace v rodině). Interval mezi konzultacemi je 1–3 měsíce dle vzájemné domluvy, délka konzultace je zpravidla cca 2 hodiny. Další kontakty mezi klientem a poradcem jsou v čase mezi konzultacemi v rodině poskytovány telefonicky, korespondenčně (e-mailem, poštou), osobně, a řídí se vzájemnou domluvou.

Oblasti podpory

1) Podpora vývoje dítěte

- Stimulační programy a techniky, individuální a skupinové terapie
- Poradenství při výběru vhodných metod práce s dítětem
- Půjčování pomůcek a hraček, poradenství při jejich půjčování

2) Podpora rodiny

- Krizová intervence a podpora v nepříznivé sociální situaci
- Výchovné, psychologické, sociální a odborné sociální poradenství
- Vzdělávání rodičů, půjčování odborné literatury
- Setkávání rodin
- Pomoc při prosazování práv a zájmů

3) Podpora komunity

- Vzdělávání laické i odborné veřejnosti
- Osvětové a kulturní akce

Průběh poskytování služby:

- **Depistáž** – rodina, která má zájem kontaktuje středisko rané péče
- **První kontakt** – předání informací o podmínkách a průběhu služby
- **Přijetí klienta** – sepsání dohody či smlouvy o poskytování sociální služby (může a nemusí být sepsána, ale dobrou praxí je sepsání smlouvy)
- **Mezioborová spolupráce** – na poskytování se podílí mnoho odborníků (lékař, speciální pedagog, sociální pracovník apod.)
- **Ukončení** – věk dítěte, případně rodič kdykoli může poskytování služeb ukončit nebo poskytovatel z důvodů uvedených ve smlouvě

- **Hledání návazné služby** – ještě před ukončením poskytování služeb v rané péči, může jít o nějaké školské zařízení či zařízení sociálních služeb (stacionáře), příp. SPC nebo PPP
- **Zpracování závěrečné zprávy o poskytování sociální služby**

Principy rané péče:

- Poskytovatelé služeb rané péče v ČR definovali základní principy práce na základě etických pravidel a zásad práce v poradenství.
- 1) Princip důstojnosti**
 - Respektovat individualitu dítěte a zvláštnosti rodiny
 - Jednat s klientem v každé situaci dle zásad partnerství
 - 2) Princip ochrany soukromí klienta**
 - Poradce rané péče během konzultací u rodiny vstupuje pouze do míst, kam je zván
 - Veškeré informace o klientovi jsou poskytovány pouze s jeho souhlasem
 - 3) Princip zplnomocnění**
 - Je naplněn, pokud pracovník uživateli poskytuje všechny dostupné informace, na které má právo
 - Rodiče se účastní plánování intervence
 - 4) Princip nezávislosti**
 - Služby jsou klientovi poskytovány takovým způsobem, aby nečinily rodinu závislou na žádné výchovně-vzdělávací instituci ani pobytové (ústavní) instituci
 - 5) Princip týmového přístupu a komplexnosti jednání**
 - Klient je zván k rozhodujícím jednáním
 - 6) Princip přirozenosti prostředí**
 - Převážná část služeb je klientům poskytována v přirozeném prostředí dítěte (v rodině)
 - 7) Princip práva volby**
 - Klient se může rozhodnout pro přijetí či nepřijetí nabízených služeb
 - 8) Princip kontinuity péče**
 - V rámci ukončování péče je klient informován o návazných službách a je mu nabídnuto jejich zprostředkování v region

METODY PRÁCE S RODINOU

- Krizová intervence
- Podpůrný rozhovor
- Poradenství
- Doprovázení
- Supervize
- Nácvik terapií a rehabilitačních metod
- Podpora a nácvik intervence a komunikace s dítětem
- Přístup zaměřený na řešení
- Videotrénink

METODY PRÁCE S DÍTĚTEM

- Osobní anamnéza a diagnostika
- Hra
- Terapie – nácvik AAK, bazální stimulace, orofaciální stimulace, O.T.A., atd.

V čem vám tato služba může pomoci?

Poradce rané péče bude docházet přímo do vaší rodiny

- pomůže vám porozumět projevům dítěte a vyznat se v důsledcích, které má stav dítěte na každodenní život rodiny,
- pomůže vám s výběrem nejvhodnější stimulační hračky, pomůcky a metody,
- pomůže vám co nejlépe využít raný věk dítěte k podpoře jeho maximálního rozvoje,
- seznámí vás s nároky, které jako rodič můžete uplatnit,
- na vaše přání vám může poskytnout kontakty na rodiny, které prošly podobnou životní situací,
- zprostředkuje vám odborné informace, které v období mezi lékařskými kontrolami potřebujete, abyste se mohli svému dítěti užitečně věnovat,
- podpoří vás prostřednictvím naslouchání a rozhovoru, citlivě s vámi probere vše, co pro vás může být náročné..

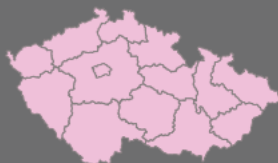
Raná péče – odborná terénní služba pro rodiny dětí s vývojem ohroženým v důsledku:

- fyzického i smyslového postižení,
- závažnější zdravotní diagnózy,
- předčasného narození,
- komplikovaného porodu.

Služba rané péče je určena rodinám dětí do 7 let věku, je možné ji kdykoli ukončit.

Po navázání kontaktu a uzavření dohody o poskytování rané péče k vám bude v pravidelných intervalech (cca 2 až 12 týdnů dle nabídky pracoviště, věku dítěte, vašich potřeb) dojíždět poradkyně rané péče se zkušenostmi v oblasti podpory vývoje dítěte a podpory rodiny. Tyto terénní konzultace budou podle zákona o sociálních službách tvořit alespoň 75 % služby rané péče. Dále si budete moci vybrat i některé ambulantní služby vhodné pro vaše dítě a rodinu přímo v sídle pracoviště.

Raná péče patří mezi služby sociální prevence, její pracoviště existují ve všech krajích ČR. Pokud oslovíte kterékoli z nich, všude se dozvíte, které konkrétní pracoviště může pomoci právě vám.



Raná péče je terénní služba,
přijedeme do všech obcí
a měst ve všech krajích ČR.

Seznam poskytovatelů rané péče najdete na www.arpcr.cz
nebo v Registru poskytovatelů sociálních služeb iregistr.mpsv.cz.

PROFIL PORADCE RANÉ PÉČE

Poradce rané péče je absolventem VŠ či VOŠ se zaměřením na sociální práci, speciální pedagogiku, sociální pedagogiku, psychologii, fyzioterapii či ergoterapii; své vzdělání průběžně doplňuje o další potřebné dovednosti a znalosti. Profese poradce je výrazně multioborová, zahrnuje znalosti a dovednosti z několika různých oborů.

Jeho osobnostní předpoklady a vlastnosti jsou tvořeny souborem stabilních a neměnných rysů, které zaručují dlouhodobý vyrovnaný pracovní výkon.

Poradce rané péče musí být schopný samostatně a efektivně si organizovat pracovní úkoly a přebírat plnou zodpovědnost za práci v rodinách, zároveň dokáže přispívat k dobrým vztahům v týmu. Musí být empatický, schopný vytvořit prostředí bezpečí a důvěry. Jeho důležitými vlastnostmi jsou i sebeovládání, asertivita, aktivita, tvořivost, důslednost.

POSTOJE

- přístup ke každému člověku s respektem bez ohledu na jeho danosti (víra, barva kůže, handicap...)
- tolerance názorových odlišností ostatních lidí
- empatie
- důvěra ve schopnost druhého člověka
- vědomí o profesionálních hranicích ve vztahu s klientem (navázání, udržení i ukončení vztahu)
- ochota a schopnost pracovat pod supervizí a využívat intervizi
- respekt k dalším členům týmu, ochota a schopnost podílet se rozvoji organizace
- ochota dále se vzdělávat
- respekt k členství v APRP, zájem o spolupráci

ZNALOSTI

z oblasti psychologie

- vývojové zákonitosti dítěte raného věku
- krize – její projevy, možnosti podpory v období krize
- teorie komunikace
- orientace v potřebách lidí po narození dítěte s postižením

z oblasti speciální pedagogiky

- nejčastější diagnózy způsobující zdravotní nebo smyslové postižení či vývojové opoždění, jejich příčiny, projevy
- metody a terapeutické postupy (zdravotnické i nezdravotnické) vedoucí ke snížení důsledků zdravotního nebo smyslového postižení

- speciální pomůcky a možnosti kompenzace relevantní k cílové skupině
- školský systém, možnosti zařazení dětí se speciálními potřebami

z oblasti sociální práce

- systém rodiny, dopad krizových situací na fungování rodiny
- komunita a její význam pro život rodiny i jednotlivce
- systém státní sociální podpory pro osoby se zdravotním postižením
- systém další finanční podpory rodinám s dětmi se zdravotním postižením (nadace,...)
- systém sociálních a dalších služeb (komunitní služby, nadace...)
- legislativní rámec sociálních služeb

z oblasti medicíny

- základní diagnózy a jejich projevy relevantní k cílové skupině
- orientace v možnostech kompenzace různých postižení (terapie, pomůcky)

Přehled služeb, které by měly zajišťovat podporu pro rodiny s dítětem s postižením v České republice¹¹:

- raná péče (sociální služba)
- jesle (zdravotnická zařízení)
- respitní péče (sociální služba)
- sociální poradenství (sociální služba)
- aktivizační služby pro rodiny (sociální služba)
- denní a týdenní stacionáře (sociální služba)
- osobní asistence (sociální služba)
- mateřské školy (školství)
- pedagogická asistence (školství)
- ústavní výchova (kojenecké ústavy – zdravotnický resort, ústavy sociální péče – sociální resort, dětské domovy a diagnostické ústavy – školský resort).

Metody podpory rodiny

Nejlépeším způsobem, jak pomoci dětem, je **posílení celé rodiny**. Sebevědomí a pocit kompetence rodičů ovlivňuje představu dítěte o sobě samém. (Na tyto obecné potřeby se u rodin s dětmi s postižením často zapomíná, v popředí zájmu odborníků stojí pouze potřeby „speciální“, plynoucí z postižení dítěte.)

Pracovníci rané péče proto zjišťují potřeby jednotlivých členů rodiny i rodiny jako celku, vyhodnocují je společně s rodiči, pomáhají jim vybrat to, co je pro ně v dané chvíli nejdůležitější, plánují s nimi, čeho chtějí dosáhnout prostřednictvím této služby. Tento přístup posunuje rodiny z pasivní role příjemce informací a instrukcí do role partnerů v průběhu rané péče. Naslouchání rodičům, upozorňování na jejich schopnosti a oceňování toho, jak své dítě podporují, jsou jednoduché a velmi účinné.

Smyslem podpory rodičů je nikoliv zastoupit je v péči o dítě, ale **podpořit vlastní síly a zdroje** rodiny, pomoci rodině orientovat se v nové situaci a rozšířit okruh možností, znalostí a dovedností všech jejích členů. Jen tak se postupně sama dovede vypořádat jak s krizovými a jedinečnými situacemi, vyplývajícími z ohrožení jejího člena, tak i s každodenními starostmi a fungováním rodiny. To jí umožní prožívat radost a uspokojení ze společného života a naplňovat přirozené funkce rodiny.

Úkolem pracovníků v rané péči je v tomto ohledu podporovat intuitivní rodičovství a respektovat tradice a výchovný styl rodiny, vybavit rodiče dostatkem informací, dovedností a postupů, které jim umožní pečovat o dítě s postižením a zajistit jeho maximální všestranný rozvoj.

Znamená to i dobře plánovat a načasovat službu, včetně jejího časového ohraničení, protože **úkolem podpory rodiny je připravit rodinu na fungování bez rané péče**. K tomu je třeba nabízet rodičům i další služby a dostupnou pomoc tak, aby o ní rodiče dovedli sami rozhodovat.

Zdroje:

Praxe a metody rané péče v ČR – Tereza Hradilková

Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb – Zdenka Šándorová

Nadace Sirius – Naše cesta, metody práce s rodinou v rané péči

7. Prevence stresu a vyhoření u pečujících rodičů dětí s postižením

Psychosociální potřeby pečujících rodičů

Pečující rodiče dětí s postižením čelí náročným životním situacím, které výrazně přesahují běžné rodičovské povinnosti. Jejich psychosociální potřeby jsou často dlouhodobě neuspokojené a zahrnují:

- Potřebu informací a orientace – rodiče potřebují srozumitelné informace o diagnóze dítěte, prognóze, možných terapiích a službách.
- Potřebu emocionální podpory – čelí smutku, strachu, pocitům izolace a nejistotě ohledně budoucnosti.
- Potřebu sociálního uznání – často se setkávají s nepochopením, stigmatizací či zlehčováním náročnosti své role.
- Potřebu sdílení a komunitního zázemí – možnost sdílet zkušenosti s dalšími rodiči dětí s postižením výrazně posiluje psychickou odolnost.
- Potřebu péče o sebe sama – rodiče často upozaďují vlastní zdraví, zájmy a osobní rozvoj, což vede k riziku vyhoření.

Vývojové období raného a předškolního věku: specifické výzvy

U dětí s postižením v raném a předškolním věku se rodiče potýkají s řadou specifických nároků:

- Vysoká intenzita péče – děti v tomto věku vyžadují neustálou pozornost, asistenci a podporu v běžných denních činnostech.
- Náročná adaptace na diagnózu – v tomto období rodiče často teprve přijímají diagnózu dítěte a hledají způsoby, jak se s ní vyrovnat.
- Vyhledávání služeb a intervencí – rodiče musí aktivně hledat ranou péči, terapeutické služby, logopedii, fyzioterapii aj.
- Začlenění do kolektivu – snaha o zařazení dítěte do běžné nebo speciální mateřské školy přináší nové obavy (přijetí dítěte, asistence, komunikace s pedagogy).
- Plánování budoucnosti – rodiče si začínají uvědomovat, že péče bude dlouhodobá a že bude potřeba řešit vzdělávání, samostatnost a začlenění do společnosti.

Rizika stresu a vyhoření

Chronický stres u pečujících rodičů může vést k:

- emočnímu vyčerpání,
- depresi nebo úzkostem,
- konfliktním vztahům v rodině nebo partnerství,
- ztrátě pracovních příležitostí nebo ekonomické nejistotě,
- oslabení péče o dítě samotné.

Faktory vedoucí k vyhoření

- Typ a stupeň postižení dítěte: Intenzivní péče o dítě s těžkým postižením je fyzicky i psychicky náročná.
- Nedostatek podpory: Izolace od rodiny, přátel a komunity zvyšuje riziko vyhoření.
- Finanční problémy: Péče o dítě s postižením často vyžaduje značné finanční náklady.

- Nedostatek času pro sebe: Neustálá péče o dítě vede k zanedbávání vlastních potřeb.
- Perfekcionismus: Snaha o dokonalou péči a pocit viny, pokud se nedaří.

Konkrétní možnosti prevence a podpory

1. Profesionální podpora:
 - Raná péče (např. organizace jako Společnost pro ranou péči)
 - Psychologická pomoc (individuální terapie, rodinná terapie)
 - Sociální pracovníci a poradci pro osoby se zdravotním postižením
2. Svépomocné skupiny a rodičovské sítě:
 - Skupiny pro rodiče dětí s PAS (např. NAUTIS)
 - Podpůrné skupiny pro rodiče neslyšících dětí (např. Centrum pro dětský sluch Tamtam)
 - Online komunity a fóra (Facebook skupiny, diskusní fóra)
3. Odborné organizace a spolky:
 - ParaCENTRUM Fenix – pro rodiče dětí s omezením pohybu
 - APLA – pro podporu rodičů dětí s autismem
 - Raná péče EDA – specializace na děti se zrakovým postižením a kombinovanými vadami
 - Asistence o.p.s. – podpora samostatnosti, služby osobní asistence
4. Respitní služby:
 - Krátkodobé odlehčovací služby umožňující rodičům načerpat síly
 - Pobytové programy pro děti s postižením
5. Vzdělávání a osvěta:
 - Kurzy pro rodiče zaměřené na zvládání stresu, výchovné strategie, komunikaci s dítětem
 - Informovanost o právech, dávkách a možnostech inkluzivního vzdělávání
6. Péče o duševní zdraví:
 - Pravidelný čas pro sebe – koníčky, sport, kultura
 - Relaxační techniky (např. mindfulness, jóga)
 - Terapie zaměřená na zvládání stresu a budování resilience

Příznaky stresu a vyhoření u rodičů pečujících o dítě s handicapem

Péče o dítě s postižením je dlouhodobě náročná, často bez možnosti „vypnout“ či si skutečně odpočinout. Tento chronický tlak může vést k projevům stresu a vyhoření, které se projevují v různých oblastech života – na psychické, fyzické i sociální úrovni.

1. Psychické příznaky
 - Chronická únava a vyčerpání – pocit, že člověk nemá sílu ani na základní činnosti.
 - Podrážděnost, úzkost, labilita – rychlé výkyvy nálad, plačtivost, napětí.
 - Pocity viny – například za to, že nedokážou dítěti dostatečně pomoci, nebo že cítí potřebu odpočinku.
 - Depresivní ladění, beznaděj – rodič může ztrácet naději na zlepšení situace nebo rozvoj dítěte.
 - Ztráta radosti – z každodenních činností, vztahů nebo z péče o dítě samotné.
 - Snížená schopnost soustředění a rozhodování – únava a přetížení ovlivňují kognitivní funkce.
2. Fyzické příznaky
 - Poruchy spánku – nespavost, časté buzení, neklidný spánek.
 - Bolesti hlavy, napětí ve svalech, zažívací potíže – psychosomatické projevy dlouhodobého stresu.
 - Snížená imunita – častější onemocnění, delší rekonvalescence.
 - Změny hmotnosti – přejídání nebo ztráta chuti k jídlu.

3. Sociální a vztahové příznaky

- Izolace – rodiče se mohou vyhýbat kontaktům s přáteli nebo širší rodinou, zejména pokud mají pocit, že „nikdo nechápe“ jejich situaci.
- Zhoršení partnerských vztahů – odcizení, konflikty, vyčerpání obou stran.
- Zanedbávání ostatních rolí – rodičovské péče o další děti, profesní role, přátelství nebo vlastních potřeb.
- Omezená schopnost plánovat budoucnost – neschopnost představit si, co bude dál, strach z budoucnosti.

4. Varovné signály vyhoření

Stav vyhoření nevzniká náhle – jde o dlouhodobý proces. Podle odborníků (např. Maslach, Pines aj.) se často rozvíjí ve třech fázích:

1. Fáze nadšení – rodič se plně věnuje dítěti, dává do péče maximum.
2. Fáze stagnace a frustrace – únava, pocit, že péče nemá efekt, dítě nedělá pokroky.
3. Fáze vyčerpání a apatie – emoční odtaženost, ztráta zájmu, rezignace.

Ve vyhrocených případech může dojít i k:

- psychosomatickému kolapsu,
- rozvoji těžké deprese,
- hospitalizaci pečující osoby,
- ohrožení zdravého vývoje dítěte (emoční chlad, nezáměr, zhoršení vztahu rodič–dítě).

Příklady ze specifických skupin

- Rodiče dětí s PAS (poruchami autistického spektra) často trpí silnou izolací a přetížením kvůli nutnosti neustálého dohledu a náročné komunikaci.
- Rodiče neslyšících dětí mohou prožívat stres z jazykové bariéry a nejistoty ohledně vzdělávací budoucnosti.
- Rodiče dětí s pohybovým omezením často čelí i fyzickému vyčerpání kvůli manipulaci s dítětem a bariérovému prostředí.

Stres

Termínu stres se začal používat ve dvou různých významech:

- jednak pro situaci člověka, který se nachází v tlaku nepříznivých životních podmínek, jednak pro různé faktory, které člověka vystavují tlaku. V tom to druhém pojetí se pro jednotlivé nepříznivé vlivy užívá termínu „stresory“. (Křivohlavý)
- Pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem, apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a „silou“ (schopnostmi, možnostmi apod.) danou situaci zvládnout.
- O stresové situaci (o stresu) hovoříme jen v tom případě, že míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost dané člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o tzv. nadlimitní – nadhraniční zátěž. Ta vede k vnitřnímu napětí (strain) a ke kritickému narušení rovnováhy homeostázy organismu.
- Nadlimitní zátěží je celá stresogenní situace. Může jí být buď pouze jeden, velice „silný“ stresor, nebo nadlimitní množství běžných starostí. V psychologii se v této souvislosti hovoří o tzv. běžných každodenních starostech, které člověku obrazně řečeno „přerostou přes hlavu“ (Křivohlavý, 2001).
- Velmi zřídka se objevují stresory označované jako nečekaná traumata (suddentraumas). Může jimi být náhlé úmrtí jednoho z rodičů, partnera či sourozence, skutečnost, že se jedinec stal obětí brutálního útoku, znásilnění apod.
- Dalším typem (poněkud spojitějším) jsou životní události (life events). Bývají to vážné události, které jsou sice časově limitované, ale trvají delší dobu s občasným zlepšením i

zhoršením, nekončí pokaždé příjemným výsledkem. Jedinec může určit jejich počátek, někdy i konec. Může to být vážná nemoc, změna bydliště (stěhování), změna zaměstnání aj.

- Každodenní starosti se pohybují někde uprostřed kontinua, nelze je však jednoznačně charakterizovat. Dají se chápat jako jisté „mikro události“ tvořící kostru každodenního života. Některé z nich se vyskytují pravidelně, patří k „rituálu“ jedince dne, jiné se objevují epizodicky, nepravidelně.
- Svěbytným typem jsou makro systémové stresory (macrosystemstressors). Jsou obecnějším pojmem, zasahují jedince v širším systémovém záběru. Zahrnují běžné každodenní starosti, ale také závažnější a současně chronické děje: život na území, kde se odehrávají národnostní a etnické spory, život v oblastech s vysokou nezaměstnaností, ale patří sem i akutní děje, které svou systémovou úrovní nabývají podoby traumatické události – rozsáhlé povodně, zážitek vojenského přepadení daného území.
- Před koncem kontinua se nachází neobyčejně zajímavá kategorie – události, které nenastávají (nonevents). Uvedenou kategorii charakterizuje událost, kterou si jedinec přeje, aby nastala, nebo očekává, že nastane a ona nepřichází.
- Na konec kontinua, mezi spojitě stresory, patří chronické stresory. Empirické zkušenosti ukazují podle Wheatona, že jde o stresory působící nejméně pět let.
- Definice subjektivně prožívaného stresu bere v úvahu poměr mezi tím, co je danou osobou chápáno jako ohrožující, a tím co je tímto člověkem chápáno jako možnost řešení dané situace. Podle tohoto poměru je pak možno hovořit o stresu obecně a odlišit od něho tzv. distress – negativně prožívaný stres. Při distressu je danou osobou subjektivně vnímáno a výrazně negativně hodnoceno její osobní ohrožení v poměru k možnostem zvládnutí situace.
- Tam, kde nejde o negativní zážitek, nemluvíme o stresu, ale o eustresu. Jde o situace, kdy se snažíme zvládnout něco, co nám přináší radost, avšak vyžaduje to určitou námahu. (svatba, narození dítěte, výhra, adrenalinové sporty). (Křivohlavý, 2001).
- Stresor tedy vyvolává stresovou reakci (stres), na kterou člověk vědomě nebo podvědomě reaguje. Stresová adaptační reakce může mít tři fáze
 - 1) Poplachová fáze – v první fázi dochází ke střetnutí organismu se stresorem a k vyhlášení poplachu. Mobilizují se všechny obranné možnosti organismu. Do krevního řečiště se dostává větší množství adrenalinu, zvyšuje se srdeční tep a krevní tlak, zrychluje se dýchání, potní žlázy zvyšují svou exkreci, organismus je připraven k reakci typu „bojuj, nebo uteč“. Když zmíněná zátěž odezní, jedinec se rychle zotaví.
 - 2) Fáze rezistence – v této fázi jde o vlastní boj organismu se stresorem. Závisí na tom, jak silný je tento stresor a jak bojeschopný je organismus. Může se stát, že oba momenty jsou vyrovnané – a boj může trvat déle. Jedinec začne mít různé potíže a může onemocnět psychosomatickou chorobou nebo se některá stará, chronická nemoc zhorší. O tom rozhoduje nejen velikost a charakter stresorů, ale i vnitřní faktory organismu (osobnost, temperament a charakter některých vrozených mechanismů), dále pak naučené reakce na zvládání zátěže a také to, jakým způsobem jedinec na myšlenkové úrovni stresory vnímá.
 - 3) Fáze vyčerpání – je charakterizována aktivací parasympatického systému. Obecně je možné říci, že organismus v této fázi boje se stresorem podléhá a hroutí se. Projevuje se to např. příznaky deprese a pasivitou ve sféře jak psychické, tak pohybové („jen tupě zíráme“). Jedinec se přestává bránit, za určitých okolností může tato fáze končit i exitem. Stres může vyvolat různé potíže. Obecně se popisují 3 roviny reakce na stres, a u každého může být ta či ona rovina více či méně vyjádřena, často se však navzájem kombinují. Jsou to roviny: fyziologická (somatická), emocionální (subjektivní či psychologická) a behaviorální (změny v chování).

Zátěžová situace

- Mezi prvními zkoumal stres I. P. Pavlov. Zabýval se studiem fyziologických změn v organismu zvířat (psů).
- Mezi dalšími, kteří se zaměřili na studium fyziologických změn v organismu vystavenému těžkým situacím byl W. Cannon
- Zátěžové situace nejsou čímsi v principu nežádoucím. Můžeme naopak říci, že mobilizují organismus, podněcují člověka k učení, k hledání nových cest, vedou ho k vyšším výkonům, zároveň však za určitých okolností (při nepřiměřeném stupňování náročnosti situace vzhledem k možnostem jedince) se stávají zdrojem nežádoucích stavů a reakcí.
- Někteří autoři rozlišují pojem zátěž (load) od stresu, jelikož se liší obsahově

Zátěž – běžné či mírně zvýšené nároky kladené na jedince. Jedinec je schopen tyto nároky zvládnout, neznamenaají pro něj žádné zdravotní riziko a jsou dokonce pro další rozvoj každého člověka nezbytné

Stres – **zátěž**, která je pro jedince nadměrná, její nadlimitnost se přitom může projevat buď v intenzitě zátěže, nebo v délce jejího trvání

Hladina prožívané psychické zátěže je subjektivní, hodnotí se v kategoriích:

1. **Běžné nároky na psychiku** – osvojené činnosti a interakce, jedinec je na ně plně adaptován
2. **Optimální psychická zátěž** – výraznější změny které člověk dobře zvládá, nejsou žádné negativní následky na psychice
3. **Pesimální psychická zátěž**- extrémně nízké či vysoké nároky na psychiku jedince a to v intenzitě či délce
4. **Hraniční psychická zátěž**- jedinec se s ní vyrovnává s mimořádným vypětím psychických sil, vznikají specifické únikové, obranné a kompenzační mechanismy k zachování integrity
5. **Extrémní psychická zátěž**- kompenzační mechanismy jsou neúčinné nebo je jedinec není schopen uplatnit, časté psychické selhávání

Stresor

-událost či situace, které se jedinec musí přizpůsobit a spolu s dalšími nepříznivými podmínkami prostředí narušují duševní a tělesné zdraví

Typy stresorů:

1. **vnější** - jsou podněty z okolního prostředí, které mohou být:
 - a. **fyzikální** - dlouhotrvající hluk, chlad, příliš velké teplo
 - b. **sociální** - závažné životní události (např. úmrtí blízkých, rozvody, svatby, výkon trestu, výhry v loterii), sociálním stresorem jsou také všechny sociální deprivace
2. **vnitřní** - ležící uvnitř jedince:
 - a. **tělesné** - situace fyzické frustrace, tj. neuspokojení základní lidské potřeby, ale také pocity bolesti, únavy, nastupující nemoci
 - b. **psychické** - všechny negativní emoce (strach, úzkost, napětí, silná nervozita), příliš velký pocit zodpovědnosti, neadekvátní očekávání od sebe i od druhých a z nich plynoucí psychické přetížení, neschopnost relaxace apod.

Dělení stresorů dle Bernsteina:

1. **Katastrofické životní události**- mají nejzávažnější vliv na zdraví jedince
2. **Chronické stresory**- dlouhodobé
3. **Běžné každodenní starosti**- zdánlivě nepodstatné, mohou ovlivňovat jedince tím že se kumulují či v interakci s jinými událostmi
4. **Životní změny a napětí**- rozvod, nemoc v rodině, stěhování

Konkrétní náročné životní situace

Frustrace

-překážka na cestě k cíli, zabraňující nám v uspokojení potřeby, dlouhodobá vede až k deprivaci

-potřeby:

- a. biologické – jídlo, spánek
- b. emocionální – láska
- c. sociální – kontakt s lidmi
- d. senzomotorické – podněty

-typy bariér:

- a. vnější
 1. pasivní – porucha vozu
 2. aktivní – požadavek
- b. vnitřní
 1. pasivní – nedostatek vůle, strach
 2. aktivní – boj motivů

-**frustrační tolerance** - schopnost snášet frustraci, závisí na věku, intelektu, zkušenosti

Konflikt

-psychický stav, kdy se jedinec ocitá ve střetu dvou nebo více protichůdných sil

-typ frustrace, podstatou je spor, překážka na sebe bere podobu protisměrné pohnutky (střet protikladných tendencí)

-vnější i vnitřní (předcházejí vnějším)

-nezbytná podmínka pro vývoj jedince (motivuje, zvyšuje psychickou odolnost jedince)

-příčiny konfliktů mohou být vnější (chybné zhodnocení situace, rozdílnost lidí, nepříjemná realita) a vnitřní (konfliktotvorné osobnosti, nepříznivý psychický či fyzický stav)

-typy:

1. **apetence x apetence** - dvě kladné síly (dítě si chce hrát a zároveň jít ven s kamarády)
2. **averze x averze** - dvě negativní síly (za nesplnění těžkého úkolu nás čeká trest)
3. **apetence x averze** – kladná a negativní síla (chci pohladit psa, ale bojím se, že mě kousne)
4. **dvojitý konflikt** – svár strachu a přání, touhy po prestiži a obav z posměchu (dítě chce vylézt strom, ale bojím se, že spadne, chce získat obdiv kamarádů, ale obává se, že si vyslouží jen posměch)

Druhy konfliktů z hlediska počtu zapojených osob:

- a. **intrapersonální** - (vnitřní, vznikající uvnitř jedince), stav vnitřního rozporu jedince, který vzniká současným působením dvou nebo více motivů, nichž si má vybrat jeden, ale žádný nemá výraznou převahu,
- b. **interpersonální** - (vnější, mezilidský), je střetnutí mezi dvěma nebo více jedinci či skupinami různých zájmů, potřeb, názorů, apod.

Deprivace

-je psychický stav, který vzniká, když není dlouhodobě uspokojována základní potřeba (nebo není dosaženo vytýčených cílů)

-Podle toho, jaká potřeba není saturována, rozlišujeme nejčastěji tyto druhy deprivace:

1. **biologická, biofyzická** - nastává při nedostatku výživy, pití, jídla, sexu, vody, tepla, ale i kyslíku, spánku.
2. **sociální** - nastává při nedostatku sociálních kontaktů nebo když dlouhodobě existují vážné problémy v mezilidských vztazích
3. **psychická** - je charakteristická neuspokojením psychických potřeb
4. **citová** - je patrně nejčastější a vzniká při nedostatku citové odezvy
5. **senzorická, smyslová** - se objevuje při nedostatku smyslových podnětů
6. **kognitivní** - je podmíněna nedostatkem informací, nových poznatků
7. **konativní** - nastává při nedostatku činnosti (např. při dlouhodobém pobytu v nemocnici)
8. **motorická** - nemožnost pohybu
9. **existenční** - vzniká při nenaplněné potřebě existenční jistoty (např. ve válce se dostaví pocit otupění)

Stres

-psychický stav vyvolaný situacemi, při nichž není přerušen, ale pouze ztížen proces uspokojování potřeby (časový tlak, předvídání neúspěchu – stresory)

1. eustres – pozitivní (těšení se na něco)- svatba, narození dítěte
2. distres – negativní- nemoc, problém v rodině

Psychologické techniky a strategie pro zvládání stresu a vyhoření

Stres vs. vyhoření

Stres je přirozená reakce těla a mysli na náročné nebo ohrožující situace. Může být krátkodobý nebo dlouhodobý, a pokud trvá příliš dlouho bez vyvažující relaxace a podpory, může přerůst do stavu vyčerpání – vyhoření.

Vyhoření (burnout) je specifický syndrom způsobený chronickým emočním a fyzickým vyčerpáním. Je charakterizován ztrátou motivace, cynismem, emoční otupělostí a pocitem neefektivity. Na rozdíl od stresu je mnohem hlubší a delšího trvání, a často vyžaduje intenzivnější zásahy.

1. Autogenní trénink

(vhodný pro stres i počáteční fáze vyhoření)

Autogenní trénink je relaxační metoda vycházející z autosugesce, kterou vyvinul německý psychiatr Johannes Heinrich Schultz ve 30. letech 20. století. Cílem této techniky je navodit stav hlubokého klidu a uvolnění pomocí opakování určitých formulací, které ovlivňují autonomní nervový systém.

Trénink je rozdělen do několika fází a učí se postupně, obvykle pod vedením terapeuta nebo podle ověřených nahrávek. Hlavní prvky zahrnují:

1. Pocit tíže – např. „Moje paže je těžká.“ Opakováním této věty tělo postupně uvolňuje svalové napětí.
2. Pocit tepla – např. „Moje paže je teplá.“ Podporuje prokrvení a uvolnění cév.
3. Zklidnění dechu a srdeční činnosti – „Srdce bije klidně a pravidelně.“
4. Zaměření na dech – bez vědomé manipulace s dechem.
5. Zklidnění břišních orgánů a čela – podporuje rovnováhu nervového systému.

Pravidelné praktikování (ideálně 2x denně po dobu 10–15 minut) vede ke zlepšení zvládání stresových situací, snižuje svalové napětí, podporuje kvalitnější spánek a celkovou odolnost vůči zátěži. U rodičů dětí s postižením může být autogenní trénink přístupnou formou psychohygieny, kterou lze využít i doma.

Nevhodný je však u osob s psychotickými symptomy, disociacemi nebo silnými úzkostmi bez terapeutického vedení.

2. Mindfulness (všímavost)

(vhodná pro stres i vyhoření)

Mindfulness, neboli všímavost, je technika, která učí člověka vědomě vnímat přítomný okamžik bez hodnocení. Pochází z buddhistické tradice, ale v psychologii se uplatňuje především díky Jonu Kabat-Zinnovi, který ji přenesl do západního kontextu jako součást programu MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction).

Základní principy mindfulness:

- Zastavení automatických reakcí.
- Přijetí myšlenek, emocí a tělesných pocitů bez potřeby je měnit.
- Zaměření pozornosti na „tady a teď“ – často skrze dech, tělo nebo smyslové vnímání.

U pečujících rodičů je všímavost velmi přínosná, protože pomáhá:

- zklidnit přetíženou mysl,
- rozpoznat automatické negativní myšlenky („nic nezvládám“, „jsem špatný rodič“),
- budovat větší laskavost vůči sobě samému,
- přijímat obtížné emoce bez potlačení.

Mindfulness je efektivní jak při zvládání stresu (okamžitý účinek), tak při prevenci a zvládání vyhoření (dlouhodobý efekt). Existují i specializované programy, např. „Mindful Parenting“.

3. Kognitivně-behaviorální techniky (CBT)

(vhodné pro stres i vyhoření)

Kognitivně-behaviorální přístup se zaměřuje na změnu způsobu myšlení a chování, které vedou k negativním emocím nebo neadaptivnímu zvládání stresu.

Hlavní techniky:

- Identifikace automatických negativních myšlenek – např. „Nikdy nic nezvládnu“, „Dělám to špatně“.
- Zpochybnění těchto myšlenek – otázkami typu: „Je to opravdu pravda?“, „Co bych řekl kamarádovi v podobné situaci?“
- Změna vzorců chování – nácvik asertivity, práce se zátěží, plánování dne, odměňování sebe sama.

CBT pomáhá zvládat stres tím, že učí jedince realistickému a konstruktivnímu přístupu k náročným situacím. U vyhoření je CBT účinné především v raných fázích, kdy lze pracovat se zkreslenými očekáváními (např. „musím být dokonalý rodič“) nebo se sklony k sebeobětování.

4. Progresivní svalová relaxace (PMR)

(vhodná primárně pro stres, může být podpůrná i při vyhoření)

Progresivní svalová relaxace je technika vyvinutá Edmundem Jacobsonem, založená na střídání napětí a uvolnění jednotlivých svalových skupin. Princip spočívá v tom, že fyzické uvolnění vede i k uvolnění psychickému.

Jak funguje:

- Cílem je naučit se rozpoznat tělesné napětí a vědomě ho uvolnit.
- Trénink obvykle začíná dolními končetinami a postupuje až k obličeji.
- Každá svalová skupina se na několik sekund napne a následně uvolní – pozornost se soustředí na rozdíl mezi napětím a uvolněním.

Pro koho a kdy:

- Pro rodiče pečující o dítě s postižením je PMR vhodná jako večerní rituál, který pomáhá přejít z „pohotovostního“ režimu do klidového.
- Výhodou je, že technika nevyžaduje žádné pomůcky a lze ji provádět i vleže před spaním.

PMR pomáhá při:

- akutním stresu (např. po náročném dni),
- poruchách spánku,
- psychosomatických potížích,
- zlepšení vnímání vlastního těla.

Při hlubokém vyhoření je efekt omezený – tam je lepší PMR kombinovat s psychoterapií a jinými strategiemi.

5. Denní strukturování a plánování

(vhodné pro stres i vyhoření – zejména ve fázi stagnace a únavy)

Dlouhodobé přetížení může vést k pocitu chaosu a ztráty kontroly. V takových chvílích pomáhá strukturovaný režim – přehledný denní plán, který snižuje kognitivní zátěž a obnovuje základní pocit bezpečí.

Jak na to:

- Vytváří se jednoduchý plán na každý den (ideálně večer předem).
- Zahrnuje nejen povinnosti, ale i krátké mikropauzy a čas pro sebe.
- Pomáhá se vyhnout „pastem“ typu: celý den v jednom koloběhu bez odpočinku, večer výčitky, únava.

Efekty:

- Snižuje úzkost a pocit zahlcení.

- Podporuje motivaci skrze plnění drobných cílů.
- Dává prostor pro psychohygienu.
- Pomáhá při vyhoření obnovit základní životní rytmus.

Pro pečující rodiče dětí s poruchou hybnosti může plán zahrnovat i péči o sebe: např. 10 minut ticha s kávou, krátká procházka, kontakt s přáteli.

6. Arteterapie a kreativní vyjádření emocí

(vhodné primárně pro vyhoření, ale účinné i při zvládání stresu)

Kreativní techniky jako arteterapie, muzikoterapie nebo psaní deníku pomáhají zprostředkovat emoce, které jsou těžko vyjádřitelné slovy. Pro mnoho pečujících rodičů je emocionální svět natolik zahlcený, že nemají kapacitu emoce reflektovat. Práce s barvou, hudbou nebo slovem vytváří bezpečný prostor pro jejich uvolnění.

Co může arteterapie zahrnovat:

- kreslení na téma „Moje únava“, „Moje naděje“, „Já a mé dítě“,
- práce s barvami, koláží, modelínou,
- vytváření deníků s reflexí prožitků.

Efekt:

- Emocionální uvolnění bez hodnocení.
- Obnovení vnitřního dialogu a kontaktu se sebou.
- Možnost komunikace nepřímou formou – užitečné zejména u rodičů, kteří obtížně verbalizují své prožitky.

Nejde o „výtvarný výkon“, ale o proces sebepoznání a odlehčení. Skupinová arteterapie zároveň poskytuje i pocit sounáležitosti.

7. Krizová intervence a ventilace emocí

(vhodná primárně pro akutní fáze stresu a začínající vyhoření)

Když pečující osoba čelí náhlé změně (např. nová diagnóza dítěte, hospitalizace, rozpad vztahu), může dojít k akutní psychické krizi. V takové chvíli je klíčová krizová intervence – strukturovaný rozhovor s odborníkem (psychologem, krizovým interventem), jehož cílem je stabilizace.

Hlavní cíle:

- zastavení spirály úzkosti a beznaděje,
- orientace v situaci („co se vlastně děje“),
- obnovení schopnosti zvládat situaci (aktivace zdrojů).

Součástí krizové intervence bývá i:

- ventilace emocí – člověk má možnost bez přerušování mluvit o tom, co ho tíží,
- podpora rozhodování – co dělat teď a co později,
- navedení na dostupné zdroje pomoci.

Krizová pomoc je poskytována např. linkami důvěry, ranými poradenskými centry, krizovými linkami pro rodiče (např. Linka EDA pro rodiče dětí se zrakovým a kombinovaným postižením).

8. Sebelaskavost (self-compassion)

(klíčová při vyhoření, ale působí i proti stresu)

Sebelaskavost je schopnost přistupovat k sobě s porozuměním, laskavostí a nehodnotícím způsobem, zejména v momentech, kdy člověk selhává nebo trpí. Kristin Neff, průkopnice v této oblasti, definuje tři pilíře sebelaskavosti:

1. Laskavost k sobě – mluvit k sobě jako k příteli, ne k nepříteli.
2. Sdílené lidství – uvědomění si, že utrpení a selhání jsou součástí lidského života.
3. Všímatost – uvědomění si vlastního prožívání bez jeho potlačení nebo přehánění.

Pečující rodiče často trpí vysokými nároky na sebe sama („musím to zvládnout“, „nesmím být slabý/á“) a viní se za selhání. Sebelaskavost jim pomáhá:

- získat odstup od sebekritiky,
- zregenerovat emocionální zdroje,
- obnovit vztah k sobě a dítěti.

Je to důležitý nástroj pro zvládání vyhoření, který pomáhá vnímat vlastní hodnotu nezávisle na výkonu nebo výsledcích.

9. Psychoedukace a podpora informovanosti

(vhodná pro prevenci i zvládání stresu i vyhoření)

Psychoedukace znamená poskytování informací o tom, co se děje – o psychických stavech, emocích, možnostech zvládání i o vývojových potřebách dítěte. Pro rodiče je klíčová, protože:

- pomáhá rozumět situaci (např. projevy autistického chování nejsou „zlobení“),
- odbourává pocit viny („nejsem špatný rodič – dítě má specifické potřeby“),
- podporuje realistická očekávání.

Formy:

- besedy, semináře, brožury, online webináře (např. Aperio, Raná péče, Nevypusť duši),
- osobní konzultace s psychologem, speciálním pedagogem,
- svépomocné skupiny.

Díky psychoedukaci mohou rodiče přejít z pasivní role do aktivní, což výrazně snižuje bezmoc a stres.

10. Budování podpůrných vztahových sítí

(vhodné pro zvládání stresu i ochranu před vyhořením)

Sociální opora je jeden z nejsilnějších ochranných faktorů proti psychické zátěži. Pro pečující rodiče je klíčové, aby nebyli na vše sami.

Podpůrné vztahy zahrnují:

- partnera, širší rodinu,

- přátele, sousedy,
- komunitní a podpůrné skupiny rodičů (např. Parent Project, PASpoint, Společnost pro ranou péči),
- online skupiny (např. Facebook skupiny pro rodiče dětí s PAS, ADHD, kombinovaným postižením).

V těchto vztazích mohou rodiče:

- sdílet zkušenosti a emoce bez obav z nepochopení,
- přijímat konkrétní pomoc (hlídání, dovoz jídla, psychická podpora),
- získat inspiraci, jak zvládat těžké situace.

Bez vztahové opory je riziko izolace, pocitu ztráty identity a vyhoření výrazně vyšší.

Význam psychohygieny a time-managementu pro rodiče dětí s postižením

Rodiče dětí s postižením v raném a předškolním věku čelí mimořádné zátěži, která často přesahuje běžný rámec rodičovství. Péče je časově, fyzicky i emočně náročná. Klíčovými nástroji prevence stresu a vyhoření v tomto kontextu jsou psychohygiena a time-management – dvě úzce propojené oblasti, které umožňují dlouhodobě zvládat nároky pečovatelské role bez ztráty zdraví, identity a rovnováhy.

Co je psychohygiena a proč je pro pečující rodiče klíčová?

Psychohygiena je soubor návyků, které chrání duševní zdraví, pomáhají regulovat emoce a posilují odolnost vůči stresu. U pečujících rodičů je důležitá nejen jako prevence vyhoření, ale i jako prostředek k zachování vlastní identity mimo roli pečovatele.

Praktické oblasti psychohygieny:

- Pravidelný odpočinek a spánek – často opomíjený, přitom zásadní pro emoční stabilitu. U rodičů dětí s poruchou spánku (např. PAS) může být vhodné zapojení noční asistence (služby osobní asistence, respitní péče).
- Fyzická aktivita – i krátké procházky nebo jednoduchá cvičení doma (např. jóga, pilates) snižují napětí a zlepšují náladu.
- Podpora zájmů a smysluplných činností – malování, poslech hudby, čtení, čas v přírodě. Pomáhají obnovit kontakt se sebou samým.
- Sociální kontakt – nejen s odborníky, ale i s přáteli, jinými rodiči, komunitou.
- Práce se sebou – reflexe, deníky, mindfulness – např. každodenní zapisování „tří věcí, které se dnes povedly“ podporuje pozitivní naladění.

Příklad: Maminka tříletého dítěte s těžkým tělesným postižením si vytvořila rituál 10minutového ranního ticha s kávou. Vnímá to jako kotvu dne – chvíli jen pro sebe, která jí pomáhá zvládnout i fyzicky náročné úkony.

Time-management – klíč k rovnováze mezi péčí a životem

Time-management není o perfektním rozvrhu, ale o vědomém rozhodování, jak naložit s časem. Pečující rodiče často trpí tím, že jejich čas ovládá péče o dítě. Strukturovaný přístup však může:

- zvýšit pocit kontroly,

- snížit únavu z rozhodování,
- zabránit chaosu,
- uvolnit čas i na psychohygienu.

Techniky efektivního time-managementu:

1. Denní a týdenní plánování – s vyznačením priorit (např. metoda Eisenhowerovy matice).
2. Blokování času (time-blocking) – vymezení konkrétních časů pro péči, domácnost, odpočinek, práci.
3. Delegování úkolů – využití rodiny, přátel, asistenčních služeb.
4. Flexibilní plánování – u dětí s proměnlivým zdravotním stavem (např. epilepsie) je klíčové plánovat s rezervou.
5. Záznam časových ztrát a únosnosti – např. sledování, kolik času denně „spolknou“ neplánované výbuchy emocí u dítěte s PAS – a hledání řešení (strukturace dne dítěte, využití obrázkových scénářů).

Provázanost psychohygieny a time-managementu

Bez plánování není prostor pro odpočinek. Bez odpočinku selháváme i v plánování. Psychohygienu a time-management se navzájem podporují – když si rodič vědomě naplánuje krátkou pauzu, sníží riziko emočního přetížení a bude lépe zvládat stresové situace.

- Rodič dítěte s PAS – plánuje den podle potřeb dítěte, ale současně si do něj vkládá krátké „únikové zóny“ (např. 15 minut s hudbou nebo podcastem v koupelně).
- Rodič dítěte s kombinovaným postižením – využívá službu rané péče a během konzultací má možnost mluvit o svých emocích i o time-managementu celé rodiny.
- Rodič dítěte s mentálním postižením – využívá podpůrné skupiny a denní stacionáře, což mu umožňuje část dne věnovat i práci nebo studiu – to je zásadní pro jeho sebehodnotu.

Podpůrné organizace a nástroje

- Raná péče (Společnost pro ranou péči, EDA, Diakonie ČCE) – nabízí poradenství, plánování péče, podporu psychohygieny rodičů.
- Aperio – Společnost pro zdravé rodičovství – kurzy time-managementu pro rodiče, koučink, podpora.
- Nevypušť duši, Terapeutovna, Mindfulness klub – vzdělávání v oblasti psychohygieny, online techniky, podpůrné skupiny.
- Mobilní aplikace:
 - Timeular – vizualizace využití času.
 - Habitica – gamifikace denních návyků včetně psychohygieny.
 - Calm, Headspace – meditace, relaxace, řízený odpočinek.

Doplnění - Význam time-managementu

Time-management představuje soubor technik a strategií, které slouží k efektivnímu využívání času. U pečujících rodičů je time-management klíčový pro zvládání náročného rozvrhu a udržení rovnováhy mezi péčí o dítě, rodinou a vlastními potřebami.

Klíčové aspekty time-managementu

- **Stanovení priorit:**
 - Rodiče by se měli naučit rozlišovat mezi důležitými a méně důležitými úkoly.
 - Důležité je zaměřit se na ty úkoly, které mají největší dopad na kvalitu života rodiny.
- **Plánování času:**
 - Rodiče by si měli vytvořit denní a týdenní plán, který zahrnuje péči o dítě, domácí práce, odpočinek a aktivity pro sebe.
 - Důležité je plánovat si čas realisticky a vyhradit si čas na nečekané události.
- **Delegování úkolů:**
 - Rodiče by se neměli bát požádat o pomoc rodinu, přátele nebo pečovatelské služby.
 - Delegování úkolů pomáhá snižovat pocit přetížení a umožňuje rodičům věnovat se důležitějším věcem.
- **Využívání technologií:**
 - Moderní technologie mohou pomoci s organizací času a správou úkolů.
 - Aplikace a online nástroje mohou usnadnit plánování, komunikaci a sdílení informací.
- **Flexibilita a adaptabilita:**
 - Rodiče by se měli naučit být flexibilní a přizpůsobovat se nečekaným změnám.
 - Důležité je přijmout, že ne všechno půjde podle plánu, a být připraveni na improvizaci.

Další informace

- Je důležité, aby rodiče vnímali psychohygienu a time-management jako součást péče o své dítě.
- Péče o sebe není sobecká, ale nezbytná pro udržení kvality péče o dítě.
- Rodiče by neměli váhat vyhledat odbornou pomoc, pokud se cítí přetížení nebo vyhořelí.
- Důležité je, aby si rodiče uvědomili, že nejsou na svou situaci sami, a nebáli se vyhledat pomoc.

8. Vliv handicapu na psychosociální vývoj dítěte

Co je to handicap?

Termín **handicap** je v odborné terminologii považován za širší pojem než „postižení“ (disabilita). Označuje **znevýhodnění** jedince, které vyplývá z interakce mezi **jeho zdravotním omezením** (tělesným, mentálním, smyslovým, duševním) a **prostředím**, ve kterém žije. Jinými slovy, handicap vzniká nejen z důvodu samotného postižení, ale i v důsledku **sociálních bariér**, nedostatku podpory, nepochopení a nevhodných postojů okolí.

Např. dítě s tělesným postižením může být méně handicapované v prostředí, které je bezbariérové a vstřícné než v prostředí, které jeho potřebám nevyhovuje.

Co je psychosociální vývoj?

Psychosociální vývoj označuje vývoj **osobnosti** dítěte v interakci s jeho **sociálním prostředím** – zejména s rodinou, vrstevníky, školou a společností. Zahrnuje rozvoj:

- **emoční stability** a sebepojetí,
- **vztahovosti** (navazování a udržování vztahů),
- **identity** (kdo jsem, co dokážu),
- **morálních hodnot a postojů**,
- **adaptace na změny, výzev a překážek**.

Vývojové fáze relevantní pro raný, předškolní a mladší školní věk

Eriksonova psychosociální stadia, která se týkají období od narození do cca 10 let:

1. **Důvěra vs. nedůvěra (0–1 rok)**
 - základní pocit bezpečí, vztah s pečující osobou.
 - dítě s handicapem může zažít narušení kvůli časté hospitalizaci, stresu v rodině.
2. **Autonomie vs. stud a pochybnosti (1–3 roky)**
 - objevování světa, tělesná samostatnost, rozvoj „já chci“.
 - dítě s tělesným nebo smyslovým postižením může mít méně příležitostí k samostatnosti → riziko závislosti a nízkého sebevědomí.
3. **Iniciativa vs. vina (3–6 let)**
 - hra, fantazie, první sociální role, snaha po kompetenci.
 - opakované selhávání (např. dítě s PAS, které nerozumí pravidlům hry) může vést k pocitu viny a vyhýbání se aktivitám.
4. **Snahy být výkonný vs. pocit méněcennosti (6–12 let)**
 - škola, výkon, srovnávání s vrstevníky.
 - dítě s poruchou učení nebo mentálním postižením může pociťovat trvalý neúspěch → negativní sebehodnocení, riziko sociální izolace.

Vliv handicapu na psychosociální vývoj dítěte

1. Sebepojetí a identita

Dítě si vytváří představu o sobě na základě:

- zpětné vazby od druhých,
- vlastních zkušeností s úspěchem a neúspěchem,
- možností samostatnosti a autonomie.

U dítěte s postižením může být:

- **nižší sebedůvěra** (např. když nedosáhne toho, co vrstevníci),
- **ztížené přijetí sebe sama**,
- riziko **stigmatizace** – vnímání „jinakosti“ jako méněcennosti.

Děti s mentálním postižením často mívají nižší schopnost sebereflexe, ale přesto vnímají odlišnosti a postoj okolí.

2. Sociální vztahy a začlenění

- Postižení může omezit **sociální interakce** (např. děti s PAS mívají sníženou potřebu sociálního kontaktu, těžce navazují přátelství).
- Fyzické nebo smyslové postižení může vést k **vytlačení ze hry** nebo aktivit.
- Děti s handicapem čelí **riziku šikany** a nepochopení, zvláště v předškolním a školním kolektivu.

Pozitivní začlenění závisí často na:

- postoji učitelů a spolužáků,
- míře podpory (asistenti pedagoga, speciální pedagog),
- kvalitní inkluzi.

3. Emoční vývoj

Dítě s handicapem může být citlivější, přetíženo frustrací, zažívat častěji:

- **pocity méněcennosti, studu, smutku, hněvu**,
- u některých diagnóz (např. ADHD, PAS) dochází k častým problémům s **regulací emocí**.

Rodina zde hraje klíčovou roli – podporou přijetí, zrcadlením emocí, nastavováním hranic.

4. Motivace a učení

- Dítě s handicapem může vnímat školní úkoly jako nedosažitelné → ztráta vnitřní motivace.
- **Nízké očekávání** okolí i dítěte samotného může vést ke **zastavení rozvoje**.

Vhodná pedagogická podpora (individualizace, pozitivní zpětná vazba) a práce s motivací (např. pomocí vizuálních pomůcek u dětí s PAS) zvyšuje šanci na úspěch.

- **Kognitivní vývoj:**
 - Některé handicapy mohou ovlivnit kognitivní funkce, jako je myšlení, paměť a pozornost.
 - Omezené možnosti prozkoumávání okolního prostředí mohou zpomalit kognitivní vývoj.
 - Důležitá je stimulace kognitivních funkcí a podpora učení.

5. Rodinné a výchovné faktory

Rodina je první prostředí, kde se psychosociální vývoj odehrává. Handicap dítěte klade na rodinu zvýšené nároky:

- **přijetí diagnózy**, vyrovnání se se změnou očekávání,
- **posilování kompetencí dítěte**,
- vyvažování ochrany a samostatnosti,
- vyrovnání se se společenskými předsudky.

Pokud rodiče nejsou schopni zvládat stres nebo se identifikují výhradně jako pečovatelé, může to ovlivnit dítě (např. úzkostné reakce, přejímání pocitu méněcennosti).

1. Mentální postižení

- **Specifika:** Zpomalený kognitivní vývoj, omezené schopnosti abstrakce, nižší adaptabilita.
- **Psychosociální dopady:**
 - Opožděný vývoj sociální zralosti, nedostatek porozumění společenským normám.
 - Zvýšená potřeba podpory při navazování vztahů.
 - Riziko infantilizace ze strany dospělých → brzdění autonomie.
 - Potřeba specifického posilování pozitivního sebepojetí – dítě často zažívá selhání a nepochopení.

2. Poruchy autistického spektra (PAS)

- **Specifika:** Obtíže v oblasti sociální reciprocity, komunikace, představitivosti, stereotypie.
- **Psychosociální dopady:**
 - Ztížený rozvoj empatie, čtení emocí druhých a nonverbální komunikace.
 - Časté problémy s adaptací na změny, sociální situace vyvolávají úzkost.
 - Potřeba strukturovaného prostředí, vizualizace a sociálních scénářů.
 - Riziko sociální izolace, ačkoliv touha po kontaktu může být přítomna.

3. Tělesné postižení

- **Specifika:** Omezení hybnosti, závislost na pomůckách, fyzická závislost na druhých.
- **Psychosociální dopady:**
 - Sebepojetí formováno v kontextu „odlišnosti“ – vnímání jinakosti v pohybu.
 - Omezení účasti na pohybových hrách → snížené možnosti sociálního učení.
 - Riziko přehnané ochranné výchovy → brzdění autonomie.
 - Důležitost dostupnosti bezbariérového prostředí a podpůrných vztahů.

4. Smyslové postižení (zejména sluchové a zrakové)

- **Specifika:**
 - Sluchové: obtíže v komunikaci, jazykovém vývoji, přenosu informací.
 - Zrakové: omezení v neverbální komunikaci, orientaci a interakcích.
 -

- **Psychosociální dopady:**
 - Děti se sluchovým postižením mohou být hůře začleněny do většinové společnosti kvůli jazykové bariéře (např. znakový jazyk vs. mluvený jazyk).
 - Zrakové postižení může ovlivnit vnímání emocí, gest, mimiky.
 - U obou typů vyšší riziko osamělosti, nepochopení a odlišnosti ve školním kolektivu.
 - Kompenzační dovednosti často rozvíjeny (např. vyšší smyslová citlivost, adaptivní strategie).

5. Specifické poruchy učení (SPU) a pozornosti (ADHD)

- **Specifika:** Výrazné potíže ve školních dovednostech, impulzivita, hyperaktivita, poruchy koncentrace.
- **Psychosociální dopady:**
 - Dítě zažívá časté školní neúspěchy → riziko vnitřní rezignace, nízkého sebevědomí.
 - Dítě s ADHD často čelí konfliktům s vrstevníky kvůli impulzivitě.
 - Riziko negativního označování („zlobivé dítě“), což formuje negativní identitu.
 - Potřeba podpurných opatření (individuální vzdělávací plán, podpurná skupina, práce s emocemi).

Rozvoj sociálních dovedností dítěte s handicapem a začleňování do společnosti

Co jsou sociální dovednosti?

Sociální dovednosti zahrnují soubor schopností, které dítě potřebuje pro:

- navazování a udržování vztahů,
- řešení konfliktů,
- spolupráci,
- vyjadřování a čtení emocí,
- dodržování pravidel a norem.

Jejich rozvoj probíhá přirozeně v interakci s druhými lidmi (zejména v kolektivu), ale děti s handicapem často tyto příležitosti **nemají v dostatečné míře** nebo jim je **brání symptomatika jejich diagnózy**.

Obecné přístupy k podpoře sociálních dovedností:

- **Modelování chování a nácvik sociálních situací** (např. sociální scénáře u PAS).
- **Hraní rolí**, využití loutek, příběhů s rozbořením emocí.
- **Skupinová práce a kooperativní hry** – důraz na spolupráci a komunikaci.
- **Přímé učení pravidel chování** (co říci, co nedělat, jak reagovat).
- **Podpora pozitivního klimatu v kolektivu** (programy proti šikaně, inkluzivní kultura).

Rozdíly mezi jednotlivými skupinami:

Děti s PAS

- Potřebují explicitní učení toho, co jiné děti získávají přirozeně (např. jak poznat, že je někdo smutný).
- Práce se **sociálními příběhy** – konkrétní scénáře pro situace jako pozdrav, čekání, rozhovor.
- Vhodná malá skupina, strukturované prostředí.

Děti s mentálním postižením

- Pomalejší tempo osvojování dovedností, potřeba **častého opakování**.
- Vhodné využití vizuální podpory, jednoduchých instrukcí.
- Trénink empatie a porozumění emocím skrze hry a zážitky.

Děti se smyslovým postižením

- U dětí se ztrátou sluchu – zajištění **jazykové přístupnosti** (znakový jazyk, tlumočníci, bilingvní prostředí).
- U dětí se zrakovým postižením – rozvoj **verbálních a hmatových forem kontaktu**.
- V obou případech je klíčové **porozumění kolektivu** – např. edukace ostatních dětí.

Děti s tělesným postižením

- Není narušená sociální kapacita, ale mohou být **fyzicky vylučovány** z aktivit.
- Důležitá je **úprava prostředí**, aby se mohly plně účastnit (např. společenské hry přizpůsobené vozíčkáři).
- Důraz na **rovnocennost**, ne soucit.

Děti se SPU nebo ADHD

- Děti s SPU často **rezignují na skupinovou práci** kvůli opakovanému selhávání.
- Děti s ADHD mohou být impulzivní, konfliktní → nácvik **kontroly impulsů, řešení konfliktů, vnímání druhých**.

Začleňování do společnosti

Sociální začlenění není jen o přítomnosti dítěte v běžné škole, ale o **kvalitě vztahů, vnímání rovnoprávnosti a možnosti aktivně se podílet na životě skupiny**.

Zásady:

- **Inkluzivní přístup** (nikoli jen integrace).
- Spolupráce rodiny, školy, odborníků.
- Osvěta mezi vrstevníky (např. programy jako „Já a ty jsme kamarádi“, workshopy o jinakosti).
- Dostupnost podpůrných osob (asistent pedagoga, školní psycholog).

Sebevědomí, sebehodnocení a osobnostní vývoj dítěte – výchovný rámec

Zdravý vývoj u dětí bez postižení

Sebevědomí a sebehodnocení jsou klíčové složky **já-konceptu**, který se formuje od útlého dětství. U zdravého dítěte:

- V raném věku (do 3 let) je vnímání sebe sama ještě nevyhraněné – dítě se učí odlišovat sebe od druhých.
- V předškolním věku (3–6 let) se objevují první **hodnotící soudy o sobě** (např. „Jsem hodný“, „Mám rád auta“), které vycházejí především z **hodnocení okolí** (rodiče, učitelé).
- Ve školním věku (6–12 let) dítě porovnává své schopnosti s ostatními (sociální srovnávání) a začíná **vytvářet složitější, vnitřně strukturovaný obraz sebe sama**.

Osobnostní vývoj se opírá o:

- Emoční stabilitu a bezpečné vztahy (zejména s rodiči).
- Možnosti ovlivňovat své okolí a zažívat úspěch.
- Sociální interakce a zpětnou vazbu.

Vliv handicapu na sebevědomí a sebehodnocení

1. Negativní zpětná vazba a opakované selhávání

Děti s postižením velmi často čelí:

- znevýhodnění ve výkonu (školní úkoly, pohybové aktivity, komunikace),
- neporozumění ze strany okolí,
- časté korekce, nátlaku na výkon,
- nízkému očekávání.

To vše přispívá k tomu, že **jejich sebehodnocení bývá výrazně negativnější** než u intaktních vrstevníků – mohou si o sobě myslet, že „nejsou dost dobří“, „nejsou hodní kamarádů“, „nic nedokážou“. Tento postoj se internalizuje a **ovlivňuje nejen aktuální, ale i budoucí osobnostní vývoj**.

2. Závislost a omezená autonomie

- Některé typy postižení (např. těžší mentální postižení, tělesná postižení s potřebou asistence) vedou ke zvýšené závislosti na dospělých.
- Pokud není podpora přiměřená, dochází k **narušení pocitu kompetence**, dítě může vnímat, že „nezvládne nic samo“, což zásadně podkopává jeho sebevědomí.
- Přílišná protektivita ze strany rodičů brání dítěti v rozvoji zdravé identity.

3. Sociální izolace

- Děti s handicapem mají často ztížený přístup k vrstevnickým skupinám (např. kvůli chybějícím sociálním dovednostem, neporozumění nebo odmítnutí).
- Nedostatek vrstevnické zpětné vazby a příležitostí k začlenění omezuje rozvoj **sociální identity** a zdravého sebehodnocení.

Rozdíly dle typu postižení

Mentální postižení

- Sebehodnocení je často méně komplexní, ale dítě velmi citlivě reaguje na reakce okolí.
- Pokud je opakovaně vedeno k úspěchu, může mít pozitivní sebehodnocení i při nízké výkonnosti – **role podpory a motivace je zásadní**.
- Riziko podceňování i ze strany okolí – může formovat „naučenou bezmocnost“.

Děti s PAS

- Mívají potíže s porozuměním společenským normám a reakcím druhých – to komplikuje utváření reálného sebehodnocení.
- Často mají úzký zájem o určité oblasti, ve kterých se mohou cítit kompetentní – je důležité tyto oblasti podporovat pro posílení sebevědomí.
- Vzhledem k oslabené empatii může být sebehodnocení buď **nesmírně kritické, nebo naopak nerealisticky vysoké** – potřebují strukturovanou pomoc k porozumění vlastní hodnotě.

Děti se smyslovým postižením

- U dětí se sluchovým postižením může jazyková bariéra bránit porozumění hodnotícím výrokům nebo citovým nuancím → narušení vnímání sebe.
- Zrakově postižené děti mají často **snížený přístup k neverbálním projevům druhých**, což omezuje porozumění tomu, jak jsou vnímány.
- Pokud jsou tyto děti včas a adekvátně podpořeny, mohou mít **sebepojetí srovnatelné** s dětmi bez postižení.

Děti s tělesným postižením

- Často si uvědomují „odlišnost“ dříve než jiné děti, zvláště pokud se jejich tělo viditelně liší.
- Riziko negativního sebehodnocení kvůli omezením ve sportu, pohybových aktivitách, vnímání přitažlivosti.
- Sebevědomí lze podpořit zapojením do aktivit, které nejsou výhradně pohybové, a posilováním identity mimo tělesný výkon.

Děti s SPU nebo ADHD

- Děti zažívají neúspěch především ve škole, což významně ovlivňuje jejich vnímání vlastní hodnoty (např. „jsem hloupý“, „nezvládnu to jako ostatní“).
- Při správné podpoře a zaměření na silné stránky mohou mít vyrovnané nebo dokonce velmi zdravé sebehodnocení.
- Důležité je vést dítě k porozumění vlastnímu typu učení nebo fungování, ne ho srovnávat s většinou.

Vliv na osobnostní vývoj

Postižení zasahuje i do širšího **osobnostního vývoje** – tedy rozvoje:

- **emocionality** (náladovost, emoční stabilita, úzkostnost),
- **sociálních vztahů** (otevřenost, vztahovost, empatie),

- **motivace a aspirací** (co očekávám od života, jaké mám cíle).

Dítě, které:

- zažívá opakovaně selhání,
- je sociálně vyloučené,
- postrádá podporu a pochopení,

může rozvíjet **submisivní, pasivní, rezignovanou nebo naopak vzdorovitou osobnost**, jako obranný mechanismus.

Naopak dítě s postižením, které má:

- přiměřené nároky,
- podporu k autonomii,
- možnost zažít úspěch a být přijato,

může rozvinout **resilientní, stabilní osobnost** a vysokou úroveň adaptace.

Resilience a psychická odolnost u dětí s handicapem

Resilience je schopnost dítěte adaptovat se na zátěžové a stresující situace, zvládat obtíže a přesto si zachovat funkční vývojovou trajektorii. U dětí s postižením se tato schopnost stává naprosto zásadní, protože čelí:

- **dlouhodobé zátěži** (léčba, terapie, opakované vyšetření),
- **stigmatizaci** a odmítání ze strany vrstevníků,
- **nižším očekáváním okolí**,
- **vlastní frustraci** z limitů, které si uvědomují.

Klíčové faktory rozvoje resilience:

1. **Bezpečné vztahy a podpora** – kvalitní citové pouto s rodičem, přijetí od pečujících osob a blízkého okolí, včetně učitelů a terapeutů.
2. **Pozitivní zkušenosti s úspěchem** – přiměřené výzvy, při kterých dítě může zažít zvládnutí situace.
3. **Rozvoj autonomie** – podpora samostatnosti a rozhodování, přestože dítě potřebuje asistenci.
4. **Sebepřijetí a pozitivní identita** – dítě si je vědomé svých omezení, ale také svých silných stránek a jedinečnosti.

Jak podporovat resilienci:

- Vědomým **budováním pozitivního já-konceptu** (např. skrze terapeutické hry, storytelling, sebereflexi).
- Podporou **sociální sítě** – vrstevníci, podpůrné skupiny, inkluzivní prostředí.
- Rozvíjením **schopnosti řešit problémy** (návuk strategií zvládání, asertivita, práce s emocemi).
- Vyhýbáním se nadměrné ochraně – rodiče by měli hledat rovnováhu mezi podporou a samostatností.

Resilientní dítě s handicapem **vstupuje do sociálních interakcí s větší jistotou**, zvládá frustraci a dokáže lépe budovat vztahy – což je klíčové právě v předškolním období.

Připravenost na vstup do kolektivu a začlenění do předškolních zařízení

Přechod do školky nebo jiného kolektivu představuje významný mezník ve vývoji každého dítěte – pro dítě s handicapem je to často **výrazně náročnější přechod**, který vyžaduje:

- **individuální přístup,**
- **spolupráci s rodiči,**
- **speciálně pedagogickou a psychologickou podporu.**

Co znamená připravenost na vstup do kolektivu?

1. **Schopnost oddělit se od rodiče a navázat vztah s další autoritou** (učitelka, asistent).
2. **Základní komunikační dovednosti** – vyjádřit potřebu, reagovat na pokyn.
3. **Sociální kooperace** – schopnost hrát si s vrstevníky, sdílet, střídat se.
4. **Základní sebeobsluha a orientace v prostoru.**
5. **Schopnost regulovat emoce a přizpůsobit se pravidlům.**

U dětí s handicapem však tato připravenost může být výrazně posunuta, čemuž by mělo odpovídat **tempo začleňování i míra podpory**.

Rozdíly dle typu postižení

Děti s mentálním postižením

- Potřebují **dlouhodobou adaptaci**, protože nové prostředí může být zahlcující.
- Často nerozumějí pravidlům nebo neumí slovně vyjádřit potřeby → důležitá je přítomnost asistenta nebo klíčové osoby.
- Sociální interakce bývají narušené, je třeba modelovat situace, vést dítě konkrétně (např. nácvik hry ve dvojici).

Děti s PAS

- Pro ně je vstup do kolektivu velmi stresující: nové prostředí, hluk, mnoho podnětů.
- Mohou mít problémy s přechodem mezi činnostmi, reagují negativně na změny → je nutné nastavit **pevnou strukturu** dne, vizuální režim, podporu v komunikaci (např. pomocí obrázků, gest, komunikátorů).
- Někdy upřednostňují paralelní hru → je potřeba **nácvik společných her** v malých skupinkách.

Děti s tělesným postižením

- Je nutné přizpůsobit prostor (bezbariérovost), pomůcky, aktivity.
- Pokud pohybové omezení nebrání verbální komunikaci a porozumění, sociální začlenění může být relativně hladké.
- Důležité je **nevylučovat je z pohybových aktivit**, ale adaptovat je (např. kruhové hry, v sedě).

Děti se sluchovým postižením

- Pro začlenění je zásadní **způsob komunikace** – dítě potřebuje přístup k informacím (např. odezírání, znakový jazyk, tlumočník).
- Hrozí jim **sociální izolace**, pokud nejsou vrstevníci a pedagogové seznámeni s jejich způsobem komunikace.
- Vhodné je **seznámení třídy s tématem sluchového postižení** (např. pomocí knihy, loutek, besedy).

Děti se zrakovým postižením

- Adaptace prostředí (orientační body, hmatové značení), zvýšená verbální instruktáž.
- Hra s vrstevníky může být náročná – často nejsou schopné číst neverbální signály, nezapojují se automaticky.
- Je třeba rozvíjet **komenzační strategie** a modelovat sociální interakce (např. jak požádat o pomoc, jak vstoupit do hry).

Co pomáhá při začleňování do předškolního zařízení?

- **Týmová spolupráce** mezi školkou, rodiči, SPC, případně dalšími odborníky.
- **Předchozí návštěvy zařízení** – adaptace dítěte na prostředí.
- **Příprava kolektivu a personálu** – vysvětlení specifik, nastavení pravidel interakce.
- **Inkluzivní klima** – důraz na to, že „každý jsme jiný“ a že odlišnost je součástí běžného života.

Role rodiny a vrstevníků

- **Rodina:**
 - Rodina hraje klíčovou roli v podpoře psychosociálního vývoje dítěte s handicapem.
 - Důležitá je emocionální podpora, přijetí a stimulace rozvoje.
 - Rodiče se mohou potýkat se stresem, úzkostí a pocity viny.
 - Důležitá je podpora rodiny a poskytnutí odborné pomoci.
- **Vrstevníci:**
 - Vrstevnické vztahy jsou důležité pro sociální vývoj dítěte.
 - Inkluzivní prostředí umožňuje dětem s handicapem navazovat přátelství a rozvíjet sociální dovednosti.
 - Vrstevníci se mohou naučit empatii a toleranci.

Klíčové úkoly vývojových období

- **Rané dětství (0–3 roky):**
 - Navázání bezpečné vazby s rodiči.
 - Rozvoj základních smyslových a motorických dovedností.

- Začátky komunikace.
- **Předškolní věk (3–6 let):**
 - Rozvoj sociálních dovedností a navazování vztahů s vrstevníky.
 - Rozvoj řeči a komunikace.
 - Příprava na školní docházku.

Začleňování do společnosti

Začleňování do společnosti je komplexní proces, který zahrnuje nejen rozvoj sociálních dovedností, ale také odstraňování bariér a podporu inkluze.

Klíčové aspekty začleňování

- **Inkluzivní vzdělávání:**
 - Zajištění rovných příležitostí pro všechny děti.
 - Odstraňování bariér ve vzdělávání.
 - Podpora individualizace a personalizace výuky.
- **Bezbariérovost:**
 - Zajištění bezbariérového přístupu do budov, veřejných prostor a dopravy.
 - Odstraňování architektonických a informačních bariér.
- **Podpora zaměstnávání:**
 - Podpora zaměstnávání osob s handicapem.
 - Vytváření chráněných pracovních míst.
 - Podpora rekvalifikace a profesního rozvoje.
- **Sociální služby:**
 - Poskytování sociálních služeb pro osoby s handicapem a jejich rodiny.
 - Podpora samostatného bydlení a nezávislého života.
 - Poskytování osobní asistence a odlehčovacích služeb.
- **Osvěta a změna postojů:**
 - Osvěta veřejnosti o problematice handicapu.
 - Podpora respektu a tolerance.
 - Boj proti stereotypům a diskriminaci.

Vliv handicapu na sebevědomí, sebehodnocení a osobnostní vývoj

Handicap může významně ovlivnit sebepojetí dítěte. Důležité je si uvědomit, že každé dítě je jedinečné a jeho reakce na handicap se mohou lišit.

Rané dětství (0–3 roky)

- **Sebevědomí:**
 - V tomto období se formuje základní pocit bezpečí a důvěry.
 - Dítě s handicapem může zažívat pocity frustrace a bezmoci v důsledku omezení.
 - Příklad: Dítě s dětskou mozkovou obrnou, které má obtíže s pohybem, může být frustrované z toho, že nemůže prozkoumávat okolí jako jeho vrstevníci.
 - Klíčová je podpora rodičů a vytvoření bezpečného a stimulujícího prostředí.
- **Sebehodnocení:**
 - V tomto období se začíná formovat základní pocit vlastní hodnoty.
 - Dítě s handicapem může vnímat odlišnost od vrstevníků a pociťovat méněcennost.
 - Příklad: Dítě se sluchovým postižením, které nerozumí řeči, může mít pocit, že je „hloupé“.
 - Důležitá je pozitivní zpětná vazba a podpora rozvoje silných stránek.
- **Osobnostní vývoj:**
 - V tomto období se formují základní osobnostní rysy.
 - Handicap může ovlivnit temperament a emoční regulaci.
 - Příklad: Dítě s poruchou autistického spektra může mít obtíže s regulací emocí a projevovat stereotypní chování.
 - Důležitá je podpora emočního rozvoje a nácvik sociálních dovedností.

Předškolní věk (3–6 let)

- **Sebevědomí:**
 - V tomto období se rozvíjí pocit vlastní kompetence a nezávislosti.
 - Dítě s handicapem může zažívat pocity méněcennosti v důsledku omezení v hrách a aktivitách.
 - Příklad: Dítě s tělesným postižením, které se nemůže zapojit do her na hřišti, může pociťovat vyloučení.
 - Důležitá je podpora zapojení do her a aktivit, které odpovídají možnostem dítěte.
- **Sebehodnocení:**
 - V tomto období se rozvíjí schopnost porovnávat se s vrstevníky.
 - Dítě s handicapem může zažívat pocity méněcennosti v důsledku srovnávání s intaktními dětmi.
 - Příklad: Dítě s mentálním postižením, které má obtíže s kreslením, se může cítit méněcenné ve srovnání s dětmi, které kreslí lépe.
 - Důležitá je podpora pozitivního sebehodnocení a zaměření na silné stránky dítěte.
- **Osobnostní vývoj:**
 - V tomto období se rozvíjí sociální a emoční kompetence.

- Handicap může ovlivnit rozvoj sociálních dovedností a schopnost navazovat vztahy.
- Příklad: Dítě se sluchovým postižením může mít obtíže s komunikací a navazováním přátelství.
- Důležitá je podpora sociálního rozvoje a nácvik komunikačních dovedností.

Mladší školní věk (6–10 let)

- **Sebevědomí:**

- V tomto období se rozvíjí pocit vlastní hodnoty a identity.
- Dítě s handicapem může zažívat pocity méněcennosti v důsledku obtíží ve škole a v kolektivu.
- Příklad: Dítě s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) může zažívat pocity selhání ve škole a v kolektivu.
- Důležitá je podpora školního úspěchu a rozvoj sociálních dovedností.

- **Sebehodnocení:**

- V tomto období se rozvíjí schopnost realistického hodnocení vlastních schopností.
- Dítě s handicapem může zažívat pocity méněcennosti v důsledku srovnávání s intaktními vrstevníky.
- Příklad: Dítě s dyslexií může zažívat pocity méněcennosti v důsledku obtíží se čtením a psaním.
- Důležitá je podpora realistického sebehodnocení a zaměření na silné stránky dítěte.

- **Osobnostní vývoj:**

- V tomto období se rozvíjí schopnost adaptace na školní prostředí a kolektiv vrstevníků.
- Handicap může ovlivnit schopnost adaptace a rozvoj sociálních kompetencí.
- Příklad: Dítě s tělesným postižením může mít obtíže s adaptací na školní prostředí a s pohybem v budově.
- Důležitá je podpora integrace do školního prostředí a rozvoj sociálních dovedností.

9. Komunikační a výchovné strategie u dětí s handicapem. Principy komunikace s dítětem s handicapem a rozvoj komunikačních dovedností. Podpora kognitivního, emocionálního a sociálního rozvoje. Specifické výchovné strategie pro rodiče, jak podporovat dítě v sebevyjádření a sebeobsluze.

Lidská komunikace

- Latinsky *communicatio* – přenos, sdílet, radit se, dorozumívat se
- Ovlivňuje rozvoj osobnosti v mezilidských vztazích
- Definice (Lechta): Schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách
- Nezbytná k efektivnímu sebevyjádřování
- Přenos a výměna informací v mluvené, psané, obrazové či činnostní formě – realizuje se mezi lidmi a projevuje se nějakým účinkem
- Výměna významů mezi lidmi použitím běžného systému symbolů

Složky komunikace

- *Komunikátor* = osoba vydávající informaci
- *Komunikant* = příjemce informace, vydává reakci
- *Komuniké* = obsah sdělení, informace
- *Komunikační kanál* = způsob, jakým je informace předávána

Fáze komunikace

1. *Ideová geneze* – vznik myšlenky
2. *Zakódování* – přenos myšlenky do znaků/slov/písmen/pohybu
3. *Přenos* – předávání myšlenky od komunikátora ke komunikantovi
4. *Příjem* – přijetí myšlenky komunikantem
5. *Dekódování* – interpretace myšlenky příjemcem
6. *Akce* – reakce na myšlenku (gesto, posunek, myšlenka)

Klasifikace komunikace

- *Verbální*
 - Slovní, mluvená/psaná řeč
- *Neverbální (neslovní, vývojově starší)*
 - Vizika – pohledy, oční kontakt
 - Mimika – tváře, ústa, nos
 - Kinetika – pohyb
 - Gestika – ruce
 - Haptika – doteky
 - Proxemika – vzdálenost
 - Intimní – do 45 cm
 - Osobní – do 1,2 m
 - Společenská – do 3,6 m
 - Veřejná – nad 3,6 m
 - Posturologie – polohy rukou, nohou, těla
 - Paralingvistika – tón řeči
 - Úprava zevnějšku
- AAK – viz. ot. 16 z předmětu Metody SPP intervence

Zásady efektivní komunikace

- Zapojit slova i řeč těla.
- Podstatná je intonace.
- Ptát se a naslouchat.
- Mluvit k věci a neodbíhat od tématu.

- Asertivita – naslouchat ostatním, vyslechnout její názory, přiměřeně sdělit svůj názor.
- Neskákat do řeči.

Cíle komunikace

- Učit se: získávat znalosti o druhých, o světě a o sobě.
- Posilovat nebo měnit postoje nebo chování druhých.
- Spojovat: vytvářet vztahy s druhými, vzájemně na sebe reagovat.
- Pomáhat: ovlivňovat: naslouchat druhým a nabízet jim řešení.
- Hrát si: těšit se z okamžiku prožitku.

Komunikace s rodinou

- Dle typu rodiny
 - Direktivní přístup
 - Nedirektivní přístup – Rogers – upřímnost, uvolněnost, vstřícnost
- Dle typu problému, který s rodinou chceme řešit
 - Zaměření se na emoce
 - Zaměření se na problém
- Fáze krize
 - Vztek – „kdo za to může“
 - Popření – „to není možné“
 - Smlouvání – „třeba to nebude pravda“
 - Smutek – „je to pravda, je to smutné“
 - Smíření – „musím se s tím naučit žít“
- Schéma Braun-Galkowska



Komunikace a poruchy

- Poruchy v komunikačním kanále – např. hlučností prostředí, nedoslýchavostí, nesoustředěností.
- Poruchy z nejasnosti smyslu slov – např. slovo *koleje*.
- Poruchy na bázi metakomunikace – např. dvojí vazba (jednání s člověkem ve dvou rovinách).
- Brainwashing (vymývání mozku) – poruchy vzniklé v průběhu konfliktních situací, např. hrubě destruktivní komunikace (s cílem člověka ponížit a urazit), autoritářská komunikace (tendence vnutit druhému vlastní postoje), disjunktivní komunikace (jedince neovlivňují přijímané zprávy, podněty zlehčuje), pseudokomunikace (formální komunikace), nonkomunikace (faktické přerušení komunikace, i když přítomnost partnerů trvá).
- Podvědomé poruchy řečového projevu – nedokončení věty, přeroknutí se a zakoktání používání parazitních (přebytečných, bezvýznamových) slov.

Komunikace a efektivita

- Povzbuzení
 - Řekněte nám o tom něco víc
 - To, co říkáte, považuji za důležité, pokračujte, prosím
 - Co chcete ještě říci?

- Kdy/kde se to stalo? Jak jste se při tom cítil?
- Uznání
 - Uznávám to, co říkáte
 - Chápu, jak se cítíte
 - Myslím, že je to důležitý názor
 - Chápu, proč to vnímáte tímto způsobem
 - Děkuji, že jste to řekl
 - Děkuji, že nám tak důvěřujete, že jste se nám svěřil
- Nová formulace
 - Říkáte, tedy že...?
 - Rozumím správně, že...?
 - Chcete říci, že...?
 - Takže Vy říkáte, že ... a cítíte se kvůli tomu...
- Shrnutí
 - Dosud jsme tedy slyšeli...
 - Dovolte mi zjistit, jestli jsem to pochopil přesně. Dosud jste řekl, že...
 - Takže Váš názor, jak tomu rozumím, je...
 - Klíčové problémy asi jsou... Je to pravda?

Komunikace a dítě

- Každý člověk se těší z kontaktu s jiným.
- Pro každé dítě je navázání a udržení vztahu jednou ze základních potřeb.
- Vztah s dospělým je pro dítě zásadní vývojovou potřebou.
- Skrze dospělou osobu se dítě učí rozumět světu kolem sebe i sobě.
- Učí se cenit si druhých i sebe.
- Dítě potřebuje dobrý kontakt s rodiči, učiteli..., aby se mohlo dobře a harmonicky rozvíjet.

Komunikace dítěte a poradce

- Typologie reagování na negativní chování dítěte

	Jeví se jako	Skutečnost
• Chování dítěte chápáno jako	• Vzдор • Schválnost • Negace	• Bezmocnost • Neschopnost • Nedostatečnost
• Chování dítěte vyvolává potřebu	• Ovládat • Bojovat • Odmítat • Napomínat • Přehlížet	• Pomoci • Předcházet negativnímu chování
• Charakter pedagogického klimatu	• Bludný kruh • Vzájemná bezmocnost • Neustálý boj o moc	• Vřelost • Struktura • Kompenzace

- Zásady pro komunikaci mezi poradcem a dítětem
 - Vcíťovat se do stavu dítěte.
 - Respektovat osobnost dítěte.
 - Zaujímat autentický (opravdový) postoj.
 - Být konkrétní.

Podpora vývoje komunikace v předškolním věku

- Sociální oblast
 - Rozlišení obličejů.
 - Schopnost empatie.
 - Rozlišování emocí
 - Rozlišení lidského hlasu.
 - Navázání zrakového kontaktu.
- Sluchové vnímání
 - Fonematický sluch – fonematická diferenciacie, fonematická analýza = fonematické uvědomování (rozlišování fonémů, pozor: fonologické uvědomování = rozlišování slabik).
 - Sluchová diferenciacie = porovnání a odlišení podobných zvuků a slov (milá – Míla, sedí – cedí...).
 - Vnímání a reprodukce rytmu.
 - Sluchová paměť.
 - Sluchová analýza a syntéza – určení 1. nebo poslední hlásky ve slově, rozklad slov na slabiky/hlásky.
- Zrakové vnímání
 - Rozlišování tvarů a barev (i odstínů).
 - Zraková diferenciacie.
 - Zraková analýza a syntéza.
 - Zraková paměť.
- Dechová a fonační cvičení
 - Cílem je správná koordinace dechu společně s hlasem a mluvou.
 - Vsedě/vleže/vestoje.
 - S pomůckami – větrníky, peříčka, píšťalky, flétna...
 - Krátký/dlouhý výdech, rychlý/pomalý výdech, střídání nádechu a výdechu, postupně přidána fonace (fííí, š-š-š-š).
- Oromotorika
 - Cvičení pro rty, jazyk, čelisti.
- Hrubá motorika
 - Lokomoce: pohyb všemi směry různými způsoby, poskakování, ve skupině, dle hudby.
 - Nelokomoce: zaujímání poloh/pohybování částmi těla dle pokynů, dle hudby.
 - Manipulace: s předměty, spolupráce ve skupině, využívání pomůcek.
 - Vnímání pohybu a prostoru.
- Jemná motorika a GFM
 - JM – jemné pohyby ruky, manipulační činnosti (nůžky, šroubování, stavebnice, plastelína, puzzle, navlékání korálek, mozaiky...).
 - GFM – uvolnění svalů paže, ruky, zápěstí, kresba.
- Pozornost
 - Upoutání různými předměty.
 - Úmyslné zaměření.
 - Sdílená pozornost s matkou.
- Exekutivní funkce
 - Inhibice = potlačení nepodstatných informací/myšlenek/zvuků.
 - Pracovní paměť = udržení podstatných informací, manipulace s nimi, jejich aktualizace a potlačení těch „starých“.
 - Kognitivní flexibilita = pružné reagování na situaci, přepínání pozornosti a přecházení z jedné činnosti na druhou.

- Paměť
- Intelligence, myšlení, řešení problémů

Stimulace vývoje řeči a jazykových schopností a význam rodičů

- V zahraničí např. program Hanen (Hanen Parent Programme), který zahrnuje výcvik rodičů, aby byli schopni podpořit správný vývoj komunikačních schopností jejich dětí v přirozených situacích (u běžných denních činností-koupání, oblékání, uspávání...), ale i to, jak dítě pozorovat, naslouchat mu, čekat a být méně direktivní.
- Podpora rané intervence mezi matkou a dítětem.
- Sdílení vzájemné pozornosti a blízkosti rodičovské zpětné vazby.
- Východiskem současných metod a postupů je sociopragmatická vývojová teorie, která vychází z faktu, že dítě si osvojuje komunikační schopnosti nejlépe prostřednictvím přirozené a frekventované stimulace řeči matkou a sociálním prostředím během raného vývoje do tří let.
- Metody a postupy jsou odvozeny z běžných komunikačních interakcí dětí a jejich matek a jsou modifikovány tak, aby zesilovaly svůj přirozený stimulační účinek.
- V ideální situaci dospělý zůstává v roli partnera a reaguje na téma volené dítětem. Tím dochází k nižšímu zatížení kognitivních schopností dítěte.
- Rodiče by měli vnímat jak a proč dítě komunikuje.
- Při stimulaci je nutné zohledňovat tzv. zónu proximálního vývoje (vytvořil L.S.Vygotskij) – obecný princip učení, vhodný i pro rozvoj řeči. Předpokládá, že to, co dítě jeden den zvládne s dopomocí, již následující den zvládne samostatně. Předpokladem úspěšné terapie je proto vhodné stanovení cílů – musí rozvíjet to, co dítě ještě neumí, a musí být přiměřené věku. V praxi se to bohužel neděje – např. výzkum PdF MU ukázal, že 70% rodičů mluví na své dítě stále stejně, tedy souvislými větami, nehlédě na úroveň vývoje.
- Strategie
 - Základní je komunikace tváří v tvář – pohled z očí do očí.
 - V zahraničí přístup PVN (pozorování, vyčkávání, naslouchání) – viz. níže.
 - Pozorování – zaměřené na všechny projevy dítěte a okamžitou zpětnou vazbu.
 - Vyčkávání – čekání na reakci dítěte, poskytuje možnost dítěti samostatně začít interakci nebo odpovědět. 1 vteřina nestačí. Přitom z výzkumů vychází, že pouze 15% rodičů vyčká na odpověď déle (5-10 vteřin ideálně). Odpovědi může být zvuk, slovo, gesto.
 - Naslouchání – dítě nepřerušovat, snažit se vnímat, co dítě říká/naznačuje.
- Význam rodičů je obrovský! Intervence by měla probíhat prostřednictvím každodenních zkušeností a interakcí se známými osobami ve známých kontextech.

Komunikační strategie

- Jedná se o souhrn vizí a nástrojů, které mají splnit komunikační cíl.
- Příprava strategie
 - Analýza situace a potíží.
 - Definice cílové skupiny.
 - Stanovení cílů – předání informací, rozvoj.
 - Definice komunikačních kanálů – jakým způsobem bude komunikace sdělována (písemně, ústně, znaky).
 - Vytvoření komunikačního plánu – harmonogram aktivit/činností v časovém horizontu.

10. PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY RANÉHO VÝVOJE DÍTĚTE. NORMATIVNÍ A INDIVIDUÁLNÍ VARIABILITA VÝVOJE DĚTÍ OD NAROZENÍ DO 6 LET. KOGNITIVNÍ, EMOCIONÁLNÍ A SOCIÁLNÍ VÝVOJ.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2003. *Psychologie handicapu. 3. část, Vývoj postiženého dítěte v předškolním věku*. ISBN 80-7083-772-1. Dostupné také z: <https://dspace.tul.cz/handle/15240/172612>.

WEDLICOVÁ, Iva, 2010. *Vývojová psychologie*. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně. Pedagogická fakulta. Katedra Psychologie. Dostupné z: https://www.pf.ujep.cz/wp-content/uploads/2018/06/KPS_MS_Vyvoj_pscho_Wedlichova.pdf

Raný vývoj dítěte (od narození do 6 let) je klíčovým obdobím, kdy se formují základy osobnosti, sociálních vztahů, poznávacích schopností i emoční stability. Vývoj není u všech dětí stejný – vedle normativního vývoje (typické vývojové milníky) existuje individuální variabilita, tedy rozdíly mezi dětmi dané genetickými faktory, prostředím nebo výchovou.

Normativní vývoj

- Normativní vývoj znamená, že většina dětí prochází určitými vývojovými fázemi přibližně ve stejném věku.

Individuální variabilita

- Každé dítě se vyvíjí vlastním tempem. Např. některé děti začínají chodit už v 10 měsících, jiné až po 15. měsíci.

Čtyři hlavní oblasti psychického vývoje:

1. **Biosociální vývoj** - zahrnuje tělesný vývoj a veškeré proměny s ním spojené, zabývá se i faktory, které jej ovlivňují. Může jít např. o sociokulturně podmíněné postoje k lidskému tělu a jeho vývojovým etapám.
2. **Kognitivní vývoj** – zahrnuje všechny psychické procesy, které se nějak spolupodílejí na lidském poznávání. Jde o ty kompetence, které člověk využívá při myšlení, rozhodování a učení (i z toho vyplývající adaptaci). V této oblasti jde především o proměnu způsobu uvažování v průběhu života. I tuto složku lidské psychiky ovlivňují různé faktory, velmi významný je např. způsob vzdělávání, ale i mediální vlivy.
3. **Psychosociální vývoj** – zahrnuje proměny osobnostních charakteristik a mezilidských vztahů, resp. sociální pozice. Je ve značné míře ovlivněn vnějšími faktory, především sociokulturními. Jde např. o působení rodiny, ale i dalších sociálních skupin a vrstev, do nichž jedinec patří.
4. **Emoční vývoj** – zahrnuje proměny způsobu prožívání. Vývoj emocí se projevuje, celkově nahlíženo, určitým zráním emocionality, tj. dispozic k emocionálnímu reagování a jejich vlastnostmi.

Senzitivní období – období, která jsou optimální pro určitý druh vývojového procesu. Jestliže není určitého typu chování dosaženo během tohoto citlivého období, nemusí se již později vyvinout do svého plného potenciálu.

- ➔ Například první rok života je citlivým obdobím pro utváření úzkého připoutání k rodičům.
Předškolní období je mimořádně významné pro rozvoj intelektu a osvojení si jazyka.

Vývoj je ovlivňují:

- VNĚJŠÍ FAKTORY (fyzikální a sociální prostředí)
- VNITŘNÍ FAKTORY (vrozené dispozice)
- INTERAKCE VNĚJŠÍCH A VNITŘNÍCH FAKTORŮ

KOGNITIVNÍ VÝVOJ

Kognitivní vývoj dítěte je proces, při kterém si dítě osvojuje schopnosti poznávání – vnímání, paměť, pozornost, řešení problémů, uvažování, jazyk a myšlení. Vývoj probíhá postupně v několika fázích, jak je popsal Jean Piaget. U dětí s postižením může být tempo i kvalita tohoto vývoje různě ovlivněna.

(Řeč je prostředkem rozvoje v oblasti komunikace, ale i předpokladem vývoje v oblasti kognitivních schopností. Batole nemůže dobře dosáhnout úrovně symbolického myšlení, když mu chybí dostatečné množství představ nebo znaková soustava jazyka. Nemůže se ani dobře orientovat v sociálních vztazích a rolích lidí ve svém nejbližším okolí, když nerozumí jejich řeči. Nedostatek ve vývoji řeči je příčinou vývojové stagnace zejména u sluchově postižených dětí.)

1. Senzomotorické období (0–2 roky)

- **Intaktní dítě:** Učí se prostřednictvím smyslů a pohybů. Objevuje svět tím, že s ním aktivně manipuluje – sahá, ochutnává, pozoruje. Rozvíjí se pojem „trvalost objektu“ (vědomí, že věci existují, i když nejsou vidět).
- **Dítě s postižením:**
 - **Tělesné postižení:** Omezený pohyb = méně podnětů.
 - **Zrakové/sluchové postižení:** Snížené smyslové vnímání → méně informací o světě.
 - **Mentální postižení:** Narušeno porozumění a zpracování podnětů.
 - Výrazná závislost na pomoci dospělého.

2. Předoperační myšlení (2–4 roky)

- **Intaktní dítě:** Začíná používat symboly – slova, gesta, obrázky. Rozvíjí se představivost. Učí se napodobováním a jazykem (přechod do fáze symbolického myšlení omezuji nedostatky v oblasti řečového vývoje).
- **Dítě s postižením:**
 - **Tělesné postižení** nedostatek představ kvůli snížené zkušenosti.
 - **Zrakové postižení** hůře si vytváří vizuální představy,
 - **Sluchové postižení** brání v rozvoji řeči – dítě hůře chápe sociální role a vztahy.
 - **Mentální postižení:** Neschopnost pochopit vztah mezi symbolem a objektem.

3. Předoperační (4–7/8 let)

- **Intaktní dítě:** Začíná chápat vztahy mezi věcmi, zajímá se o příčiny a účel. Myšlení je stále konkrétní, vázané na to, co vidí a zažívá.
- **Dítě s postižením:**
 - **Mentální postižení:** Myšlení zůstává konkrétní, pomalé, stereotypní, dítě má malou

slovní zásobu.

- **Zrakově postižené dítě:** Myšlení se vyvíjí podobně, ale chybí přesné představy → méně přesné pojmy.
- **Sluchově postižené dítě:** Delší setrvání na symbolické úrovni, pokud není poskytnuta včasná jazyková podpora.

Pozornost a paměť v předškolním věku

- **Intaktní dítě:**
 - Pozornost je ještě krátkodobá, rychle se unaví.
 - Paměť je převážně mimovolná (pamatuje si to, co ho zaujme).
 - Až v druhé polovině předškolního věku pozorujeme zapamatování úmyslné. Roste rozsah paměti a rozvíjí se i trvalost paměti, což jsou základní předpoklady pro systematické učení.
- **Dítě s postižením:**
 - Oslabená pozornost, nižší aktivační úroveň (často způsobena podnětovou deprivací).
 - Paměť a pozornost infantilního charakteru.
 - Je možné je **stimulačně rozvíjet** vhodnými metodami a vedením.

Fantazie a představivost

- **Intaktní dítě:**
 - Velmi bohatá fantazie – projevuje se ve hrách a pohádkách.
 - Vytváří si smyšlené představy, někdy tzv. konfabulace (spojuje realitu s fantazií).
 - Vysvětluje jevy magicky – oživuje neživé věci.
 - Mezi pátým a sedmým rokem postupně ustupuje magicko-animistické pojetí spíše reálnému pojetí.
- **Dítě s postižením:**
 - Pokud je schopné vytvářet představy, může být fantazie podobně živá.
 - Omezení v oblasti smyslového vnímání nebo řeči může fantazii bránit ve svobodném rozvoji.

Vnímání:

- **Zrakové a sluchové vnímání:** Dítě vnímá celek jako souhrn detailů, lépe rozlišuje barvy a zvuky. Pokroky v řeči ukazují jemnější sluchové rozlišování, včetně podobných hlásek.
- **Vnímání prostoru:** Dítě často přeceňuje velikost blízkých objektů a podceňuje vzdálené. Postupně se učí chápat prostorové pojmy (např. blízko–daleko, uvnitř–vně).
- **Vnímání času:** Dítě nerozumí přesně časovým úsekům, přeceňuje délku nezáživných aktivit. Vnímá čas spíše skrze známé události než jako abstraktní pojem.
- **Vnímání počtu:** Počítání je názorné a intuitivní, vázané na konkrétní situace. Dítě zná čísla, ale nerozumí ještě jejich skutečnému významu, chápe spíše změnu množství než stabilní číselný pojem.

Myšlení a pojem

- **Intaktní dítě:**
 - Myšlení je ještě názorné a konkrétní.
 - Dítě těžko rozeznává podstatné od nepodstatného.
 - Egocentrismus (vlastní pohled je ten jediný možný).

Batole se zaměřovalo především na poznávání věcí, v předškolním věku dítě zkoumá a objevuje vztahy a vzájemné souvislosti mezi věcmi.

- **Dítě s postižením:**

- **Mentálně postižené:** Těžkopádnost, stereotypie, chudá slovní zásoba, nedostatečné pojmy. Myšlení stále svázáno s konkrétní činností, konkrétními představami,
- **Zrakově a tělesně postižené:** Pokud nejsou kombinovaná postižení, vývoj probíhá obdobně, ale s omezenou zkušeností. Spíše lze pozorovat vliv menší zkušenosti, omezenější zásoby představ (zejména u zrakově postižených), následkem toho nejsou zcela přesné ani mnohé pojmy, i když děti jejich slovní označení dobře znají a používají.
- **Sluchově postižené:** Potřeba včasné jazykové podpory – bez ní je vývoj myšlení výrazně zpomalen. U neslyšících dětí zůstává myšlení delší dobu omezeno na symbolickou úroveň, protože se hůře vytvářejí i nejjednodušší pojmy.

SOCIÁLNÍ VÝVOJ

- Socializace - postupné začleňování jedince do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace; součástí socializace je přijetí základních etických a právních norem dané společnosti;

Sociální vývoj dítěte je dynamický proces, který probíhá v interakci s vnějším prostředím, a zahrnuje osvojování dovedností potřebných k navazování a udržování mezilidských vztahů, porozumění emocím, sebeuvědomění a vnímání druhých. Probíhá v součinnosti s ostatními oblastmi vývoje, zejména s vývojem kognitivním, emočním a motorickým.

Základním nástrojem primární socializace je rodinná výchova, resp. sociální interakce v raném věku dítěte, jejichž povaha a obsah vytvářejí základy osobnosti, zejména je to míra citového nasycení, či nenasyčení.

V předškolním věku se dítě učí žádoucím vzorcům chování, které mají obecný charakter, tj. nejsou součástí některé role. V této oblasti jde především o rozvoj prosociálního chování, které lze charakterizovat jako pozitivní, respektující ostatní. Jeho rozvoj je spojen s dosažením určité úrovně empatie, se schopností ovládnutí agresivity a vlastních aktuálních potřeb.

Příčinou poruchy socializace může být:

1. Nevhodné působení společnosti, především rodiny, která je nejvýznamnějším činitelem socializace.
2. Nedostatečné psychické i somatické dispozice jedince. Vzhledem k tomu, že socializace je interakcí mezi jedincem a společností, nelze toto členění považovat za víc než teoretický předpoklad. Změna jedné z uvedených složek vzápětí ovlivní i reakce druhé, takže následkem toho také nebude zcela v normě.

Běžný vývoj sociálních dovedností

Sociální vývoj dítěte od narození do předškolního věku prochází několika výraznými fázemi:

- **Prenatální období:** Již v těhotenství může plod vnímat vnější podněty, jako jsou hlasy rodičů, a reagovat na ně. Brzy se totiž dostává plod do určitého aktivního kontaktu s matkou, která na jeho spontánní pohyby emocionálně reaguje a opět její emoce ovlivňují dítě vytvářením vzorců zvláštních podnětových situací. Utváří se tak první předpoklady pro budoucí sociální propojení, zejména s matkou.

- **Novorozenecké období (0–1 měsíc):** V tomto období je sociální vývoj úzce spjat s kvalitou vztahu mezi dítětem a jeho hlavním pečovatelem a reakcí pečovatele na dítě. Jestliže odezva dítěte z nějakého důvodu chybí, rodiče mají tendenci snižovat četnost vzájemného kontaktu, který neodpovídá jejich očekávání. Rodiče musí uzpůsobovat formu kontaktu dle potřeb dítěte.
- **Kojenecké období (1–12 měsíců):** Klíčovým momentem je vytváření citové vazby (tzv. attachment) mezi dítětem a hlavní pečující osobou. Objevuje se sociální úsměv, napodobování výrazů a postupné vnímání emočního naladění druhých. Zásadní roli hraje **vytváření bezpečné vazby**, která ovlivňuje další vývoj důvěry ve svět a mezilidské vztahy. Dítě komunikuje prostřednictvím pláče, úsměvu, pohledů a gest. Reaguje na známé osoby a v průběhu druhé poloviny prvního roku se začíná objevovat **separanční úzkost a strach z cizích lidí**. Dítě dává přednost lidské tváři před jinými tvary a reaguje na hlas. Pláč slouží jako prostředek sociální komunikace.
- **Batolecí období (1–3 roky):** Dítě si začíná uvědomovat vlastní já, rozvíjí se samostatnost a schopnost regulovat emoce. Objevují se první známky empatie a hry vedle ostatních dětí (paralelní hra). Učí se **napodobovat** chování druhých, rozvíjí se **symbolická hra** a začíná navazovat první sociální vztahy mimo rodinu, i když kontakt s vrstevníky bývá ještě paralelní (vedlejší hra). Dochází také k počátkům **internalizace pravidel** a vzniku základního sebehodnocení.
- **Předškolní věk (3–6 let):** V tomto období dochází k výraznému rozvoji sociálních dovedností. Děti si hrají spolu, učí se **spolupráci**, střídání rolí a pravidlům. Významným faktorem je rozvoj **empatie a morálního uvědomění**, i když se ještě silně orientují na vlastní pohled. Dítě se snaží být vnímáno pozitivně, touží po uznání a začíná chápat význam sociálních rolí (např. kamarád, pomocník). Rozvíjí se dovednosti jako sdílení, střídání v konverzaci nebo přebírání rolí při hře.

Specifika sociálního vývoje u dětí s postižením

Děti s postižením mohou v oblasti sociálního vývoje čelit různým výzvám. Tyto obtíže často nevyplývají pouze z jejich diagnózy, ale i z bariér prostředí či nedostatečného porozumění jejich potřebám.

U dětí s postižením může být navazování sociálních kontaktů ztíženo například opožděným vývojem smyslového vnímání, motoriky nebo jinými zdravotními komplikacemi.

Děti s postižením mohou potřebovat více podpory při osamostatňování, v oblasti komunikace a v rozvoji hry. Důraz by měl být kladen na individualizaci přístupu a využívání posilujících strategií v komunikaci. Je třeba se zaměřit výchovné úsilí na **překonání zbytečné závislosti na matce**. Ve skutečnosti k uvolnění této vazby ještě většinou nedochází. Příčinou může být jednak skutečné omezení, např. lokomoce, orientace v prostředí apod., větší tendence dítěte zůstat závislým a menší potřeba emancipace. Negativně zde může působit i postoj některých matek, které osamostatňování dítěte vědomě i nevědomě brzdí.

Děti s postižením mohou mít obtíže v porozumění sociálním situacím, v adaptaci na kolektiv či v chápání pravidel. Sociální učení lze podporovat prostřednictvím modelování, strukturovaných situací a vizuální opory.

Mentální postižení

- U dětí s mentálním postižením bývá sociální vývoj zpomalen. Dítě může mít potíže porozumět sociálním situacím nebo emocionálním projevům druhých lidí. Někdy si hůře osvojuje pravidla chování nebo se nedokáže přizpůsobit očekáváním okolí. Velmi účinná může být

opakovaná podpora v přirozených situacích, využití jednoduchých instrukcí a nácvik modelových situací.

Poruchy autistického spektra (PAS)

- Děti s PAS mívají výrazné potíže v oblasti neverbální komunikace, jako je zrakový kontakt, mimika nebo gesta. Často chybí spontánní sociální interakce a hra s vrstevníky. Může být pro ně obtížné pochopit nevyřčené sociální normy. Potřebují strukturované prostředí, vizuální oporu, konkrétní a srozumitelný přístup, a ideálně také pravidelný nácvik sociálních situací formou hraní rolí nebo asistované interakce.

Sluchové postižení

- Sluchově postižené děti mohou být znevýhodněny v navazování vztahů kvůli omezené verbální komunikaci. Bez adekvátní kompenzace (např. znakový jazyk, odezírání) může být obtížné zapojit se do kolektivu, zejména mezi slyšícími vrstevníky. Podpora socializace spočívá zejména v rozvíjení alternativních komunikačních forem a zapojování dítěte do kolektivních aktivit s přihlédnutím k jeho komunikačním potřebám.

Zrakové postižení

- Zrakově postižené děti mají omezenou možnost pozorovat výrazy tváře, neverbální komunikaci nebo sledovat interakce mezi vrstevníky. To může ovlivnit jejich schopnost porozumět emocím druhých a navazovat kontakt. Vhodnou podporou je popisování situací, zapojení dalších smyslů (např. sluchu, hmatu) a aktivní vedení při sociálních aktivitách.

Tělesné postižení

- Děti s tělesným postižením mohou mít omezené možnosti zapojit se do her vrstevníků, zejména fyzicky náročných. To může ovlivnit množství a kvalitu jejich sociálních kontaktů. Důležité je upravit prostředí tak, aby bylo přístupné a aby dítě mělo dostatek příležitostí ke kontaktu a spolupráci s ostatními, např. prostřednictvím společných tvořivých nebo jazykových činností.

Rodina je pro dítě základním prostředím socializace – ovlivňuje přenos hodnot, osvojování rolí, pravidel chování a vztahů. U dětí s postižením však může být tento proces narušen v závislosti na typu a míře postižení.

1. Přenos hodnot a cílů

Dítě v rodině přebírá hodnoty a cíle, ale např. **děti s mentálním postižením** nebo **bez řeči (např. neslyšící)** mají obtíže porozumět jejich abstraktní povaze. Sice mohou napodobit chování, ale nerozumí hlubším souvislostem.

2. Nápodoba a sociální učení

Děti se učí sociálnímu chování nápodobou, ale ta je u některých postižení omezená – **nevidomé děti** nemohou sledovat chování druhých, **pohybově omezené** děti se obtížně zapojují do společných aktivit.

3. Osvojení sociálních rolí

Dítě si osvojuje různé role (např. sourozenec, kamarád). **Postižené dítě** však často získává i roli „jiného“, což ovlivňuje očekávání okolí. Vývoj v této oblasti bývá závažněji narušen především opožděným mentálním vývojem, takové děti obtížněji chápou charakteristické rysy všech jevů, to znamená, že nedovedou dobře diferencovat ani jednotlivé sociální role. Omezením je i zraková vada, protože takové dítě nemůže pozorovat veškeré projevy chování lidí v jeho okolí. Stejně tak je znevýhodněno dítě, které nemá zkušenost s verbálním projevem, typickým pro nějakou roli.

Předškolní děti si uvědomují rozdíl obou pohlaví. Znaží i obsah chlapecké a dívčí role. Vědí, jak vypadá a jak se má chovat chlapec či holčička, a podle toho se orientují. Tuto roli akceptují i oni sami: chtějí vypadat stejně jako ostatní děti téhož pohlaví, mají tendenci se stejným způsobem chovat a dávají přednost hře s dětmi téhož pohlaví, s nimiž se ztotožňují

4. Učení se normám chování

Dítě se učí, že chování má pravidla a důsledky. **Mentálně postižené děti** mohou mít problém tato pravidla pochopit, zejména pokud nejsou srozumitelně vysvětlena. **Řeč** je důležitým nástrojem pro předávání těchto norem – její absence proces zpomaluje. **Stanovení pravidel vyhovuje dětské potřebě orientace ve světě.** Řád přináší jistotu, potvrzuje předvídatelnost situací. Významnou roli má i přání přijatelného hodnocení, které souvisí se základní potřebou emočního přijetí. **Pravidla dítěti umožňují lépe diferencovat, jaké chování bude pozitivně akceptováno, a jaké nikoliv.**

5. Vztahy a sebepojetí

Dítě vytváří vztahy s ostatními a utváří si obraz o sobě. **Děti s postižením** bývají častěji izolované, mají méně kontaktů s vrstevníky, což omezuje rozvoj jejich sociálních dovedností i sebepojetí.

HRA

- Významná úloha v socializačním procesu dítěte připadá hře, která se stává v období předškolního věku (i v širším slova smyslu) hlavní činností dítěte. Hra je jednou ze základních potřeb člověka, má tedy smysl již sama o sobě, ale její význam pro vývoj dítěte je velmi podstatný. Vede k osvojení celé řady dovedností, k rozvoji schopností, fantazie a kreativity, ale také k uvolnění i k překonání sociálních nároků, je jednou z nejdůležitějších aktivit v procesu osvojování sociálních rolí.
- Zvláštní význam dětské hra spočívá v tom, že podporuje kontakt s dalšími dětmi (sociální dimenze hry). Při hře ve skupině dítě předjímá určitou funkci, podřizuje se určitým normám a může přijmout nebo odmítnout kontakt s dalším dítětem (především při „hře ve skupině“).

EMOCIONÁLNÍ

Emoce - pojem zastřešující subjektivní zážitky libosti a nelibosti provázené fyziologickými změnami, motorickými projevy (gestikulace, mimika), stavy menší či větší pohotovosti a zaměřenosti (láska, strach, nenávisť aj.) (Hartl, Hartlová, 2000)

Veškeré lidské chování je provázeno emočním prožíváním, které však nemusí být vždy plně uvědomováno. Obvykle si uvědomujeme jen ty emocionální stavy, které třeba trvají i jen krátce, ale mají určitou intenzitu. Pokud tedy člověk neprožívá intenzivněji nějakou situaci či událost, může se mu jevit v každodenním životě jeho emocionální stav jako převážně neutrální. Toto konstatování znamená, že právě vykonávaná činnost probíhá „normálně“, bez problémů, v souladu s navyklymi způsoby nebo očekáváními. Ale i tento stav jistě míry spokojenosti je stavem emocionálním

Prenatální období a rané dětství

- Posuzujeme-li vnější pozorovatelné chování plodu, je možné předpokládat, že už tam musíme hledat také počátky vnitřního prožívání.
- Plod je velmi brzy připravován pro činnosti, které budou nutné pro jeho přežití a pro interakci se zevním světem po narození (reaguje na řadu akustických podnětů, začíná odlišovat zvuky lidské řeči i hlas své matky). Plod v průběhu těhotenství zažívá řadu více či méně nepříjemných pocitů a na negativní podněty aktivně reaguje.

Bez zřejmého důvodu úleková reakce Disstres v odpovědi na bolest Projevu novorozenecký smích („polosmích“), objevující se spontánně Nelibost v odpovědi na nepříjemné čichové a chuťové dojmy Expresí základních emocí	Od narození
sociální úsměv	3. – 6. týden
vzteky, překvapení, smutek	2. – 4. měsíc
strach	5. – 7. měsíc
sebe-vědomí, empatie, stud, žárlivost, ostýchavost, pýcha,	12. – 18. měsíc

Batolecí a předškolní období

- Svět prožitků se na jedné straně obohacuje a diferencuje, na druhé straně se začínají objevovat různé kombinované emoce (např. vina, stud, závist, ... dosud dítětem prožívané spíše v „čistě“ a oddělené podobě), které jsou vyjádřením poznávání složitější reality
- V průběhu druhého roku života dochází k dramatickému nárůstu hněvu, opozice a odchylného chování – tzv. dětskému negativismu. Důležitou funkcí hněvu v tomto vývojovém období je posílit první kroky směrem k autonomii a k vymezení sebe sama.
→ zvýšený cit sebeuvědomění
- vývojovým milníkem v tomto věku je rostoucí **schopnost chápat druhé**. Emoční zkušenost ze sociálních interakcí hraje důležitou roli při vývoji emocionálních a poznávacích procesů odlišování sebe od druhých.
- dalším vývojovým mezníkem je nárůst citlivosti vůči morálním normám a sociálním pravidlům
- vývojovým mezníkem tohoto věku je **nástup sebehodnotících emocí**
- V průběhu předškolního věku se také objevuje tzv. **prosociální chování**, které napomáhá chápání druhých lidí a vede k pocitům uspokojení z přátelských interakcí.
- Vývoj emočního porozumění i nadále velmi zřetelně pokračuje: **předškolní dítě sice již rozlišuje vnější projevy chování od vnitřních stavů**, ale soudí, že výraz emocí je přímým projevem prožitku. Teprve ve školním věku pak dítě poznává, že pocity, přání či motivy je možné před okolím skrývat (ale nelze je skrýt před sebou samým); dítě dokáže v některých situacích výraz svých citů vůli potlačit.
- Teprve v předškolním věku **začíná dítě skutečně rozumět subjektivní povaze emocí**. Ví tedy, že pocity druhých závisí na tom, jak oni sami situaci rozumí a že stejná situace může u různých lidí vyvolat zcela odlišné pocity (jde o počátek tzv. „teorie mysli“ – tj. způsobu, jímž dítě rozumí subjektivitě druhých). **Kolem čtyř let dokáže dítě již i předpovídat pravděpodobnou emoční reakci druhých na určitou situaci**. Předškolní dítě tedy rozlišuje mezi chováním a vnitřními stavy, které chování řídí, ale domnívá se, že myšlenky a pocity se přímo projevují v chování – z chování lze jednoznačně určit vnitřní stav (když se někdo usmívá, musí být šťastný); možnost maskovat vlastní pocity si uvědomují až děti školní, teprve kolem 6 let si dítě začíná být vědomo toho, že výraz emocí může být i zavádějící.



ZVLÁŠTNOSTI EMOČNÍCH REAKCÍ DÍTĚTE

- › jsou **labilní**, snadno se mění, nálady dítěte kolísají a mohou téměř okamžitě přecházet i ve svůj protiklad (říká se, že dítě „má pláč a smích v jednom
- › jsou **krátkodobé**, mají jen krátký průběh a rychle
- › jsou velmi **expresivní**, výrazově nepotlačitelné, spontánní ve svých projevech (projevují se bez zábran) a dítě se postupně učí výraz svých citů ovládat
- › **vyznačují se určitým paradoxem**, který spočívá v tom, že jsou výrazově velmi silné, (projevují se navenek velmi výrazně), ale současně povrchní (dítě např.

KOHLEBERGOVA STÁDIA MORÁLNÍHO USUZOVÁNÍ	
ÚROVNĚ A STÁDIA	PŘÍKLAD CHOVÁNÍ
ÚROVEŇ I Předkonvenční morálka Stadium 1  <i>Orientace na trest</i> Stadium 2 <i>Orientace na odměnu</i>	Děti na této úrovni posuzují čin více z hlediska jeho následků než z hlediska záměrů, které k němu vedly. Poslouchá příkazy, aby se vyhnul potrestání Přizpůsobuje se, aby získal odměnu. Jedná tak, aby se mu vrátilo, co poskytl
ÚROVEŇ II Konvenční morálka Stadium 3 <i>Orientace na to být hodným dítětem</i> Stadium 4 <i>Orientace na autoritu</i>	Přizpůsobuje se, aby se vyhnul nesouhlasu ze strany druhých Dodržuje zákony a sociální pravidla, aby se vyhnul odsouzení ze strany autorit
ÚROVEŇ III Postkonvenční morálka Stadium 5 <i>Orientace na společenskou smlouvu</i> Stadium 6 <i>Orientace na univerzální etické principy</i>	Podporuje obecně uznávané principy, aby získal uznání od vrstevníků i sebe sama. Jedná podle samostatně zvolených etických principů (spravedlnost, důstojnost, rovnost ..)

Kohlberg se domníval, že všechny děti začínají na úrovni I, na které setrvávají do věku asi 10 let, poté začínají hodnotit činy podle názoru druhých lidí (úroveň II).

Novější výzkumy však poukazují na to, že chování odpovídající úrovni II se objevuje již na počátku mladšího školního věku. Morální usuzování dětí předškolního věku i dle novějších výzkumů odpovídá úrovni I.

PIAGETOVA TEORIE VÝVOJOVÝCH STÁDIÍ	
VÝVOJOVÉ STÁDIUM	CHARAKTERISTIKA
1. <i>Senzomotorické</i> (narození – 2 roky)	Odlišuje sebe od objektů. Dosahuje pojmu trvalého objektu.
2. <i>Předoperační</i> (2 – 7 let) 	Učí se užívat jazyk a vytváří objektivní reprezentace pomocí představ a slov. Myšlení je stále egocentrické: má obtíže s uvědomováním si názorů druhého. Třídí předměty podle jednoho rysu, například dává dohromady všechny červené hračky, nezávisle na jejich tvaru, nebo všechny kostky nezávisle na jejich barvě. *
3. <i>Stádium konkrétních operací</i> (7 – 12 let)	Dokáže logicky přemýšlet o objektech a událostech. Třídí předměty podle různých vlastností.
4. <i>Stádium formálních operací</i> (12 let a více)	Dokáže myslet logicky o abstraktních pojmech a systematicky testovat hypotézy.

* Předškolní dítě má sice vytvořen nějaký pojem trvalosti jednoho objektu v čase a prostoru, ale nemá vytvořen pojem trvalosti množiny předmětů. Většina pětiletých dětí věří tomu, že změna tvaru vede nezbytně ke změně množství, protože se jim to tak jeví. Předškolní dítě buď vnímá objekt globálně a nevšímá si jeho detailů, nebo je schopné zaměřit se na detail, obvykle nějaký hodně nápadný, a nebere v úvahu žádnou další vlastnost. Proto si nevšimne ani její změny. Pozornost dítěte je upoutána tím, co je nejnápadnější.

ZRALOST PRO ŠKOLU

Takový stupeň vývoje tělesných a duševních vlastností dítěte, který je nutným předpokladem úspěšného zvládnutí požadavků, které na dítě klade škola. Předpokladem je

- připravenost k přijetí úkolu
- rozlišení hry a práce
- vytrvalý způsob práce
- nezávislost na ustavičné péči rodiny

Zralost fyzická

Proběhla první tvarová proměna – posun proporcí, protažení končetin (Filipinská míra), ztráta zaoblenosti, delší krk, osifikace končetin, začátek výměny dentice – proces trvá asi rok, u děvčat probíhá dříve.

Měří 110 – 120 cm, váží 17 – 25 kg

Zralost poznávacích funkcí (kognitivní)

- Diferencované vnímání - přechod od celostního k analytickému pojetí, vnímání je ale dosud nepřesné, je doplňováno fantastickou syntézou. Postupně se zvyšuje objektivita vnímání, převaha respektování formy před barvou.
- Dovede chápat vztahy mezi věcmi jak prostorové, tak podřazenost a nadřazenost, dokáže vystihnout některé podstatné rysy, jimiž se věci od sebe odlišují, nalézá i jejich podobnosti.
- Analytické myšlení, tj. schopnosti postižení podstatných znaků a vztahů mezi jevy
- Převládající fantazie a subjektivnost v myšlení ustupují do pozadí, začíná převládat smysl pro realitu. Rozumový přístup ke skutečnosti, relativní oslabení významu fantazie
- Logické zapamatování
- Zájem o nové poznatky. Charakteristická je zvědavost, zájem o vše kolem.
- Ovládnutí odposlouchané hovorové řeči a schopnost chápání a užívání jiných symbolů jako předpoklad pro zvládnutí trivia. Vyjadřuje se v celých větách, celkem samostatně, plynule vypráví svoji zkušenost, zážitek.
- Mělo by mít navozenu správnou výslovnost.
- Základní početní představy
- Prostorová a pravolevá orientace
- Rozvinutí jemné motoriky ruky a vizuomotorická koordinace Ruka by měla být dostatečně bratná, aby pracovala v souladu se zrakem. Dítě by mělo umět správně držet tužku i křídlo.
- Kresba je v tomto období projevem vyspělosti – ukazuje, do jaké míry se dovede objektivně dívat na svět.
- Dobře se orientuje ve svém okolí. Zná přírodu, názvy zvířat, květin, stromů. Zná názvy a účel některých běžných materiálů a nástrojů.
- Rozlišuje barvy, vůně, chutě, zvuky.

Zralost v oblasti duševní práce schopnosti

- schopnost záměrné koncentrace pozornosti - soustředit se na úkol – i nepříliš zajímavý
- odolnost vůči rušivým vlivům vnějším i vnitřním
- odolnost vůči únavě
- předpoklady pro vytváření pracovních návyků

Zralost osobnosti

Emoční

- dosažení relativně lepší emocionální stability, méně impulzivních reakcí (sebeovládání)

- využití citové kapacity při motivování školního zaměstnání
- bez pocitů úzkosti a křivdy snést odloučení od rodičů a domova, od svých věcí, dosavadních návyků ...

Volní

- Zájem o zaměstnání s cílem (těžiště je ve výsledku, kterého lze dosáhnout jen usilovnou činností)

Sociální

- Dítě je vyrovnáno s poznáním, že není středem světa, naopak poznává, že svět klade požadavky – ne vždy příjemné.
- dítě má potřebu stýkat se s ostatními dětmi a podřizovat se zájmům a konvencím dětských skupin
- schopnost převzít sociální roli školáka v sociální situaci školního vyučování - z idylické role časného dětství, kdy bylo dítě hýčkáno a obdivováno, se nyní dostává do pozice, kdy je srovnáváno s vrstevníky, hodnoceno, kritizováno, musí se vyrovnat i s nezdary.
- Rodiče by měli zdůrazňovat, že školák má nejen povinnosti, ale i práva, výhody – nemusí po obědě spát, může být bez dozoru, počínat si samostatně, naučí se důležité věci – číst a psát.
- Přijímat vedení „cizích“ osob, podřizovat se příkazům, navazovat přiměřený kontakt – netykat, mít přirozený respekt, ale nebát se

11. Vývojové poruchy a zdravotní postižení u dětí raného věku

Typologie zdravotních postižení a vývojových poruch (např. PAS, ADHD, mentální postižení). Diagnostika, specifika a projevy.

1) Proč je důležité znát typy poruch a postižení v raném věku

V období raného a předškolního věku dochází k intenzivnímu rozvoji dítěte ve všech oblastech – **řeči, pohybu, emocích, myšlení i vztazích**. Právě v tomto období se často **začínají projevovat vývojové odchylky, poruchy a zdravotní postižení**, které mohou významně ovlivnit další vývoj, vzdělávání i kvalitu života dítěte.

Proč je důležité tyto poruchy včas rozpoznat?

- Rané období je období **nejvyšší neuroplasticity** – mozek dítěte se rychle přizpůsobuje, a tedy i **intervence má největší efekt**.
- Včasné rozpoznání obtíží vede k tomu, že dítě může **začít docházet na odbornou péči (logopedie, ergoterapie, speciální pedagog)** dříve, než se potíže zafixují.
- Umožňuje to **přizpůsobit výchovné a vzdělávací metody**, které dítěti skutečně pomohou.
- **Zamezí se sekundárním problémům**, jako je nízké sebevědomí, frustrace, negativní sociální zkušenosti.

Co vše může spadat pod vývojové poruchy a zdravotní postižení?

- Vývojové poruchy (např. poruchy autistického spektra, ADHD, specifické poruchy řeči a motoriky)
- Smyslová postižení (zrakové, sluchové)
- Tělesné postižení
- Mentální postižení
- Kombinovaná postižení
- Chronická onemocnění ovlivňující vývoj

Speciálněpedagogický přístup k těmto dětem je postaven na:

- **individualizaci** (každé dítě má jiné potřeby),
- **diagnostice silných a slabých stránek**,
- **respektu k vývojovému tempu dítěte**,
- **včasné podpoře a spolupráci s rodinou i odborníky**.

Znalost typologie poruch a schopnost rozpoznat jejich projevy je základem pro každého pedagoga v MŠ i pro poradenského pracovníka – umožňuje **zachytit potíže, správně reagovat a dítě efektivně podpořit**.

2) Rozdělení zdravotního postižení a vývojových poruch

Zdravotní postižení vs. vývojová porucha

Tyto pojmy se někdy překrývají, ale v praxi je důležité je **rozlišovat**:

- **Zdravotní postižení** = trvalé nebo dlouhodobé narušení zdraví, které významně ovlivňuje schopnost běžného fungování (např. sluchové postižení, mentální postižení, dětská mozková obrna).

- **Vývojová porucha** = porucha, která vzniká v raném vývoji (často neurovývojová), a ovlivňuje jednu nebo více oblastí (řeč, pozornost, socializace...). Často není spojena s jiným zdravotním problémem (např. ADHD, PAS, vývojová dysfázie).

Dítě může mít kombinaci obojího – např. dítě s PAS a mentálním postižením, nebo s tělesným postižením a dysfázií.

Základní členění zdravotního postižení a vývojových poruch v předškolním věku:

1. Mentální postižení

- Lehká, střední, těžká, hluboká forma (dle IQ a funkčních schopností)

2. Tělesné postižení

- Dětská mozková obrna, amputace, vrozené vývojové vady

3. Smyslová postižení

- Sluchové (nedoslýchavost, hluchota)
- Zrakové (slabozrakost, nevidomost)

4. Poruchy autistického spektra (PAS)

- Atypický autismus, dětský autismus, Aspergerův syndrom

5. ADHD / ADD

- Porucha pozornosti s hyperaktivitou / bez hyperaktivity

6. Specifické vývojové poruchy

- Vývojová dysfázie, dyspraxie, poruchy grafomotoriky
- Specifické poruchy učení (projevují se hlavně po nástupu do ZŠ, ale předstupen může být znatelný)

7. Kombinovaná postižení

- Např. mentální + smyslové postižení, tělesné + řečová porucha apod.

8. Děti se sociálním znevýhodněním nebo psychickou deprivací

- Nejde o postižení, ale **výrazně ovlivňuje vývoj dítěte** (zanedbávání, traumatizace, absence stimulace)

3) Tělesné postižení u dětí raného a předškolního věku

Charakteristika, projevy, diagnostika, podpora ve vzdělávání

1. Definice a charakteristika

Tělesné postižení je stav, kdy má dítě trvalé nebo dlouhodobé omezení v oblasti **pohybu, koordinace nebo ovládání těla** v důsledku poškození pohybového, nervového nebo svalového aparátu.

Může být:

- **vrozené** (např. dětská mozková obrna, spinální muskulární atrofie, amputace končetin),
- **získané** (např. po úrazu, infekci, nádoru).

Tělesné postižení **nemusí nutně ovlivňovat intelekt** – dítě může být jinak rozumově zcela v normě, ale potřebuje fyzickou, technickou nebo organizační pomoc.

2. Nejčastější příčiny a typy tělesného postižení:

- **Dětská mozková obrna (DMO)** – nejčastější neurologické postižení u dětí, porucha hybnosti vzniklá během porodu nebo krátce po něm.
- **Spinální muskulární atrofie (SMA)** – genetické onemocnění, postupně ochabují svaly.
- **Vrozené vývojové vady končetin nebo páteře**
- **Úrazy, amputace, operace páteře**
- **Svalová dystrofie (např. Duchennova)**

3. Typické projevy v raném věku:

- Pozdní nástup **plazení, sezení, chůze**
- Neobvyklé držení těla nebo končetin (např. spasticita – ztuhlost, hypotonie – ochablost)
- Jednostranné používání těla
- Obtíže s jemnou motorikou – úchop, manipulace s předměty
- Rychlejší únava, nižší pohybová výdrž
- Potřeba opory nebo asistence při pohybu

4. Diagnostika tělesného postižení:

- **Neurologické vyšetření** – u podezření na DMO nebo svalovou poruchu
- **Rehabilitační lékař, ortoped, fyzioterapeut**
- Posouzení hybnosti, napětí svalů, držení těla
- U genetických onemocnění: **genetické testy**
- Speciálněpedagogické vyšetření (pro zjištění dopadů na vzdělávání)

Diagnóza tělesného postižení bývá stanovena **v kojeneckém nebo batolecím věku**.

5. Specifika vzdělávání dítěte s tělesným postižením:

Co dítě potřebuje:

- **Bezbariérový přístup**, upravené prostředí ve školce
- **Pomůcky pro mobilitu** – chodítko, invalidní vozík, ortézy
- **Pomůcky pro jemnou motoriku** – speciální pastelky, nůžky, podložky
- **Častější přestávky**, vhodný režim s důrazem na odpočinek
- Pomoc asistenta pedagoga při pohybu, oblékání, hygieně
- **Respektující přístup k individuálnímu tempu dítěte**

Pedagogický přístup:

- Zapojení dítěte do všech činností podle možností (včetně pohybových)
- Posilování sebevědomí, motivace, autonomie
- Spolupráce s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, SPC

Příklad z praxe:

Holčička s lehčí formou DMO ve věku 4 let chodí s oporou a potřebuje pomoc při oblékání. Ve třídě má výškově nastavitelnou židličku a využívá pastelky s ergonomickým držákem. Pracuje s ostatními, ale úkoly má upravené na kratší dobu. Do třídy dochází ergoterapeut.

4) Zrakové postižení u dětí raného a předškolního věku

Charakteristika, projevy, diagnostika, podpora ve vzdělávání

1. Definice a charakteristika

Zrakové postižení je **trvalé nebo dlouhodobé poškození zrakových funkcí**, které ovlivňuje schopnost dítěte **vnímat, orientovat se, komunikovat a učit se prostřednictvím zraku**.

Děti se zrakovým postižením tvoří **různorodou skupinu** – postižení může být:

- **vrozené** (např. retinopatie nedonošených, albinismus, vrozený šedý zákal),
- **získané** (úrazy, záněty, nádory, neurologická onemocnění).

2. Typy zrakového postižení (dle funkční zrakové schopnosti):

Typ	Charakteristika
Slabozrakost	Výrazně snížená ostrost zraku, dítě ale zrak částečně využívá.
Těžce slabozraké dítě	Používá zrak jen omezeně, potřebuje speciální optické pomůcky.
Praktická nevidomost	Vnímání světla a tvarů, využívá hlavně sluch a hmat.
Úplná nevidomost	Bez zrakového vnímání – orientace a vzdělávání probíhá pomocí hmatu a sluchu.

3. Typické projevy v raném věku:

- Dítě **nereaguje na zrakové podněty**, nesleduje hračky, neotáčí se za obličejem
- Neorientuje se dobře v prostoru, **zakopává, naráží**
- Potíže s jemnou motorikou (vázaná na zrakovou kontrolu)
- Slabá oční koordinace (přeskakování očí, šilhání)
- Pomalé osvojování pojmů, nejasné vnímání detailů
- Strach z prostoru, změn, nejistota v novém prostředí

4. Diagnostika zrakového postižení:

- Oční lékař (oftalmolog), neurolog
- Funkční diagnostika zraku – posouzení, jak dítě používá zrak v běžných činnostech
- Doplnkové vyšetření ve **Speciálněpedagogickém centru pro zrakově postižené (SPC)**

5. Specifika vzdělávání dítěte se zrakovým postižením:

Co dítě potřebuje:

- **Zvětšené obrázky, písmo, výrazné kontrasty**
- **Speciální optické a elektronické pomůcky** (lupy, CCTV, braillové pomůcky)

- Hmatové a zvukové pomůcky – reliéfní knihy, zvukové hry, hmatové pexeso
- Stabilní a přehledné prostředí (neměnit rozmístění předmětů bez přípravy)
- Práce s modelem, konkrétními předměty, 3D objekty

Pedagogický přístup:

- Multismyslový přístup (zapojení sluchu, hmatu)
- Názornost pomocí reálných objektů, nikoli pouze obrázků
- Popisování prostředí a činností – „mluvení o všem, co děláme“
- Spolupráce s tyflopedem a SPC
- Zapojení asistenta pedagoga dle potřeby

Příklad z praxe:

Tříletý chlapec se slabozrakostí používá ve třídě lupu, pracuje s kontrastními kartičkami a má pracovní místo poblíž okna. Orientaci ve školce zvládá díky tréninku a opakováním. Učitelka mu připravuje hmatové pomůcky a komentuje všechny činnosti slovně.

5) Sluchové postižení u dětí raného a předškolního věku

Charakteristika, projevy, diagnostika (včetně metod), podpora ve vzdělávání

1. Definice a charakteristika

Sluchové postižení označuje trvalé nebo dlouhodobé poškození sluchu, které dítěti **znepřístupňuje nebo omezuje vnímání zvuků a mluvené řeči**. Vede ke ztíženému vývoji:

- **řeči a komunikace,**
- **kognitivních dovedností,**
- **sociálního kontaktu.**

Může být:

- **vrozené** (např. genetické příčiny, infekce během těhotenství),
- **získané** (např. záněty, úrazy, ototoxické léky).

2. Typy podle rozsahu sluchové ztráty (dle WHO):

Typ	Ztráta v dB	Charakteristika
Lehká	26–40 dB	Obtíže při vnímání tiché řeči, šumu
Střední	41–60 dB	Nerozumí běžné řeči bez sluchadla
Těžká	61–80 dB	Vnímá pouze hlasité zvuky, potřebuje výraznou kompenzaci
Hluboká / hluchota	> 81 dB	Nerozumí řeči ani při zesílení, využívá alternativní komunikaci

3. Typické projevy v raném věku

- Dítě **nereaguje na jméno**, zvuky v okolí, neotáčí se za hlasem
- Opožděný nebo chybějící vývoj řeči
- Potíže s artikulací a porozuměním
- Při hře si mluví „pro sebe“, ale nesdílí komunikaci
- Zhoršené soustředění, nejistota ve skupině

- Silná potřeba vizuální opory (gesta, mimika, obrázky)

4. Diagnostika sluchového postižení

A) Lékařská diagnostika:

Provádí ORL lékař a foniatr.

Konkrétní metody:

- **OAE (otoakustické emise)** – pro novorozence, zjistí přítomnost sluchových funkcí vnitřního ucha
- **BERA (auditory brainstem response)** – objektivní metoda, testuje odpovědi sluchového nervu
- **Audiometrie** – orientační i přesná měření (např. tonální audiogram)
- **Tympanometrie** – test funkce středního ucha (např. při opakovaných zánětech)

B) Speciálněpedagogická diagnostika:

Provádí speciální pedagog – surdoped, případně SPC pro sluchově postižené.

Konkrétní nástroje:

- **Pozorování komunikace dítěte** v různých situacích
- **Záznam vývoje řeči a porozumění** (např. Hodnocení vývojové úrovně jazyka)
- **Dotazník komunikace** pro rodiče (např. MB-CDI – MacArthur-Bates)
- Posouzení potřeby AAK (např. VOKS, piktogramy)

5. Specifika vzdělávání dítěte se sluchovým postižením:

Co dítě potřebuje:

- **Sluchadlo, kochleární implantát, FM systém**
- **Vizuální opory** – piktogramy, obrázkové scénáře, gesta, znak do řeči
- **Zrakový kontakt, blízký prostor při komunikaci**
- Vhodné akustické podmínky (méně hluku, dobrá srozumitelnost)
- Podpora AAK, nácvik sociálních situací

Pedagogický přístup:

- Zpomalené tempo řeči, důraz na mimiku a gesta
- Práce v menších skupinách
- Zařazení znakového jazyka (např. LORM, ZJ)
- Spolupráce s logopedem a SPC
- Možnost IVP a asistenta pedagoga

Příklad z praxe:

Dívka s těžkou nedoslýchavostí používá sluchadla a FM systém. V MŠ má denní režim znázorněný piktogramy, běžně komunikuje pomocí znaků v českém znakovém jazyce. Je zařazena do běžné třídy, kde pracuje s pomocí AP. Učitelka používá při mluvení pomalou a výraznou artikulaci.

6) Kombinovaná postižení u dětí raného a předškolního věku

Charakteristika, projevy, diagnostika (včetně metod), podpora ve vzdělávání

1. Co jsou kombinovaná postižení?

Kombinované postižení znamená, že dítě má **více než jeden typ zdravotního postižení současně** – například:

- tělesné + mentální postižení,
- zrakové + sluchové postižení (tzv. hluchoslepota),
- mentální postižení + PAS,
- těžké pohybové postižení + porucha komunikace.

Každé postižení ovlivňuje dítě jinak – ale **v kombinaci se nároky výrazně zvyšují**, zejména na:

- péči a vzdělávání,
- diagnostiku,
- komunikaci,
- adaptaci prostředí.

2. Typické kombinace postižení:

Kombinace	Příklad
Mentální + tělesné	Dítě s DMO a středně těžkým mentálním postižením
Sluchové + mentální	Dítě s vrozenou hluchotou a poruchou porozumění
Zrakové + mentální	Dítě s nevidomostí a mentálním postižením
Zrakové + sluchové	Dítě s hluchoslepotou (např. CHARGE syndrom)
PAS + tělesné	Dítě s autismem a poruchou chůze (např. svalová dystrofie)
Mentální + PAS	Dítě s těžkým autismem a výrazným opožděním vývoje

3. Typické projevy v raném věku:

- Velké zpoždění ve vývoji (motorika, řeč, sebeobsluha)
- Nízká míra interakce s okolím
- Omezené možnosti komunikace
- Obtíže s reakcemi na podněty (přecitlivělost nebo hyporeaktivita)
- Časté výbuchy emocí, neklid, nebo naopak pasivita
- Potřeba komplexní péče – krmení, hygienická asistence, manipulace s tělem

4. Diagnostika kombinovaných postižení

Diagnostika je vždy **multidisciplinární** – probíhá ve spolupráci:

- pediatr, neurolog, foniatr, oftalmolog,
- psycholog (např. orientační testy rozumových schopností),
- speciální pedagog (funkční diagnostika),
- fyzioterapeut, ergoterapeut.

Konkrétní metody a nástroje:

- **PEP-R** – Psychoedukační profil (zejména u dětí s PAS a kombinovaným postižením)
- **Vineland Adaptive Behavior Scales** – hodnocení adaptivního chování
- **Korespondenční dotazníky** (např. Schopnosti dítěte – záznam pro rodiče)
- **Kombinovaná pozorování** – hra, sebeobsluha, řeč, motorika
- **Záznam o potřebách podpory (tzv. Funkční diagnostika)** – SPC

5. Specifika vzdělávání a podpory dítěte s kombinovaným postižením

Co dítě potřebuje:

- **Maximální individualizaci a zpomalené tempo**
- **Alternativní formy komunikace** – AAK (obrázky, piktogramy, předměty)
- **Senzorická stimulace** – hmat, sluch, pohyb, vůně, barvy
- **Zásadní spolupráce celého týmu** – SPC, rodina, AP, odborníci
- **Asistence** – často nejen pedagogická, ale i zdravotní

Vzdělávací možnosti:

- Speciální MŠ / třídy MŠ zřízené při SPC nebo speciální škole
- Programy s nižšími nároky (RVP ZŠ speciální)
- Využívání Snoezelenu, bazální stimulace, VOKS, jednoduchých rozvrhů

Příklad z praxe:

Dítě s hluchoslepotou a těžkou DMO ve věku 4 let je vzděláváno v rámci speciální třídy. Komunikuje pomocí předmětové komunikace (předměty denní potřeby) a vibračních pomůcek. Má zajištěnou asistenci, pravidelnou ergoterapii a fyzioterapii.

7) Poruchy autistického spektra (PAS) u dětí raného a předškolního věku

Charakteristika, projevy, diagnostika (včetně metod), podpora ve vzdělávání

1. Co je PAS?

Porucha autistického spektra (PAS) je neurovývojová porucha, která ovlivňuje:

- **sociální interakce a komunikaci,**
- **způsob myšlení a zpracování informací,**
- **chování, zájmy a vnímání světa.**

PAS má **široké spektrum projevů** – od lehkých forem (např. Aspergerův syndrom) po těžké formy s mentálním postižením. Příčiny nejsou zcela objasněné, ale **významnou roli hraje genetika a neurobiologický vývoj.**

2. Typické projevy v raném věku:

Sociální oblast:

- Dítě neudrží oční kontakt, neukazuje, neimituje
- Neprojevuje zájem o druhé děti
- Nereaguje na jméno, nevyhledává společnou činnost

- Nehraje si „jakože“, nerozumí sociálním pravidlům

Komunikační oblast:

- Zpožděný vývoj řeči nebo žádná řeč
- Echolálie – opakuje slyšené bez porozumění
- Nerozumí pokynům, používá řeč nefunkčně
- Nevyužívá mimiku a gesta k dorozumívání

Chování a smyslové vnímání:

- Stereotypní pohyby (mávaní rukama, točení)
- Fixace na předměty, záliba v detailech
- Odpor ke změnám – rutina, rituály
- Přecitlivělost nebo snížená citlivost na zvuky, dotek, světlo

3. Diagnostika PAS – konkrétní metody:

Diagnostika je **komplexní a multidisciplinární** (psycholog, psychiatr, neurolog, SPC).

A) Screening (rané zachycení):

- **M-CHAT-R/F** – dotazník pro rodiče dětí od 16 do 30 měsíců
- **CSBS-DP** – škála komunikace a symbolického chování

B) Specializované nástroje:

- **ADOS-2** (*Autism Diagnostic Observation Schedule*) – standardizované pozorování dítěte v různých situacích
- **ADI-R** (*Autism Diagnostic Interview – Revised*) – strukturovaný rozhovor s rodičem
- **GARS-3** (*Gilliam Autism Rating Scale*) – škálové hodnocení chování
- **PEP-R** – Psychoedukační profil pro hodnocení vývojových schopností

C) Neurologické vyšetření, EEG, MRI – při podezření na souběžné neurologické problémy

4. Specifika vzdělávání a podpory dítěte s PAS:

Co dítě potřebuje:

- **Jasnou strukturu dne**, vizuální rozvrh, opakování
- **Vizuální komunikaci** – piktogramy, obrázky, VOKS, PECS
- **Podporu při přechodech a změnách** (upozornění, příprava)
- **Podnětově upravené prostředí** (snížený hluk, klidový koutek)
- **Trpělivý a empatický přístup**, respekt k individuálním potřebám

Pedagogický přístup:

- **Jednoduché, konkrétní instrukce**
- Pomalejší tempo, **krátké úkoly s přestávkami**
- Podpora rozvoje sociálních dovedností skrze modelové situace
- Spolupráce s rodiči, SPC a terapeuty (např. ABA, logoped, ergoterapeut)
- Často doporučeno **zařazení asistenta pedagoga**

Příklad z praxe:

Čtyřletý chlapec s PAS komunikuje pomocí piktogramů, nerozumí mluveným pokynům. Při vstupu do školky sleduje svůj denní plán na magnetické tabuli. Ve třídě má své pracovní místo s minimem rušivých podnětů. Pracuje po malých blocích, přestávky tráví v klidové zóně.

8) ADHD / ADD u dětí raného a předškolního věku

Charakteristika, projevy, diagnostika (včetně metod), podpora ve vzdělávání

1. Co je ADHD a ADD?

ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) je **neurovývojová porucha** projevující se narušením:

- **pozornosti,**
- **impulzivity,**
- **motorické aktivity (hyperaktivita).**

ADD je forma bez hyperaktivity – převládá **porucha pozornosti** (často méně nápadná, častější u dívek).

Jde o funkční poruchu **činnosti centrální nervové soustavy** – dítě **není „zlobivé“ schválně**, má objektivní obtíže s řízením pozornosti a chování.

2. Typické projevy v raném a předškolním věku:

Porucha pozornosti:

- Dítě je **roztržité**, nesoustředí se na činnost
- Neudrží pozornost při hře nebo zadání
- Snadno se rozptýlí okolím
- Nedokončuje úkoly, **přeskočí od jedné činnosti k jiné**

Hyperaktivita:

- Nezvládá klidové aktivity – stále se pohybuje, vrtí se, skáče
- Mluví hodně, hlasitě, přerušuje ostatní
- Působí dojem „nevyčerpatelného dítěte“

Impulzivita:

- Jedná bez rozmyslu, často přerušuje hru druhých
- Často křičí, vybuchne, snadno se rozčílí
- Nedokáže čekat na řadu, porušuje pravidla

Projevy se **nesmí zaměňovat s běžnou dětskou živostí** – ADHD výrazně narušuje každodenní fungování.

3. Diagnostika ADHD / ADD – konkrétní metody:

Diagnostika je možná **nejdříve kolem 5. roku**, ve spolupráci s:

- dětským psychiatrem, neurologem, klinickým psychologem, SPC.

A) Pozorování v různých prostředích:

- Běžné aktivity v MŠ, strukturované úkoly, sociální situace

B) Dotazníky a škály:

- **Conners Rating Scales – CPRS, CTRS** – hodnocení chování učitelem a rodičem
- **Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale**
- **Dotazník BRIEF-P** – posouzení exekutivních funkcí

C) Neuropsychologické vyšetření (při pochybnostech):

- orientační testy pozornosti, pracovní paměti, reakčního času

4. Specifika vzdělávání dítěte s ADHD / ADD:

Co dítě potřebuje:

- **Krátké a jasné instrukce**, jeden úkol v jeden čas
- Časté přestávky, **možnost pohybu**
- Režim dne s **pevnou strukturou**
- **Podpora při organizaci** (piktogramy, časovač)
- Ocenění i za malý pokrok, pozitivní posilování
- Vhodná práce s emocemi a impulzy (např. klidový koutek)

Pedagogický přístup:

- Pomalejší tempo, opakování pokynů
- Méně rušivé prostředí, možnost separátního pracovního místa
- Důsledná, laskavá pravidla
- Spolupráce s psychologem, SPC, rodiči
- Možnost IVP a AP (zejména při těžší formě)

Příklad z praxe:

Pětiletý chlapec s ADHD má v MŠ určený pevný denní režim vyznačený obrázky. Při činnostech sedí blízko učitelce, úkoly má rozděleny do menších částí. Má možnost krátkých pohybových přestávek, používá zvýkací pomůcku a časovač. Učitelka používá pozitivní motivaci a předvídatelné hranice.

9) Mentální postižení – typy, projevy a diagnostika

Co je mentální postižení?

Mentální postižení (dnes se častěji používá termín *mentální retardace*, *intelektové postižení* nebo *porucha intelektu*) je stav charakterizovaný:

- **výrazně podprůměrnými rozumovými schopnostmi (IQ < 70)**
- a současně **omezením v adaptivním chování** – tedy v oblastech:
 - komunikace,
 - sebeobsluhy,
 - sociálních dovedností,

- učení a hry.

Postižení vzniká v **raném vývoji** a přetrvává po celý život.

Typy mentálního postižení (dle hloubky):

Typ	IQ	Charakteristika
Lehká forma (LMP)	50–69	Dítě se učí pomaleji, zvládá základní komunikaci, potřebuje více podpory, ale může být částečně samostatné.
Středně těžká forma	35–49	Výrazně omezené kognitivní schopnosti, řeč je opožděná, obtíže v sebeobsluze.
Těžká forma	20–34	Omezený rozvoj řeči a samostatnosti, většinou nutná celodenní péče.
Hluboká forma	pod 20	Minimální rozvoj, těžké kombinované postižení, závislost na péči.

Typické projevy u dítěte v předškolním věku:

Kognitivní oblast:

- Dítě se učí **pomaleji než vrstevníci**, má potíže s pamětí a porozuměním
- Slabší rozvoj **pojmového myšlení, počtů, barvy, tvarů**
- Omezená schopnost **řešit problém nebo pochopit novou situaci**

Řeč a komunikace:

- Řeč se vyvíjí později, bývá **jednodušší, často neúplná**
- Porozumění je oslabené, dítě **nerozumí složitějším větám**
- Omezená slovní zásoba, často používá gesta

Hra a sociální oblast:

- Hra bývá jednoduchá, mechanická, **málo tvořivá**
- Potíže s navazováním kontaktů, **sociální dovednosti neodpovídají věku**
- Dítě bývá **snáze unavitelné**, potřebuje častější přestávky

Sebevědomí a samostatnost:

- Nízce rozvinutá **sebeobsluha** (oblékání, hygiena, stolování)
- Často vyžaduje **více podpory při běžných činnostech**

Diagnostika mentálního postižení:

- Stanovení diagnózy je úkolem **dětského psychologa nebo psychiatra**
- Využívá se **psychologické testování IQ** (např. WPPSI, Stanford-Binet)
- Důležitá je také **pozorovací diagnostika adaptivního chování**
- Diagnózu lze u mírnějších forem potvrdit obvykle až po 5. roce věku

Podpora a vzdělávání dítěte s mentálním postižením:

- Dítě potřebuje **strukturované, opakované a názorné učení**

- Využívají se **obrázky, piktogramy, konkrétní předměty**
- Je nutné **individuální tempo a přístup**, často IVP a podpora AP
- V MŠ může dítě navštěvovat **speciální třídu**, případně MŠ při SPC

Příklad z praxe:

Dítě s lehkým mentálním postižením ve věku 5 let rozumí jednoduchým pokynům, ale má potíže s prostorovou orientací a neudrží pozornost déle než 5 minut. Komunikuje krátkými větami, neumí se samostatně obléknout. Ve třídě pracuje podle obrázkového plánu, úkoly jsou rozděleny do jednotlivých kroků.

10) Další časté poruchy v raném dětství

(vývojová dysfázie, dyspraxie, poruchy attachmentu, poruchy smyslového zpracování)

Vývojová dysfázie (vývojová porucha řeči)

Co to je?

- Specifická porucha vývoje jazyka.
- Není způsobena mentálním postižením ani sluchovou vadou.
- Dítě má výrazné obtíže v **porozumění, vyjadřování i tvorbě gramaticky správných vět.**

Projevy:

- Pozdní nástup řeči (často první slova až po 2. roce)
- Chudá slovní zásoba, nesprávná gramatika („já jít ven auto“)
- Obtíže v porozumění pokynům
- Narušená výslovnost, častá frustrace z nepochopení

Diagnostika:

- Logopedické vyšetření, případně neurolog
- Dlouhodobé sledování jazykového vývoje

Vzdělávací potřeby:

- Individuální logopedická péče, zjednodušená komunikace
- Podpora porozumění obrázky, gesty, piktogramy
- Návětr porozumění a vyjadřování hrou

Dyspraxie (vývojová porucha motoriky, někdy DCD – porucha koordinace pohybů)

Co to je?

- Dítě má potíže **naplánovat, koordinovat a vykonat pohybový úkol.**
- Ovlivňuje jemnou i hrubou motoriku (kreslení, běhání, oblékání).

Projevy:

- Neohrabanost, narážení do věcí, potíže s rovnováhou
- Problémy s grafomotorikou, střiháním, navlékáním korálků
- Dítě často nechce kreslit nebo stavět

- Pomalejší učení se běžným činnostem (např. oblékání, jízda na kole)

Diagnostika:

- Speciální pedagog, ergoterapeut, neurolog

Vzdělávací potřeby:

- Ergoterapie, senzomotorické pomůcky (balónky, navlékadla)
- Podpora při sebeobsluze, zjednodušené úkoly
- Povzbuzování a pozitivní motivace

Poruchy attachmentu (vazby)

Co to je?

- Emoční a vztahová porucha vznikající v důsledku **nedostatečné nebo narušené vazby mezi dítětem a pečující osobou** (např. při zanedbávání, střídání pěstounů, hospitalizacích apod.)

Projevy:

- Neschopnost navázat bezpečný vztah s dospělým
- Buď extrémně závislé, nebo naopak vzdorovité, emočně odtažené
- Časté změny nálady, potíže s důvěrou, projevy úzkosti nebo agrese

Diagnostika:

- Klinický psycholog, dětský psychiatr

Vzdělávací potřeby:

- Stabilní prostředí, důvěryhodná osoba (klíčová učitelka)
- Práce na emocích – pojmenovávání, dramatizace, rituály
- Důraz na bezpečí a předvídatelnost

Poruchy smyslového zpracování (senzorická integrační dysfunkce)

Co to je?

- Mozek dítěte má problém **správně zpracovávat smyslové podněty** – zvuky, doteky, pohyby, světlo.

Projevy:

- Přecitlivělost na hluk, světlo, dotek (nebo naopak netečnost)
- Potřeba stále se hýbat, točit, skákat
- Obtíže s pozorností, podrážděnost, přetížení

Diagnostika:

- Ergoterapeut se zaměřením na senzomotoriku

Vzdělávací potřeby:

- Pravidelný režim, senzomotorické aktivity (Snoezelen, „klidový koutek“)
- Zátěžové pomůcky, sluchátka proti hluku, vibrační hračky
- Pochopení a respekt k individuálním senzorickým potřebám

Tyto poruchy **nemusí být na první pohled viditelné**, ale mají **zásadní vliv na chování a vzdělávání dítěte**. Včasné rozpoznání a podpora dítěte může výrazně zlepšit jeho fungování ve školce i doma.

11) Specifika vzdělávání dětí s vývojovými poruchami a zdravotním postižením

Obecné principy vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP):

1. **Individualizace výuky** – každé dítě potřebuje přístup šitý na míru jeho schopnostem, možnostem a potřebám.
2. **Strukturované prostředí** – děti potřebují předvídatelnost, řád a jasně daná pravidla (zejména u PAS, ADHD).
3. **Multismyslový přístup** – zapojení více smyslů při učení (zrak, sluch, hmat, pohyb) zvyšuje efektivitu.
4. **Názornost a konkrétnost** – děti s poruchami často nerozumí abstraktním pojmům.
5. **Podpora komunikace** – využití alternativní a augmentativní komunikace (AAK), piktogramů, gest, tabletů.
6. **Dostatek času** – dítě potřebuje delší čas na zpracování informací a dokončení činnosti.
7. **Spolupráce s rodinou a týmem odborníků** – kontinuita podpory v MŠ i doma je klíčová.

Vzdělávací možnosti pro děti s vývojovými poruchami:

Běžná MŠ s podpůrnými opatřeními:

- Dítě může být vzděláváno v běžné třídě, pokud mu to jeho stav umožňuje.
- Škola zajišťuje **individuální vzdělávací plán (IVP)**, případně **asistenta pedagoga**.
- Zapojení poradenského pracoviště (SPC, PPP) je podmínkou podpůrných opatření vyššího stupně.

Speciální třída v MŠ:

- Např. **logopedická, pro děti s PAS, s více vadami**.
- Menší kolektiv, více podpory, úprava obsahu a tempa výuky.

Speciální MŠ (MŠ při SPC nebo při ZŠ speciální):

- Pro děti s těžším postižením, které vyžadují intenzivní speciálněpedagogickou péči.
- Pracuje zde tým odborníků (spec. pedagog, logoped, fyzioterapeut, AP...).

Podpůrná opatření v MŠ (dle vyhlášky č. 27/2016 Sb.):

Stupeň podpory

Příklady opatření

- | | |
|--------------|--|
| 1. stupeň | úprava komunikace, výukových metod, pravidel |
| 2.–3. stupeň | IVP, spolupráce s poradenským zařízením, AP |
| 4.–5. stupeň | využití speciálních pomůcek, přímá podpora SPC, speciální programy |

Praktické principy práce s dítětem se SVP:

- Místo „učíme tě to, co ostatní“ → „**učíme tě způsobem, který tobě nejvíce vyhovuje**“.
- Důležitá je **motivace, úspěch a pozitivní posilování** – děti se SVP často zažívají neúspěch.
- **Pravidelné vyhodnocování pokroku** – ne kvůli známkám, ale pro další plánování podpory.

12) Význam včasné diagnostiky a multidisciplinární spolupráce

Proč je včasná diagnostika tak důležitá?

- **Mozek dítěte je v předškolním věku nejvíce tvárný** – říkáme tomu *vývojová plasticita*.
- Čím dříve se problém odhalí, tím **dříve lze zahájit intervenci**, která může výrazně ovlivnit vývoj.
- Pomáhá **předejít zafixování nefunkčních vzorců chování** (např. úniky, vzdor, regres).
- Zabraňuje nesprávnému hodnocení dítěte jako „zlobivé“, „hloupé“, „nevyzrálé“.
- Uspadňuje **přechod do školy** – dítě má již zavedenou podporu a pedagogové jsou připraveni.

Co přináší včasná diagnostika dítěti?

- Pochopení jeho silných a slabých stránek
- Přiměřenou edukaci a podporu (nepřetěžování / nepodceňování)
- Přístup k odborné péči – logoped, psycholog, raná péče, SPC
- Klidnější rodinné prostředí – rodiče rozumějí tomu, co se děje
- Vyšší šance na **začlenění do kolektivu a úspěšné vzdělávání**

Multidisciplinární spolupráce – kdo se na diagnostice a podpoře podílí:

Odborník	Role
Speciální pedagog	Pozorování, práce s dítětem, IVP, metodická podpora učitele
Psycholog (PPP/SPC)	Diagnostika vývoje, chování, kognitivní úroveň
Logoped	Diagnostika a rozvoj řeči, komunikace
Pediatr / neurolog / psychiatr	Zdravotní diagnóza, léčba, posudky
Raná péče / sociální služby	Podpora rodiny, práce v domácím prostředí
Asistent pedagoga	Každodenní pomoc dítěti ve třídě

Spolupráce mezi pedagogy, odborníky a rodiči je **základem funkční podpory** dítěte. Každý zúčastněný přináší jiný pohled a odborné zázemí.

Příklad z praxe:

Učitelka MŠ si všímá, že čtyřletý chlapec má potíže s porozuměním a neumí navazovat kontakt. Rodiče dostanou doporučení na logopeda a SPC. Díky včasné diagnostice je dítě zařazeno do logopedické péče a vytvořen IVP. Do třídy dochází asistent, který pomáhá při adaptaci a komunikaci.

12. Metody diagnostiky a hodnocení vývoje dítěte se zdravotním postižením

Používané diagnostické nástroje a metody hodnocení vývojové úrovně. Etické aspekty a specifika diagnostiky dětí s postižením.

1) Cíl a význam diagnostiky u dětí se zdravotním postižením

Diagnostika je základním nástrojem, který umožňuje **poznat dítě a porozumět jeho individuálním potřebám**. U dětí se zdravotním postižením nebo vývojovou poruchou má diagnostika **klíčový význam** – nejen pro odhalení problému, ale hlavně pro **plánování efektivní podpory, vzdělávání a spolupráce s rodinou**.

Hlavní cíle diagnostiky v kontextu speciální pedagogiky:

1. **Zjištění vývojové úrovně dítěte** – identifikace oblastí, ve kterých dítě zaostává nebo naopak vyniká.
2. **Rozpoznání typu a rozsahu postižení** – např. smyslové, mentální, pohybové, vývojová porucha.
3. **Plánování podpůrných opatření** – návrh IVP, potřeba asistenta pedagoga, úpravy výuky.
4. **Včasná intervence** – čím dříve je porucha zachycena, tím dříve lze efektivně pomoci.
5. **Dlouhodobé sledování vývoje dítěte** – posouzení pokroku a účinnosti podpory.
6. **Spolupráce s dalšími odborníky a rodinou** – jednotný přístup všech zúčastněných.

Význam diagnostiky u dětí se SVP:

- Pomáhá **odlišit postižení od vývojové nezralosti** nebo nepodnětného prostředí.
- Umožňuje vytvořit **vhodné vzdělávací prostředí** a cílenou podporu.
- Poskytuje **rodičům porozumění a návod**, jak s dítětem pracovat doma.
- Snižuje riziko **druhotných problémů** – např. selhání ve škole, negativní sebehodnocení, sociální izolace.

Diagnostika není cílem sama o sobě – **jejím smyslem je porozumění dítěti a zajištění co nejlepšího rozvoje jeho potenciálu**. U dětí se zdravotním postižením je to zvláště důležité, protože jejich projevy mohou být netypické a snadno zaměnitelné.

2) Specifika diagnostiky dětí se zdravotním postižením

Diagnostika dětí se zdravotním postižením je **výrazně odlišná** od diagnostiky běžně se vyvíjejících dětí. Vyžaduje **individuální přístup, speciální metody a hlubší porozumění tomu, jak se může postižení promítat do vývoje a chování**.

Na co si musí diagnostik dávat pozor?

1. **Projevy dítěte nemusí odpovídat skutečné úrovni schopností**
– např. dítě s těžkou poruchou řeči může působit jako mentálně opožděné, ale má v pořádku intelekt.
2. **Dítě může být unavené, nejisté, neschopné spolupráce**
– zejména u dětí s ADHD, PAS, mentálním nebo kombinovaným postižením.
3. **Standardizované testy nejsou vždy vhodné**
– u dětí s postižením je často potřeba využívat alternativní nebo upravené nástroje, **funkční diagnostiku**.
4. **Je třeba znát limity postižení**
– co dítě opravdu nemůže (kvůli postižení), a co se může zlepšit učením nebo tréninkem.

Specifika podle typu postižení:

Mentální postižení:

- Dítě se učí pomaleji, je třeba opakovat a sledovat porozumění.
- Diagnostické nástroje musí být **konkrétní, vizuální a jednoduše strukturované**.

Tělesné postižení:

- Může být ovlivněna manipulace, proto je nutné **nezaměňovat motorická omezení za intelektové**.
- Testy mohou být upraveny – např. odpovědi ukazováním nebo pomocí pomůcek.

Smyslové postižení (zrak/sluch):

- Dítě nemusí rozumět zadání – diagnostik musí využít alternativní formy (gesta, hmat, znaky).
- Důležité je znát **zbytkové funkce sluchu nebo zraku**.

Poruchy autistického spektra (PAS):

- Nutné vytvořit **klidné, strukturované prostředí**, omezit rušivé podněty.
- Hodnotí se chování v přirozené interakci – přímé testování nemusí být spolehlivé.

ADHD a poruchy pozornosti:

- Dítě má problém s udržení pozornosti – diagnostické úkoly by měly být **krátké a atraktivní**.
- Diagnostika by měla probíhat opakovaně, v různých situacích.

Zásady práce s dítětem při diagnostice:

- **Předvídatelnost, klid a jasné instrukce**
- Důraz na **pozitivní vztah a důvěru**
- Možnost zapojit **rodiče jako průvodce i zdroj informací**
- **Individuální tempo a forma spolupráce** – nemusí být zjevné při první schůzce

Diagnostika dítěte s postižením **není jednorázový úkon** – je to **proces**, který vyžaduje trpělivost, odbornost a empatii.

3) Typy a fáze diagnostiky dítěte se zdravotním postižením

Diagnostika v oblasti speciální pedagogiky je **multidisciplinární proces**. Probíhá **dlouhodobě**, často v několika fázích, a zapojují se do ní různí odborníci podle typu potíží dítěte.

Typy diagnostiky podle oblasti:

A) Pedagogická diagnostika

→ provádí učitel(ka) MŠ, speciální pedagog

- Pozorování chování, dovedností, komunikace, sociálního fungování
- Hodnocení pokroku, samostatnosti, sebeobsluhy, hry
- Záznamy do **pedagogické diagnostiky dítěte** (např. vstupní hodnocení, vývojové mapy)

Cíl: **rozpoznání vývojových rizik**, plánování podpory ve školce, vytvoření IVP

B) Psychologická diagnostika

→ provádí školní psycholog, psycholog v PPP nebo SPC

- Hodnocení kognitivních funkcí, pozornosti, paměti, emocí
- Orientační testy IQ, temperamentu, školní zralosti
- Diagnóza vývojových poruch (ADHD, PAS, dysfázie apod.)

Cíl: **určení vývojové úrovně** dítěte, doporučení podpory a dalších vyšetření

C) Lékařská (klinická) diagnostika

→ provádí pediatr, neurolog, foniatr, oftalmolog, psychiatr

- Stanovení zdravotního postižení, lékařská diagnóza
- Testy sluchu, zraku, neurologické vyšetření, EEG, MRI
- U poruch autistického spektra – dětský psychiatr, neurolog

Cíl: **zjištění zdravotního stavu a typu postižení**, případně přidělení statutu OZP

D) Speciálněpedagogická diagnostika

→ provádí SPC, raná péče, logoped, tyflopéd, surdopéd

- Hodnocení vývojové úrovně v oblastech: řeč, motorika, sebeobsluha
- Testování speciálních dovedností, např. orientace nevidomých dětí, sluchová percepce
- Posouzení vhodnosti pomůcek, AAK (alternativní komunikace), IVP

Cíl: **návrh vzdělávacího plánu, podpůrných opatření a terapie**

Fáze diagnostického procesu:

Fáze	Obsah
1. Vstupní fáze	Sběr informací – rozhovor s rodiči, pozorování, anamnéza
2. Diagnostické hodnocení	Použití nástrojů – testy, pozorování, dotazníky
3. Interpretace a závěry	Vyhodnocení výsledků, stanovení hypotéz nebo diagnózy
4. Návrh podpory / intervence	Doporučení podpůrných opatření, IVP, odborníků
5. Průběžné hodnocení	Sledování vývoje dítěte, úpravy plánu, spolupráce s týmem

Diagnostika je **proces – ne jednorázové testování**. Je nutné s dítětem pracovat dlouhodobě, v různých situacích a s ohledem na jeho potřeby i silné stránky.

4) Diagnostické nástroje a metody hodnocení vývoje dítěte

Pozorování a záznamy

Pozorování je základní a neinvazivní metoda vhodná pro **všechny děti**, včetně těch s těžkým nebo kombinovaným postižením.

Metody:

- **Volné pozorování** – běžná interakce, hra, řešení úkolu
- **Strukturované pozorování** – cílené hodnocení (např. adaptace, sociální chování)
- **Záznamové archy** – např. *Vývojové tabulky*, *Schopnosti dítěte*, *Záznam o pokroku dítěte v MŠ*

Hodnotí se:

- úroveň hry, interakce, pozornosti, jemné a hrubé motoriky, sebeobsluhy

Rozhovor a anamnéza

Slouží k získání informací od rodičů nebo pečovatelů – důležité u dětí, které **neumí verbálně komunikovat**.

Co zjišťujeme:

- vývojová anamnéza (těhotenství, porod, milníky)
- zdravotní stav, sociální zázemí
- rodinné rituály, stresory, zkušenosti s komunikací

Vývojové testy a škály

Používají se k orientačnímu i hlubšímu posouzení vývoje v různých oblastech (kognitivní, motorické, sociální, jazykové aj.).

Konkrétní nástroje:

Nástroj	Popis	Využití
Denver II	Vývojový screening (0–6 let)	Posouzení milníků v 5 oblastech
Bayley Scales (BSID)	Podrobný test (0–42 měsíců)	Motorika, řeč, kognice, socializace
PEP-R	Psychoedukační profil	Diagnostika dětí s PAS a vývojovými poruchami
Brigance	Komplexní hodnocení (3–7 let)	Široké spektrum oblastí – řeč, počty, socializace
Škála školní zralosti (např. Jiráskův test)	Hodnocení před nástupem do ZŠ	Pozornost, kresba, sluchová paměť

Psychologické testy

Používány psychologem k posouzení **intelektu, paměti, pozornosti, emocí, osobnosti**.

Vybrané nástroje:

- **Stanford-Binet, WPPSI-IV** – testy IQ pro malé děti
- **WISC-V** – inteligenční test (5–16 let)
- **Kresba postavy, rodiny, stromu** – projektivní metody
- **CBCL – Child Behavior Checklist** – dotazník pro rodiče/učitele (poruchy chování, emocí)

Speciálněpedagogické metody a funkční hodnocení

Zaměřují se na praktické dovednosti dítěte – často je využívá SPC, logoped, surdoped, tyflop.

Hodnotí se:

- úroveň komunikace (např. potřeba AAK – VOKS, PECS)
- motorické dovednosti (BOT-2, Movement ABC)
- vizuálně-motorická koordinace
- orientace v prostoru, sebeobsluha, samostatnost

Diagnostické dotazníky a škály

Vyžívají je rodiče, učitelé nebo odborníci pro **subjektivní hodnocení chování dítěte**.

Příklady:

- **M-CHAT-R** – screening PAS (pro děti 16–30 měsíců)
- **Conners Rating Scale** – hodnocení ADHD
- **Vineland Adaptive Behavior Scales** – adaptivní chování
- **DCDQ (Dyspraxie)** – motorická koordinace
- **Dotazníky SPC** – sociální dovednosti, grafomotorika, komunikace

Všechny tyto metody by měly být použity **v kombinaci**, s důrazem na **pozorování, přirozené chování a spolupráci s rodiči**.

5) Diagnostika v praxi mateřské školy a speciálněpedagogického centra (SPC)

Diagnostika v mateřské škole

V MŠ není cílem stanovit diagnózu, ale **včas rozpoznat odchylky ve vývoji dítěte a zahájit potřebná podpůrná opatření**. Diagnostika má formu **průběžného pozorování a záznamu vývojového pokroku**.

Základní formy hodnocení:

- **Vstupní diagnostika** při nástupu dítěte do MŠ (např. záznamový arch, vývojové milníky, hra)
- **Průběžná diagnostika** – formou pozorování, řízené činnosti, her, rozhovorů
- **Výstupní hodnocení** – zejména v posledním roce MŠ (před nástupem do ZŠ)

Oblasti sledování:

- řeč, porozumění, pozornost, paměť

- sociální dovednosti, spolupráce
- motorika, grafomotorika
- sebeobsluha a samostatnost

Nástroje využívané v MŠ:

- **Záznamové archy pedagogické diagnostiky dítěte** (MŠMT, RVP PV)
- **Vývojové tabulky** (např. dle M. Vágnerové, M. Chvojkové)
- **Hodnocení školní zralosti** (Jiráskův test, vlastní checklisty)
- **Pozorovací škály chování a emocí** (např. hodnoticí list PAS, ADHD)

Pokud se projeví odchylky → škola doporučí rodičům kontaktovat **PPP, SPC nebo jiného odborníka**.

Diagnostika v SPC (speciálněpedagogické centrum)

SPC je zařízení, které se specializuje na **diagnostiku a podporu dětí s podezřením nebo potvrzeným zdravotním postižením**.

Co SPC zajišťuje:

- komplexní **speciálněpedagogickou diagnostiku** (např. zrak, sluch, pohyb, řeč)
- doporučení podpůrných opatření do školského systému
- **zpracování doporučení k IVP nebo přidělení asistenta pedagoga**
- metodická podpora pro pedagogy a rodiče

Diagnostické postupy SPC:

- funkční hodnocení úrovně vývoje – motorika, komunikace, sebeobsluha
- pozorování dítěte při činnostech nebo ve školce
- konzultace s rodiči a pedagogy
- využití diagnostických nástrojů (např. PEP-R, Dotazník schopností dítěte, Vineland apod.)

Výstupem je:

- **Zpráva z SPC** s popisem schopností dítěte a návrhem opatření
- **Doporučení do školského systému (elektronický portál MŠMT)**

SPC může navštěvovat dítě **i bez stanovené diagnózy**, pokud MŠ nebo rodiče pozorují vývojové obtíže.

6) Etické aspekty diagnostiky dětí se zdravotním postižením

Diagnostika dětí s postižením se musí řídit nejen odbornými metodami, ale také **etickými principy**, které chrání:

- **důstojnost dítěte,**
- **práva rodiny,**
- **citlivý přístup ke zjištěným skutečnostem.**

Zásady etické diagnostiky

1. Respekt k dítěti jako k jedinečné osobnosti

- Každé dítě má právo na respekt, bez ohledu na věk, vývoj či postižení.
- Dítě nesmí být při vyšetření stresováno, nuceno k výkonu nad jeho možnosti.

2. Citlivá komunikace s rodiči

- O výsledcích a podezřeních se mluví **otevřeně, ale s taktem a pochopením**.
- Diagnostik informuje rodiče o možnostech podpory, nikoli jen o „problému“.
- Je třeba **vyloučit stigmatizaci** – dítě není „špatné“, jen má jiné potřeby.

3. Ochrana osobních údajů a výsledků vyšetření

- Informace o dítěti a jeho diagnóze podléhají **mlčenlivosti** a GDPR.
- Zprávy nesmí být sdíleny bez souhlasu rodičů.

4. Právo na informovaný souhlas

- Rodiče musí být informováni o účelu diagnostiky, metodách, a dát k ní souhlas.
- U starších dětí je vhodné zapojit dítě a vysvětlit mu srozumitelně, co se děje.

5. Přizpůsobení vyšetření možnostem dítěte

- Je nutné brát v úvahu postižení – nesprávné zadání může vést ke **zkresleným výsledkům**.
- Standardizovaný test není vždy eticky vhodný (např. u dětí s těžším mentálním postižením).

Etická rizika v diagnostickém procesu

- **Nadměrné „nálepkování“** dítěte – soustředění na diagnózu místo na dítě samotné
- **Zjednodušený přístup k postižení** – např. „všechna autistická děti jsou stejné“
- **Přesun odpovědnosti** pouze na dítě („nefunguje, protože je opožděné“)
- **Zneužití diagnostiky** k administrativním účelům bez přínosu pro dítě

Doporučení pro etickou praxi

- Vždy pracovat **ve prospěch dítěte** a jeho rozvoje
- Hledat **silné stránky**, nejen deficity
- Podporovat rodiče, **nikoli je vinit nebo obviňovat**
- Umožnit dítěti úspěch i během vyšetření – **hodnocení nesmí být stresující**

Eticky vedená diagnostika **podporuje důvěru**, motivaci a spolupráci všech zúčastněných – a tím výrazně zvyšuje šanci dítěte na úspěšný rozvoj.

13. Psychologická intervence a terapie pro děti s postižením. Terapeutické přístupy a intervenční metody (např. terapie hrou, sensorická integrace). Individuální a skupinová práce s dětmi s různými typy postižení.

Psychologické intervence jsou cílené postupy a strategie, které využívají poznatky psychologie k ovlivnění myšlení, emocí a chování jednotlivců nebo skupin. Jejich cílem je dosáhnout pozitivní změny v chování, zlepšení duševního zdraví, výkonu nebo vztahů.

Terapie a terapeutické přístupy

Ve speciální pedagogice se uplatňuje značné množství terapeutických a terapeuticko-formativních či edukativních přístupů, koncepcí a konceptů, kam patří mj. využívání expresivních terapií, zooterapie, konceptu bazální stimulace, Strassmeierovy koncepce rozvoje dětí se zdravotním postižením a nerovnoměrným vývojem, Portage atd.

Obecně je lze vymezit jako způsoby odborného a cíleného jednání s člověkem, jež směřují od odstranění či zmizení nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně.

Přístupy mohou být aplikovány buď primárně v rámci terapií, nebo sekundárně v rámci jiných odborných, na podporu zaměřených činností.

Je využíván jejich aktivizační/podpůrný potenciál při práci s osobami s těžším MP a osobami seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou/demencí.

Vycházejí z různých zdrojů a současně využívají nejrůznější prostředky intervenční činnosti.

Terapeutické přístupy uplatňované v péči o osoby se ZP vykazující jistá specifika, která se odvíjejí od:

- Charakteru jejich postižení (vznikem, závažností, projevy..), a z něho vyplývajících potřeb
- Jejich vývojových zvláštností (daných na jedné straně primárním postižením a na straně druhé prostředím, v němž se osoba vyvíjela) a z nich vyplývajících potřeb
- Osobnosti, schopností a orientace terapeuta (záleží např., zda jde o osobnost dynamickou, dominantní, odborníka orientovaného na některý výrazný psychoterapeutický směr atd.)
- Zaměření a možnosti instituce, v níž jsou realizovány (záleží např., zda jde o ambulanci, léčebnou komunitu, stacionář, atd.)

Kategorie terapií:

- Terapie hrou
- Činnostní a pracovní terapie
- Psychomotorické terapie
- Terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie)
- Expresivní terapie (arteterapie aj.)

Terapie hrou

Jsou využívány herní prostředky za účelem pomoci klientům změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.

Nedirektivní terapie, která vychází ze skutečnosti, že hra je pro děti nejpřirozenější činností a také prostředkem komunikace. Prostřednictvím hry se děti učí, ale také do ní promítají své aktuální pocity, které jim hra umožní vyjádřit. V bezpečném prostředí terapeutické herny, kde je dítě minimálně omezováno, může prostřednictvím hry a vhodných hracích pomůcek odžít a zpracovat svá emoční napětí a tíživé zážitky. Základem je nehodnotící a plně přijímající postoj terapeuta. Terapeut následuje hru dítěte, nijak ji neurychluje a používá jen taková omezení, která jsou nezbytná, a která podporují spoluzodpovědnost dítěte. V terapii hrou se dítě naučí s pomocí terapeuta lépe komunikovat a

sebeovládat, porozumí lépe svým pocitům a tomu, co je vyvolává. Terapie hrou také pomáhá dítěti znovu aktivovat své schopnosti problémy řešit.

Terapie hrou je vhodná pro děti od cca 3 let do cca 11 let. Délka terapie je individuální a odvíjí se od závažnosti problému.

U terapie hrou prováděné u dětí s MP je třeba počítat s jistými omezujícími specifiky jejich motivace ke hře (primární deficity v psychomotorice, negativní vlivy prostředí). Naopak vhodné sociální prostředí a přiměřeně aktivizující výchovné podmínky mohou tyto možné motivační nedostatky do jisté míry eliminovat.

Senzorická integrace

Senzorická integrace je důležitou schopností pro proces učení. Znamená schopnost mozku zpracovat přicházející smyslové informace za účelem jejich použití. Je to proces, při kterém náš mozek zpracovává, třídí a organizuje všechny smyslové podněty z vnějšího i vnitřního prostředí. Pokud tento proces funguje a podněty jsou zpracované správně a přiměřeně, náš organizmus na dané podněty správně reaguje (např. akceptujeme dotek druhé osoby, kontakt s různými předměty, tolerujeme zvuky, naše pohyby jsou plynulé a koordinované, dokážeme se orientovat ve svém prostředí, soustředíme se na činnost, atd. ...). Proces senzorické integrace je u většiny jednotlivců efektivní; přijímají a zpracovávají informace a přiměřeně na ně reagují. Také učení je jednoduché, a „dobré“ chování je přirozeným následkem.

Senzorické zpracování zahrnuje:

- Zrak
- Sluch
- Čich
- Chuť
- Hmat - taktilní vnímání
- Rovnováha - vestibulární vnímání
- Vnímání těla – propiocepce

Základním východiskem této metody je cílené poskytování smyslových stimulů tak, aby si dítě mohlo spontánně formovat přiměřené reakce na přicházející podněty (adaptivní odpovědi). Nové smyslové zkušenosti v přiměřené formě by měly dítěti pomoci organizovat a uspořádat přicházející podněty, a tedy je přiměřeně zpracovat a přiměřeně na ně reagovat, a podpořit tak další učení.

Terapie senzorické integrace se uskutečňuje v upraveném prostředí, které dítě stimuluje k pohybu a k aktivitě. V tomto prostředí (místnost pro senzorickou integraci) se nacházejí různé typy houpaček, závěsných sítí nebo vaků. Kromě toho v něm lze najít různé překážky, nakloněné roviny, duté válce, pojízdné desky, zátěžové pomůcky, předměty s různými texturami a jiné. Prostor je zároveň bezpečný.

V terapii senzorické integrace existuje rovnováha mezi svobodou dítěte a strukturou terapie. Všechno probíhá prostřednictvím hry. Při terapii se snažíme působit hlavně na vestibulární, propioceptivní a taktilní vnímání.

Snoezelen x senzorická integrace

Snoezelen nebo multisenzorické prostředí slouží k relaxaci a upokojení, ale také nabízí příležitost ke stimulaci, aktivizaci a rozvoji smyslů.

Senzorická integrace je důležitou schopností pro proces učení. Znamená schopnost mozku zpracovat přicházející smyslové informace za účelem jejich použití. Je to proces, při kterém náš mozek zpracovává, třídí a organizuje všechny smyslové podněty z vnějšího i vnitřního prostředí.

Činnostní a pracovní terapie

Vzájemně se překrývající terapeutické kategorie. Rozdíly mezi nimi jsou minimální.

Pracovní terapie směřuje k jistému konkrétnímu výrobku = výsledku práce.

Pracovní terapie bývá spojována s pracovní rehabilitací (= souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání u osob se ZP)

Pracovní terapie není totéž jako ergoterapie (patří do rezortu zdravotnictví).

Terapeutických cílů u mládeže a dospělých osob dosahujeme prostřednictvím:

- Rukodělných činností
- Návikem v oblasti praktického života (samostatné bydlení, péče o domácnost..)

U dětí předškolního a mladšího školního věku využíváme:

- Dětské hry – imitace každodenní práce nebo profese, ale také sebeobsluha a hygiena

Psychomotorické terapie

Široká škála činností s přesahem do ostatních terapeutických aktivit (např. expresivně laděných).

Charakteristický je tím, že při ní dochází k ovlivňování duševních funkcí a osobnosti člověka za pomoci jeho tělesné aktivace.

Lze ji vymezit jako aplikaci tělesného pohybu použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.

Terapie s účastí zvířete

- Hipoterapie
Je součástí tzv. hiporehabilitace = činností, při nichž je podporováno zmírnění až odstranění znevýhodnění člověka pomocí aktivit s koněm.
 - Aktivita s využitím koně – motivační, aktivizační, vzdělávací charakter
 - Terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků
 - Parajezdeckví

Vede ji psychoterapeut.

- Canisterapie
Psychoterapeuticky orientovaná canisterapie vychází z toho, že pes patří mezi spolehlivé a jisté partnery člověka v jeho osamění a nemoci a že je toto partnerství dobrým stimulem pozitivních psychických a sociálních změn.
Může probíhat v různých formách, některé jsou i fyzioterapeuticky založené.

Expresivní terapie

Jsou postavené na uměleckém vnějším vyjádření emocí a vnitřních psychických stavů pomocí uměleckých prostředků.

Jde o terapeutické využití procesu (výsledku) umělecké tvorby – buď přímo aktivní participací, nebo percepcí.

- **Muzikoterapie**
Aplikace hudebního umění použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.
Individuální x skupinová
- **Dramaterapie**
Terapeuticko-formativně zaměřená disciplína, převažují zde skupinové aktivity, které využívají ve skupinové dynamice divadelní a dramatické prostředky k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.
Lze vymezit také teatroterapii = paradivadelní systém, je zde kladen důraz nejen na proces, ale také na produkt = na výsledný divadelní tvar inscenace + představení před publikem.
- **Arteterapie**
Vymezení: V užším slova smyslu = aplikace prostředků výtvarného umění použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce atd.
Obecné cíle psychoterapie: REEDUKACE, RESOCIALIZACE, REORGANIZACE, RESTRUKTURALIZACE, INTEGRACE OSOBNOSTI PACIENTA.
Cíle v arteterapii pro osoby s MP:
 - Redukce psychické tenze
 - Uvolnění kreativity pro plnění dalších úkolů
 - Odblokování komunikačních kanálů
 - Relaxace, odreagování se a uvolnění
 - Interakce osobnostních složek
 - Celková socializace osobnosti
 - Úprava aspirace
 - Nácvik sebereflexe, sebeovládání a vůle
- **Biblioterapie**
Léčba pomocí prostředků literárního umění
Jeden z nejmladších arteterapeutických oborů
Prostředek personálně-sociálního vzrůstu, léčebně výchovná metoda komunikativního charakteru
- **Tanečně-pohybová terapie**
Vychází z psychoanalýzy.
Osvobození těla, svobodné sebevyjádření.
Je založena na moderním výrazovém tanci. Skrze něj podporuje symbolické vyjádření osobních emocí a zážitků.
Pozitivní efekt T-P terapie:
 - Zvládání negativních emocí, zlepšení nálady a subjektivního pocitu pohody (well-being)
 - Rozvoj tělesného uvědomění, posílení kognitivního výkonu
 - Posílení pocitu společenství a sjednocení skupiny, interpersonální a skupinové komunikace
- **Řízený výtvarný projev**

- Společné malování s arteterapeutem – vhodné pro uzavřené a nepřístupné děti, které mají tendenci malovat kruhové kompozice. Úkol pedagoga – snažit se překonáním kompozice vyvést jedince z izolovanosti.
- Kresba oběma rukama

Skupinové výtvarné činnosti

Jsou cenné pro svoji diagnostickou hodnotu i jako prostředek úpravy vztahů v kolektivu.

- Skupinová kresba domu
- Společná práce na tématu ve dvojicích
- Štafetová kresba a malba
- Výtvarný projev při hudbě
Využití syntézy hudby a výtvarného projevu,
Zvuky mají svou barvu, už předškolák je schopen přiřazovat vysokým a hlubokým tónům světlo a tmou = bílé a černé plochy.
Někteří autoři rozlišují výtvarný projev při hudbě na:
 - Muzikomalba – zavedená technika, hudební grafika (prstomalba při hudbě)
 - Asociativní výtvarný projev při hudbě – cíl metody = odreagování přetrvávajících negativních zkušeností
- Volný výtvarný projev
Akceptuje spontaneitu dětské hry a radost z pohybu, učí nebát se plochy a ovládat neuromotoriku.
Technika čmárání, volná kresba či malba, výcvik práce s čarou, linií, hra s benzinovým papírem

Strassmeierova metoda je zaměřena na vývojové období raného až předškolního věku, diagnostické a reedukační cvičení lze však v případech vývojových opoždění využít i u žáků mladšího školního věku.

Koncept bazální stimulace je speciálněpedagogický a zdravotnický koncept podporující vnímání, komunikaci a motoriku jedince ve (speciálně)pedagogické (či ošetrovatelské) péči. Koncept se prakticky realizuje v somatické stimulaci (rozvoj vnímání tělesného schématu), vestibulární stimulaci, stimulaci sluchové i zrakové, taktilně-haptické, chuťové, vibrační a čichové. Základními prvky konceptu jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení a integrace. Do instrumentáře konceptu náleží například zklidňující, povzbuzující a neurofyzilogická somatická stimulace, kontaktní dýchání, masáž stimulující dýchání a polohování.

Literatura:

Psychopedie – Valenta + Müller

Terapie ve speciální pedagogice – Oldřich Müller (ed.) a kolektiv

14. Podpora rodiny dítěte se zdravotním postižením. Psychosociální dopady na rodinu a zvládací strategie. Rodičovská podpora a role rodiny v rehabilitaci a vývoji dítěte.

RODINA

Jedná se o skupinu osob spjatých příbuzenskými vztahy (manželka – manžel – děti) = nukleární rodina

Do rodinného kruhu patří také babičky, dědečkové, tety, strejdové či bratřenci a sestřenice – rozšířená rodina

RODINA A DÍTĚ S POSTIŽENÍM

- U většiny párů je období těhotenstvím jedním z nejkrásnějších období v životě – těšení se, představy, jaké dítě bude, na koho bude podobné, jaké bude mít vlastnosti – každý rodič má svou fantazii a představy
- Čím větší očekávání – tím větší je šok, když se dozví, že vše neproběhlo v pořádku a narodilo se dítě s nějakou vrozenou vývojovou vadou – hlavně u matky se začnou objevovat pocity beznaděje a méněcennosti
- Každá rodina s dítětem se zdravotním postižením je individuální. Na příchod dítěte se zdravotním postižením se nelze předem připravit stejně jako na žádnou složitou životní situaci.

REAKCE RODINY NA SDĚLENÍ DIAGNÓZY dle Vágnerové:

1. Fáze šoku a popření,
2. fáze bezmocnosti,
3. fáze postupné akceptace a vyrovnání se s problémem,
4. fáze smlouvání,
5. fáze přijetí.

VROZENÉ X ZÍSKANÉ POSTIŽENÍ

- Špatenková (Krizové a krizová intervence) – později vzniklá porucha nepůsobí jako znehodnocení rodičovské prestiže – dítě se narodilo zdravé – nedochází ke krizi rodičovské identity
- Později vzniklý defekt je akceptován primárně jako neštěstí, které postihlo normálního, zdravého člověka
- I z hlediska postojů široké veřejnosti je získané postižení akceptovatelnější než vrozená vada (skutečnost, že člověk může během života onemocnět nebo mít úraz je obecně známá a akceptovaná)

„Rodina je tak silná jako její nejslabší článek.“ (Zdeněk Matějček)

DESATERO ZDENĚKA MATĚJČKA PRO RODIČE DĚTÍ S POSTIŽENÍM

- ❖ Rodiče mají o svém dítěti co nejvíce vědět
- ❖ Pravda, ale s perspektivou! Rodičům by se nemělo nic podstatného zatajovat
- ❖ Ne neštěstí, ale úkol!
- ❖ Obětavost ano, ale ne sebeobětování!
- ❖ Vše v pravý čas a pravé míře!
- ❖ Dítě samo netrpí
- ❖ Nejste sami!
- ❖ Nejste ohroženi
- ❖ Chraňte se manželství a rodinu

❖ Výhled do budoucnosti

Rodiče se musí kromě běžných rodičovských a výchovných problémů potýkat s řadou dalších obtíží, které s sebou přinášejí specifické potřeby jejich dítěte. To samozřejmě ovlivňuje jejich psychiku a psychickou stabilitu.

Je zcela běžné, že rodiče postižených dětí soustředí veškerou svou energii do péče o dítě a zapomínají na vlastní psychickou pohodu a zdraví. **Často zažívají mnohem větší míru stresu než rodiče zdravých dětí. Tu způsobují:**

- samotné projevy postižení
- nepochopení, odsuzování a nepřijetí „jiného chování“ dítěte společností. Ale také například prarodiči či blízkými přáteli rodiny.
- obtíže spojené se zaměstnáním
- zvýšené finanční nároky na péči o dítě
- zatížení partnerského vztahu a funkčnosti manželství
- snížená flexibilita rodinného života a nutnost plánování rodinných aktivit. Snižuje se počet rodinných dovolených, vycházek, výletů a možností účastnit se společenských a komunitních akcí.

U některých rodičů však soužití s postiženým dítětem vede k posílení odolnosti vůči stresu – tzv. resilienci. Resilience je dovednost přizpůsobovat se nepříznivým a náročným situacím a životním událostem.

Její posilování je vhodnou cestou prevence psychických problémů. Ke zvýšení resilience přispívá:

- vysoká míra sociální opory, která je aktivně využívána
- volba na problém zaměřené strategie pro řešení a zvládání obtíží
- přizpůsobení rodičovských vztahů a výchovných přístupů potížím dítěte
- pravidelná „denní pozdvížení“ (vycházka, čas trávený pouze se zdravým dítětem, výlet do ZOO)
- pozitivní rodinné zážitky (rozhovor u společné večeře, návštěva příbuzných)
- otevřená komunikace o potížích postiženého dítěte
- pravidelný řád a aktivity, které umožní rodině pravidelný kontakt a prostor pro vzájemnou podporu.

STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ

✓ AKTIVNÍ ZPŮSOB

Boj s nepříjemnou situací, hledání pomoci, lékaře, léčitele, zvýšená aktivita – cvičením k odreagování, neuvědomované obranné reakce – agresivita vůči předpokládanému, resp. náhradními viníkovi

✓ UNÍKOVÉ VARIANTY

Umístění dítěte do péče instituce, přetrvávající popírání situace, bagatelizace, rodiče se chovají tak, jako by bylo dítě zdravé, jako by byly obtíže nevýznamné

✓ SUBSTITUCE

Začnou se věnovat něčemu jinému – profesi

Existují dvě hlavní strategie zvládání:

- *zvládání zaměřené na problém* - znamená snahu řešit problém nejrůznějšími způsoby včetně vyhledání sociální podpory a jiné pomoci
- *zvládání zaměřené na emoci* - nutné v situacích, kdy problém není řešitelný (např. v případě úmrtí blízké osoby). Toto zvládání zahrnuje celou řadu strategií, např. behaviorální strategie zahrnující různá tělesná cvičení, ale i pití alkoholu apod.

Patří zde různé způsoby péče o sebe (např. horká vana, spánek, počítač, hudba), využívání lidských zdrojů (povídání s přáteli, emocionální podpora od druhých), psychické obrany (popření, racionalizace...), ale také alkohol, drogy nebo např. uklízení bytu, nakupování...

Jednotlivé coping strategie nemůžeme (až na výjimky) dělit na dobré nebo špatné. Jejich funkčnost závisí vždy na situaci a jejím kontextu (např. fyzická agrese může být dobrá při fyzickém napadení, ale nevhodná v běžných sociálních situacích; vytěsnění může zabránit psychickému zhroucení, ale dlouhodobě znemožňuje řešení problému).

SPP INTERVENCE SMĚREM K OTCŮM DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

- Odborníci by měli k otcům přistupovat stejně jako k matkám, mluvit k oběma, neobracet se pouze na matku, oslovovat oba
- Při práci s otcí se v zahraničí uplatňují kreativní přístupy - např. redreaming
 - ✓ Odborníci pomáhají otcům přehodnotit postoje vůči dítěti, pomáhají jim nalézt nové naděje, stanovit nové cíle, poukázat na úspěchy dítěte a vytvořit nové sny
 - ✓ Při práci používají kresby, psaní deníku a koláž snů
 - ✓ Otcové (sami nebo s pomocí matky dítěte) sestavují koláž z obrázků/nápisů, které představují jejich sny ohledně dítěte (co by jejich dítě mohlo umět, co by mohlo zvládnout, kam by s ním mohli jet na výlet)
 - ✓ Během tvorby koláže snů berou otcové ohled na limity a potenciály dítěte. Tato koláž jim pomáhá vizualizovat jejich přání, je konkrétní a zároveň eliminuje negativní obavy z budoucnosti
- Možností je vyhledat, zda se v okolí nenachází nějaká rodičovská skupina, která se pravidelně schází buď online, nebo osobně.
- Je možné otcům nabídnout seznámení se s jinými otcí.
- V první řadě je potřeba jim vysvětlit výhody takových setkání – možnost si pohovořit, sdílet problémy, sdílet zkušenosti, nalézt rady, cítit sounáležitost a dle vyjádření jednoho z respondentů „chlapsky si pokecat“ (Kunhartová, 2017)

SPP INTERVENCE U ZDRAVÝCH SOUROZENCŮ

- ✓ Instruovat sourozence a připravit jim podmínky tak, aby se nebáli zeptat
- ✓ Pokud něčemu sourozenec nerozumí, chce vědět více o zdravotním postižení svého sourozence, měl by se zeptat rodičů

- ✓ Sourozenec nemusí mít obavy, zdravotní postižení není nakažlivé, nemůže ho chytit jako třeba chřipku.
- ✓ Pokud má zdravý sourozenec pocit, že má hodně práce, povinností, může si sestavit seznam činností, které dělá pro svého sourozence, seznam věcí, se kterými pomáhá rodičům a může se zeptat rodičů, dohodnout se s nimi, zda by mu s tím mohl někdo pomoci
- ✓ Zdraví sourozenci mají možnost požádat svého pedagoga, aby jim dal více času na domácí úkol, pokud hlídají svého sourozence se zdravotním postižením
- ✓ Nebo mohou požádat rodiče, aby jim pomohli najít klidné místo, aby nebyli rušeni / místo, kde mohou psát úkoly a učit se

PRARODIČE DĚTÍ S POSTIŽENÍM

- Mnohdy jsou to právě prarodiče, kdo upozorní na to, že něco není v pořádku, že se dítě vyvíjí jinak
- I prarodiče procházejí fázemi vyrovnávání se s postižením vnoučete
- Jsou ovlivněni tím, jak dítě vypadá, jak se projevuje
- Úspěšná akceptace vnoučete je ovlivněna vzájemnými vztahy v rodině (vztahem k partnerovi jejich potomka, hodnotami, životními zkušenostmi či osobnostními vlastnostmi)
- Proces akceptace probíhá různě dlouho (doba vyrovnání se s diagnózou může být různě dlouhá – do té doby své vnouče např. nechtějí vídat)

STYLY NEVHODNÉHO PŘÍSTUPU K DÍTĚTI

- ❖ Rozmazlující
- ❖ Protekční
- ❖ Nedůsledný
- ❖ Skleníková výchova
- ❖ Nejednotný
- ❖ Úzkostný
- ❖ Autoritářský
- ❖ Zanedbávající
- ❖ Podplácející
- ❖ Potlačující

PÁSMO FUNKČNOSTI RODINY (J. DUNOVSKÝ)

✓ FUNKČNÍ RODINA

Nenarušena, schopna zabezpečit vývoj a prosperitu

✓ PROBLÉMOVÁ

Výskyt poruch, které nenarušují rodinný systém

Rodina je schopna řešit problémy sama nebo s pomocí jiných

✓ DYSFUNKČNÍ

Vážnější poruchy ohrožující bezprostředně rodinu jako celek, vývoj dítěte

Rodina potřebuje soustavnou podporu ze strany odborníků

✓ AFUNKČNÍ

Rodina přestává plnit svůj základní účel – dítěti závažným způsobem škodí nebo ohrožuje jeho existenci

Řešením je náhradní rodinná výchova

Zdravé rodinné fungování

Zdravé rodinné fungování je často vymezováno jako schopnost rodiny účinně zvládat náročné či stresové životní události a přizpůsobovat se změnám. Stres v rodinách Boss charakterizuje jako nátlak či napětí v rodinném systému – rozrušení ustáleného stavu rodiny. Rodinný stres by měl být řešen účinným adaptačním chováním rodiny. Jeho úroveň záleží na závažnosti a síle stresového faktoru. Záleží na tom, jak rodina stres pojme a vyhodnotí, na zdrojích a možnostech zvládání a v neposlední řadě i na fyzické a psychické kondici členů rodiny v momentě stresové události. Současně jsou rozhodující i další okolnosti, to, co se přihodilo v minulosti, co rodina již zažila, jakým způsobem se se stresující událostí tehdy vyrovnala, jaká je v současné době v rodině atmosféra. Pod vlivem negativních vzpomínek bude svou současnou situaci prožívat daleko citlivěji, pozorovateli neznalému rodinné historie a celkového kontextu by se mohlo zdát, že až neúměrně. Zvládací styl rodiny je ovlivněn charakteristikou situace nebo události, vnímáním ohrožení rodinných vztahů nebo cílů, zdroji, které jsou rodině k dispozici a předchozí životní zkušeností s náročnou situací. Stejná událost ve dvou rodinách proto může způsobit různou úroveň stresu a vyvolat i jiné odezvy.

Rodinné fungování je způsob, jakým rodina plní své funkce: dle Sobotkové (Psychologie rodiny)

- ✓ začlenění jedince do rodinné struktury (poskytuje pocit sounáležitosti, ovlivňuje osobní identitu, smysl a zaměření života),
- ✓ ekonomická podpora (zajišťování základních i rozvojových potřeb členů rodiny),
- ✓ péče, výchova, socializace (umožňuje fyzický, psychický, sociální a duchovní vývoj dětí i dospělých, zprostředkuje sociální hodnoty a normy),
- ✓ ochrana zranitelných členů (mladých, nemocných, handicapovaných, starých či na ostatních nějak závislých aj.)
- ✓ spokojenost jednotlivých členů s rodinným životem, soudržnosti a adaptability, spokojenost s mírou koheze
- ✓ dovednosti a schopnosti řešit konflikty a problémy v partnerském vztahu efektivně, aby bylo dosaženo oboustranné spokojenosti
- ✓ flexibilita a soulad partnerů ohledně možností trávení volného času
- ✓ pozitivní postoj k sexualitě a spokojenost s vyjadřováním citů
- ✓ spokojenost s tím, jak jsou uspokojovány osobní potřeby a zájmy
- ✓ efektivní komunikace mezi partnery a volný tok informací
- ✓ rodinné síly – členové rodiny jsou na rodinu hrdí, jsou loajální a věří, že spolu překonají i případné krize a těžké doby (významnější pro muže)
- ✓ dobré vztahy s širší rodinou a přáteli, tedy kvalitní sociální opora (významnější pro ženy)

Konkrétní přístupy a kontexty při práci s rodinou:

- systémový přístup k rodině (i při poradenské a terapeutické práci s jedním klientem či pacientem vnímat jeho rodinu)
- historický kontext (společenské a historické vlivy společné lidem určité generace, demografické trendy)
- časový a vývojový kontext (cyklus rodin, zvládání jednotl. fází, rodinných krizí..)
- kontext kulturní, etnický a spirituální (oblast hodnot rodiny, rodinná identita)

- kontext residentce – odolnosti rodiny (její funkčnost, rozvíjení možností a silných stránek rodiny)

Každá rodina je zcela unikátní systém, a nemůžeme tedy dojít k představě, že určitá podoba rodinného fungování bude vhodná a přiměřená pro všechny rodiny. Zvláště v současné době, kdy se rodinné formy a styly rodinného soužití velmi mění a rozrůžňují.

KUNHARTOVÁ, Monika, POTMĚŠIL, Miloň a POTMĚŠILOVÁ, Petra. *Náročné otcovství: být otcem dítěte s postižením*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. 218 stran. ISBN 978-80-246-3600-9.

HAVELKA, David a Kateřina BARTOŠOVÁ. *Speciální sourozenci: Život se sourozencem s postižením*. Praha: Portál, 2019. ISBN 978-80-262-1475-5.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 8072543296

15. Specifika vzdělávacího procesu u dětí se zdravotním postižením. Inkluze a integrace ve školním a předškolním prostředí. Vzdělávací strategie a přizpůsobení vzdělávacího programu.

Specifika vzdělávacího procesu dětí se ZP

- rodiče dětí s postižením mohou pro předškolní vzdělávání volit při výběru školy hned z několika možností
 - o současný trend integrace/inkluze – začlenit dítě do MŠ běžného typu (nejčastěji s AP)
 - o nabídka předškolního vzdělávání v rámci speciálního školství
- při výběru by měly být adekvátní způsobem zhodnoceny schopnosti a potřeby dítěte → na základě psychologického a speciálně pedagogického vyšetření, které provádí psycholog a speciální pedagog v PPP/SPC → na základě výsledků diagnostiky doporučí rodičům vhodný a odpovídající typ předškolního zařízení (**KONEČNÉ ROZHODNUTÍ JE ALE NA RODIČÍCH**)
- vzájemná spolupráce všech zúčastněných osob je nejdůležitějším předpokladem zdárné integrace
- proces, na kterém se podílí vícero proměnných faktorů - **Růžičková (2006) uvádí faktory ovlivňující úspěšnost integrace:**
 - o **Žák**
 - jeho připravenost pro integraci → ne každý žák je připraven být integrován, neboť záleží na jeho inteligenci, výchově, schopnostech, paměti, pohybových schopnostech – tedy celkovém vybavení osobnosti
 - Kábele udává, že žák k tomu, aby byl schopný integrace, by měl být schopen plnit požadavky učebního plánu a osnov bez většího omezení, neměl by vyžadovat nadměrnou péči učitele na úkor ostatních spolužáků a zároveň by svými projevy neměl narušovat průběh vyučování
 - o **Rodina**
 - Rodiče by si měli uvědomit, co to pro ně znamená, bude-li jejich dítě integrováno mezi intaktní spolužáky
 - její připravenost na zcela nové situace, které budou vyplývat z faktu, že ZP dítě i oni sami budou konfrontováni s intaktními spolužáky a jejich rodiči
 - o **Pedagog či vychovatel, škola**
 - Na integraci jedince musí být připraven celý pedagogický sbor, neboť dítě prochází více ročníky a vystřídá více pedagogů
 - Všichni tito pedagogové musí mít určitou kvalifikační průpravu, mít přehled v oboru, měli by být pro přijetí dítěte (kladný přístup k integraci)
 - Ovlivňuje i schopnost komunikace učitelského sboru jako celku.
 - pokud dojde k integraci ZP budou muset být odstraněny některé stavební bariéry (skleněné výplně, ...) a naopak učiněna nějaká stavební opatření (např. vodící linie, stálé místo nábytku, ...) → učitelé by si měli uvědomit nutnost změny přístupu, zařazení nových didaktických postupů, metod a forem práce
 - o **Spolužáci**
 - Spolužáci by měli být učitelem seznámeni s postižením jedince ještě před jeho nástupem do třídy
 - Vysvětlení, při jakých činnostech bude jedinec potřebovat pomoc.
 - o **rodiče spolužáků**
 - o **poradenské zařízení, které při integraci poskytuje pomocnou ruku**

Formy speciálního vzdělávání:

- **Individuální integrace do tříd ve školách hlavního vzdělávacího proudu**
 - probíhá se současným zajištěním odpovídajících vzdělávacích podmínek a nezbytné speciálně pedagogické nebo psychologické péče
 - jedná se o upřednostněnou volbu, vyhodnocující se však reálné možnosti uspokojování speciálních vzdělávacích potřeb žáka
 - při výběru vzdělávací cesty žáka je vždy rozhodující vyjádření rodičů
 - integrování žáci jsou zpravidla vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu.
- **Skupinová integrace**
 - probíhá ve speciálních třídách, které jsou zřizovány pro žáky se zdravotním postižením ve školách hlavního vzdělávacího proudu
 - při skupinové integraci se žáci mohou v některých vyučovacích předmětech vzdělávat společně s ostatními žáky školy a v rámci svých možností jsou zapojeni do všech aktivit mimo vyučování
- **Speciální školy s upraveným vzdělávacím programem**
 - samostatně zřízené pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením
 - slouží žákům především s těžšími formami zdravotního postižení (žáci s těžkým zrakovým postižením, těžkých sluchovým postižením, těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepí, se souběžným postižením více vadami, s autismem, s těžkým tělesným nebo těžkým či hlubokým mentálním postižením)
 - Těmto žákům je s ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb poskytována nejvyšší míra podpůrných služeb

INTEGRACE	INKLUZE
Dítě se přizpůsobuje systému běžné školy.	Škola se přizpůsobuje dítěti, ne naopak.
Škola vytváří určité podmínky pro zapojení dítěte, ale ne vždy mění svůj přístup či metody.	Vzdělávací prostředí a metody jsou přizpůsobeny tak, aby bylo přirozeně otevřené a dostupné všem dětem.
Dítě je do běžné třídy zařazeno, pokud je schopno se přizpůsobit požadavkům školy.	Inkluze zahrnuje nejen děti se zdravotním postižením, ale také děti s jinými specifickými potřebami (např. odlišným mateřským jazykem, sociálním znevýhodněním).
V praxi to často znamená, že dítě má například asistenta pedagoga nebo individuální vzdělávací plán, ale vyučovací metody a prostředí se výrazně nemění.	Důraz se klade na společné vzdělávání všech dětí, vzájemnou podporu a rozmanitost.
♦ Příklad: Dítě s tělesným postižením je integrováno do běžné třídy, má však asistenta, který mu pomáhá s pohybem a úkoly, ale výuka je vedena stejným způsobem jako pro ostatní děti.	♦ Příklad: Ve třídě je dítě s autismem, učitel používá vizuální podporu a strukturované učení, aby se lépe orientovalo v režimu dne, a ostatní děti se učí pracovat s jeho potřebami.

Hlavní rozdíl

👉 **Integrace** = dítě je přizpůsobováno systému.

👉 **Inkluze** = systém je přizpůsobován dítěti

INTEGRACE A INKLUZE

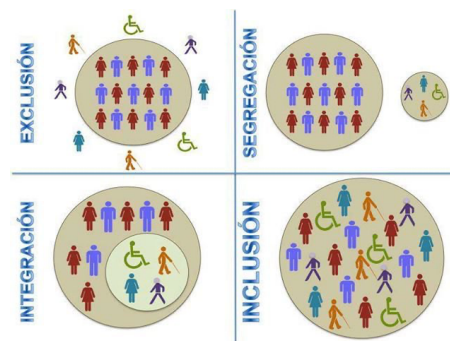
→ Inkluze je tedy pokročilejší a systematictější přístup, který usiluje o skutečně rovné vzdělávací příležitosti pro všechny děti.

Pojmy **integrace** a **inkluze** vnímáme v českém prostředí od 90. let 20. století. Naplňování rovného přístupu ve vzdělávání žáků se SVP je založeno zejména na jejich začlenění do škol hlavního

vzdělávacího proudu. Postupně směřuje od **integrace k inkluzi** osob s postižením. Dochází ke stále větší podpoře osob se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Těmto žákům je ve škole poskytována široká škála podpůrných opatření, která inkluzi usnadňují. Při jejich vzdělávání se pedagogičtí pracovníci zaměřují na silné stránky, individuální potřeby a možnosti rozvoje s důrazem na zvyšování sebevědomí jedince. Pro mnoho autorů se pojmy **integrace a inkluze překrývají**, ale jiní autoři považují **inkluzi za proces nadřazený integraci**. (Vrubel, 2015)

Aktuálně je v našich podmínkách možné zaznamenat 3 dimenze pojetí inkluzivní/integrativní edukace (Stejskalová in Finková, Růžicková, Kroupová, 2011):

1. inkluze se ztotožňuje s integrací
2. inkluze představuje optimální vylepšený typ integrace
3. inkluze jako nová kvalita přístupu k dětem s postižením, ideově odlišná od integrace, která představuje bezpodmínečné akceptování speciálních vzdělávacích potřeb všech dětí (tzn. nejen dětí s postižením).



Vztah mezi integrací a inkluzí v následujícím schématu (Kocurová 2002 in Vrubel, 2015):

INTEGRACE	INKLUZE
Zaměření na potřeby jedince s postižením	Zaměření na potřeby všech vzdělávaných
Expertízy specialistů	Expertízy běžných učitelů
Speciální intervence	Dobrá výuka pro všechny
Prospěch pro integrovaného žáka	Prospěch pro všechny žáky
Dílčí změna prostředí	Celková změna školy
Zaměření na vzdělávání žáka s postižením	Zaměření na skupinu a školu
Speciální programy pro žáka s postižením	Celková strategie učitele
Hodnocení studenta expertem	Hodnocení učitele a zaměření se na vzdělávací faktory

VÝHODY INTEGRACE	NEVÝHODY INTEGRACE	VÝHODY VZDĚLÁVÁNÍ V ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI S ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	NEVÝHODY VZDĚLÁVÁNÍ V ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI S ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM
Dítě je vychovááno v přirozeném rodinném prostředí, v místě bydliště a nejsou tak narušovány rodinné vztahy.	X	X	Dítě musí nezdědkakdy pobývat na internátě (není však podmínkou!), kdy dochází k setkávání s rodinou pouze o víkendech.
Dítě se učí žít s intaktními vrstevníky a získává tak základy do budoucího života.	Dítě nemá možnost/má omezenou možnost setkávat se s podobně postiženými vrstevníky a řešit podobné problémy.	Dítě má možnost srovnávat se s vrstevníky s podobným či stejným stupněm a typem postižení. Řeší obtíže	Dítě je většinou umístěno mezi vrstevníky se stejným/podobným postižením a později

		stejným či podobným způsobem.	neví jak komunikovat s intaktní populací.
X	Učitelé většinou nemají žádné zkušenosti s edukací dětí se zrakovým postižením a ani speciálněpedagogické vzdělání.	Učitelé působící v tomto zařízení mají většinou speciálněpedagogické vzdělání a zkušenosti s prací s dítětem se zrakovým postižením.	X
X	Velmi často je v mateřské škole s dítětem asistent pedagoga (pozice vytvořena na základě ukotvení v IVP) a tím je dítě odlišováno od vrstevníků a je mezi nimi stavěna „zeď“.	Dítě je mezi svými vrstevníky a všichni mají podobnou výchozí pozici a kladou stejné/podobné nároky na svého učitele.	X
Dítě se učí žít ve velkém kolektivu vrstevníků.	Velký počet dětí ve třídě a i po snížení je tento počet snížen nedostatečně na potřeby dítěte.	Počet žáků ve třídě ze zákona snížen na počet, který odpovídá potřebám učitele i dětí.	Dítě se učí fungovat ve vrstevnické skupině, která je až uměle snížena.
X	Mateřská škola nemá upravené prostředí, ani pomůcky pro dítě a učitelé si je musí sami vyrábět, či nahradit pomůckami s podobnou funkcí.	Mateřská škola má pro dítě všechny potřebné pomůcky a používají se pro dítě přirozené postupy a metody práce.	X

INTEGRACE

- Jesenský (1995, s. 15) uvádí následující vymezení školské integrace: „je to dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně-vzdělávacích situací“.
- Zařazení jedince s postižením do běžné školy za předpokladu, že žák je brán jako „prvek“, který se musí přizpůsobit, aby byl adekvátně sjednocen s intaktními spolužáky → jde tedy o společné vzdělávání X jednotlivce s postižením se musí plně přizpůsobit již existujícímu prostředí, které je nastavené v běžné škole pro běžné žáky a nepředpokládá se žádná jeho úprava
- **individuální integrace** - žák je integrován do kolektivu osob intaktních, tuto formu integrace je možno realizovat v rámci MŠ, ZŠ, SŠ nebo VOŠ při současném zajištění odpovídajících vzdělávacích podmínek a nezbytné speciálně pedagogické nebo psychologické péče
- **skupinová integrace** - podmíněna vznikem samostatné třídy, skupiny nebo oddělení v rámci běžné školy, v rámci této formy integrace je v některých vyučovacích předmětech možno vzdělávat žáky s postižením společně s ostatními spolužáky
- vzdělávání individuálně integrovaného dítěte má být uskutečňováno podle IVP – ten vychází z obecně závazného vzdělávacího RVP a ŠVP daného typu a stupně školy
- výhody integrace

- dítě zůstává v rodinném prostředí, integrace je uskutečňována přednostně v místě bydliště dítěte, či v blízkém okolí
- dítě do školy dopravují rodiče, dítě nemusí trávit čas na internátě daleko od rodiny
- udržení kontaktu s rodinou, s kamarády
- dítě bývá samostatnější
- má možnost poznat své přednosti a nedostatky ve srovnání s ostatními
- intaktní děti ztrácejí předsudky, učí se akceptovat děti s postižením
- větší pravděpodobnost bezproblémového začlenění do společnosti
- nevýhody integrace
 - učitelé často nejsou připraveni na fakt, co práce s žákem s postižením obnáší
 - potíže potom může způsobovat například neznalost bodového písma, neznalost práce se speciálními pomůckami
 - vysoký počet dětí ve třídě s nemožností individuálního přístupu k dítěti

INKLUZE

- základní idea integrace se postupně rozvíjí v novou, odlišnou, vyšší kvalitu, protože při tomto edukačním přístupu se již heterogenita principiálně chápe jako normalita
- inkluze ve školách by měla znamenat rovnost – a to rovnost v aspektu různorodosti nás všech
→ nemělo by záležet v čem a jak moc jsme odlišní, každému by se mělo dostat potřebné podpory k tomu, aby mohl maximálně rozvinout své potenciály
- nejde teda o to, aby se bral větší zřetel na jedince s SVP, ale abychom saturovali co nejvíce potřeb všech žáků
- co je inkluze podle Centra studií pro inkluzivní vzdělávání
 - rovnocenné oceňování každého žáka i zaměstnance školy
 - zvyšování participace žáků a studentů na kultuře, kurikulu a komunitě lokálních školy
 - zmenšování bariér k učení a účasti ve škole pro všechny žáky
 - proměňování struktury školní politiky, kultury a praktik, aby odpovídaly žákům v dané lokalitě
 - nahlížet na rozdíly hlavně jako na příležitosti a zdroje zkušeností než jako na problémy
 - uvědomění si žákova práva na vzdělání v místě bydliště
 - vylepšovat školu nejen pro studenty, ale i pro zaměstnance
 - zdůrazňovat roli školy jako klíčovou pro budování komunity a hodnot stejně tak jako v dosahování úspěchů
 - podporovat udržování vztahů mezi školou a komunitou ve spádové oblasti
- vytváření takových podmínek ve vzdělávání, které umožňují co nejméně restriktivní prostředí, aby se v něm mohli úspěšně vzdělávat všichni žáci bez rozdílu, a aby z daného stavu těžili všichni žáci, rodiče, učitelé i celá komunita v okolí školy
- inkluzivní vzdělávání je z pohledu didaktického vrchol individualizace ve vzdělávání, z pohledu školní kultury je to vize plně komunitní školy a z pohledu školní politiky nastavené takové prostředí, které respektuje jakékoliv zvláštnosti a podporuje rovnost všech, a to ve veškerých možných situacích

Inkluze

- Michalík
 - inkluze nutným předpokladem integrace, vytvoření takového prostředí ve třídě, které vítá a oceňuje odlišnost
 - je možné používat oba termíny zaměnitelně
- Slowík
 - rozdíl mezi integrací a inkluzí → centrální myšlenkou inkluzivního přístupu je, že být odlišný je normální
 - „všichni lidé jsou si rovni v důstojnosti a právech.“
- ve zdrojích - **3 možné přístupy k vnímání inkluze** → inkluze se může:
 1. ztotožňovat s integrací
 2. jakási vylepšená, 'optimalizovaná' integrace

3. nová kvalita přístupu k postiženým dětem, odlišná od integrace → jako bezpodmínečné akceptování speciálních potřeb všech dětí

- **Lechta**
 - správné je chápání inkluze ve třetím výše uvedeném pojetí
 - rozdíl: **žáci se již nedělí na dvě skupiny → jedna heterogenní skupina** žáků, kteří mají různé potřeby
 - integrace - žáci se přizpůsobí škole X inkluze - škola se přizpůsobí žákům
 - inkluze je založena na **akceptování** jakékoli různorodosti a k jejímu dosažení vyžaduje kurikulární reformu školství
- **Slowík, SOCIÁLNÍ INTEGRACE:**
 - „proces rovnoprávného začleňování člověka do společnosti“
- **Michalík, ŠIRŠÍ INTEGRACE:**
 - obecné začlenění lidí s postižením do majoritní společnosti
- **Jesenský, ŠKOLNÍ INTEGRACE:**
 - jev „společenského charakteru → spojování osob, skupin a podmínek, jejich existence vůbec, speciálně pak jako o spojování handicapovaných a intaktních.“
 - „stav soužití postižených a nepostižených při přijatelné míře konfliktnosti, jako stav vzájemné podmíněnosti vyjádřené slovy jeden pro druhého.“
- **Fischer, ŠKODA, INTEGRACE:**
 - „snaha o úplné zapojení handicapovaného jedince, splynutí, začlenění a zapojení ve společnosti.“

Procesy přizpůsobení

- integrace je vzájemný proces, v němž se obě strany (majorita a minorita) k sobě přibližují a mění se
- jsou popisovány **tři procesy přizpůsobení (Mühlpacher):**

1. ASIMILACE

- vzájemná odlišnost intaktních a postižených je považována za negativní
- nicméně vypořádat se s integrací a přizpůsobit se musí minorita jedinců s postižením majoritě intaktních → přijmout jejich normy, hodnotový systém a chování, ztotožnit se s jejich identitou, atp.

2. AKOMODACE

- vzájemná odlišnost není potlačována → práva osob s postižením jsou uznávána
- přizpůsobení ve většině případů přichází ze strany majority
- dítě je součástí zvláštní skupiny a jako takové si vytváří pozitivní sebeobraz → může k tomu docházet v rámci integrace i při segregovaném vzdělávání

3. ADAPTACE (KOADAPTACE)

- „dynamický proces vzájemného přizpůsobování“ → uznávány jsou jak hodnoty majority, tak minority
- Jesenský (2000) hovoří o integraci na základě koadaptace jako o partnerském soužití intaktních a postižených → překážky či konflikty v soužití jsou stimulem pro vzájemné přizpůsobování

- tyto procesy přizpůsobení jsou občas používány i při rozlišení integrace a inkluze

Inkluze ve vzdělávání staví na těchto předpokladech a procesech:

- všichni studenti a pracovníci školy jsou stejně důležití
- zvyšování míry zapojení studentů (snižování míry vyčlenění) do školní kultury, vzdělávacího procesu a komunity.
- změna školní kultury, politiky a praxe tak, aby byla zohledněna různorodost studentů.
- odstraňování překážek v učení a zapojení všech studentů, tedy nejen těch, kteří mají určité postižení či jsou označeni jako „studenti se speciálními vzdělávacími potřebami“.
- využívání zkušeností z konkrétních případů překonávání překážek v přístupu a zapojení tak, aby ze změn mohli čerpat i ostatní studenti.

- vnímání rozdílů mezi studenty jako inspirace pro podporu učení, nikoliv jako problému, který je třeba řešit.
- uznávání práva studentů na vzdělávání v místě, kde žijí.
- zkvalitňování škol pro potřeby studentů i učitelů.
- vyzdvihování úlohy škol při budování společenství a rozvoji hodnot, nejen při zvyšování výkonů studentů.
- podpora vzájemně prospěšných vztahů mezi školami a okolní komunitou.

Poradenská péče

- nedílnou součástí celého konceptu
- zajišťována prostřednictvím 2 typů školských poradenských zařízení:
 - PPP
 - SPC (pro zrakově postižené)

PPP

- pedagogicko-psychologické a speciálně pedagogické poradenství pro všechny děti, žáky a studenty, kteří mají potíže při vzdělávání
 - typické cílové skupiny - specifické vývojové poruchy učení, nadané děti, děti školsky neúspěšné, poruchy chování, oslabení kognitivního výkonu, školní nezralosti
- cca od 3 let věku (mohou i dříve) - cca 18/19 let
- Vykonává se ambulantně, pracovník PPP zároveň dojíždí do školy
- Vypracovává doporučení pro PO, a doporučení o zařazení žáka do školy, třídy zřízené dle paragrafu 16 ods. 9
- kariérové poradenství
- **hlavně diagnostika, administrativa** → minimum péče/intervencí
- **zřizovány samostatně** – většinou v každém bývalém okrese

SPC

- Poradenské služby při výchově a vzdělávání pro děti, žáky a studenty s nějakým postižením
- 2 typy klientely:
 - **ze „speciálních“ škol** – pouze diagnostika a rediagnostika X péči/podporu už má na starost speciální pedagog dané školy
 - **z běžných škol** – diagnostika, rediagnostika + i podpora při vzdělávání
- **zřizovány většinou při „speciální škole“** X bylo by dobré, aby také byly zřizovány samostatně
- Služba se uskutečňuje hlavně ambulantně s návštěvami pracovníka ve škole
- Zjišťuje připravenost žáků, speciálně vzdělávací potřeby žáků, zajišťuje spp péči
- Vykonává speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku

Asistent pedagoga

- zaměstnancem příslušné mateřské, základní nebo střední školy a působí ve třídě nebo studijní skupině, ve které se vzdělávají žáci se SVP
- Náplní práce:
 - spolupráce s učitelem na přímé výchovné a vzdělávací činnosti (nejen) u žáků se SVP
 - pomoc při komunikaci mezi učiteli a žáky a při komunikaci mezi učiteli a zákonnými zástupci žáků
 - individuální i skupinová podpora žáků při přípravě na výuku
 - u žáků se zdravotním postižením rovněž pomoc při sebeobsluze
 - poskytuje podporu jinému pedagogickému pracovníkovi při vzdělávání žáka či žáků se SVP v rozsahu PO
 - pomáhá jinému pedagogickému pracovníkovi při organizaci a realizaci vzdělávání, podporuje samostatnost a aktivní zapojení žáka do všech činností uskutečňovaných ve škole v rámci vzdělávání, včetně poskytování školských služeb
 - pracuje podle potřeby s žáky třídy, oddělení nebo studijní skupiny podle pokynů jiného pedagogického pracovníka a ve spolupráci s ním

Asistent pedagoga, k jehož činnosti jsou stanoveny předpoklady v § 20 odst. 1 zákona o pedagogických pracovnících, zajišťuje zejména:

- přímou pedagogickou činnost při vzdělávání a výchově podle přesně stanovených postupů a pokynů učitele nebo vychovatele zaměřenou na individuální podporu žáků a práce související s touto přímou pedagogickou činností
- podporu žáka v dosahování vzdělávacích cílů při výuce a při přípravě na výuku, žák je přitom veden k nejvyšší možné míře samostatnosti
- výchovné práce zaměřené na vytváření základních pracovních, hygienických a jiných návyků a další činnosti spojené s nácvikem sociálních kompetencí.

Asistent pedagoga, k jehož činnosti jsou stanoveny předpoklady v § 20 odst. 2 zákona o pedagogických pracovnících, zajišťuje zejména:

- pomocné výchovné práce zaměřené na podporu pedagoga zvláště při práci se skupinou žáků se speciálními vzdělávacími potřebami
- pomocné organizační činnosti při vzdělávání skupiny žáků se speciálními vzdělávacími potřebami
- pomoc při adaptaci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na školní prostředí
- pomoc při komunikaci se žáky, zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází
- nezbytnou pomoc žákům při sebeobsluze a pohybu během vyučování a při akcích pořádaných školou mimo místo, kde škola v souladu se zápisem do školského rejstříku uskutečňuje vzdělávání nebo školské služby
- pomocné výchovné práce spojené s nácvikem sociálních kompetencí žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.
- ředitel školy, ve které je asistent zaměstnán, rozhoduje, zda bude mít asistent v pracovní náplni pouze přímou pedagogickou činnost (bezprostřední práce s žáky, eventuálně s jejich zákonnými zástupci) nebo zda bude přímou pedagogickou činnost kombinovat s činností nepřímou (konzultace s učiteli, příprava na výuku apod.) → nepřímá pedagogická činnost může tvořit maximálně polovinu z celkového úvazku asistenta
- AP není osobní asistent → liší zejména tím, že:
 - o **osobní asistent** není zaměstnancem školy (obvykle je zaměstnáván neziskovou organizací nebo rodiči žáka se zdravotním postižením) a jeho úkolem je pracovat výhradně s konkrétním žákem, ke kterému je přidělen
 - o **asistent pedagoga** je sice přidělován do tříd, ve kterých jsou vzděláváni žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, jeho úkolem ale není „pouhá“ práce s konkrétním žákem nebo konkrétní skupinou žáků; asistent pedagoga má asistovat učitelům v širším spektru jeho činností (čímž umožňuje učitelům, aby i on sám věnoval více času a pozornosti podpoře žáků s postižením/znevýhodněním)

Školy pro děti se ZP

zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony

- Důležitý je hlavně § 16 (paragraf) který vymezuje **vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných** Paragraf 16 vymezuje poje jedině se speciálně vzdělávacími potřebami:

Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením

- Dále charakterizuje podstatu podpůrných opatření a k čemu slouží + poradenskou pomoc školského poradenského zařízení a hlavně **školy zřízené dle § 16 odstavce 9:**

Pro děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem lze zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny. Zařadit do takové třídy, studijní skupiny nebo oddělení nebo přijmout do takové školy lze pouze dítě, žáka nebo studenta uvedené ve větě první, shledá-li školské poradenské zařízení, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům dosavadního poskytování podpůrných opatření by samotná podpůrná opatření podle odstavce 2 nepostačovala k naplňování jeho vzdělávacích možností a k uplatnění jeho práva na vzdělávání. Podmínkou pro zařazení je písemná žádost zletilého žáka nebo studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka, doporučení školského poradenského zařízení a soulad tohoto postupu se zájmem dítěte, žáka nebo studenta

§ 42- Vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením

Dítěti s hlubokým mentálním postižením stanoví krajský úřad místně příslušný podle místa trvalého pobytu dítěte se souhlasem zákonného zástupce dítěte takový způsob vzdělávání, který odpovídá duševním a fyzickým možnostem dítěte, a to na základě doporučujícího posouzení odborného lékaře a školského poradenského zařízení. Krajský úřad zároveň zajistí odpovídající pomoc při vzdělávání dítěte, zejména pomoc pedagogickou a metodickou. Dojde-li ke změně duševních a fyzických možností dítěte, krajský úřad způsob vzdělávání odpovídajícím způsobem upraví.

Mateřská škola pro ZP

- mají za úkol všestranně rozvíjet osobnost dítěte
- děti nejsou členěny podle hloubky vady, jen podle věku
- výhoda: děti stejného věku se stejným postižením
- nevýhoda: náročnější dojíždění, náročnější příprava ze strany učitele
- k dítěti se přistupuje individuálně
- je možná i integrace do běžné MŠ → jsou však problémy po stránce materiální (pomůcky atd.) a kvalifikace pracovníků

Vzdělávací strategie a přizpůsobení vzdělávacího programu

Principy vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP)

- individualizace a diferenciacie výuky – učitel upravuje tempo, metody i obsah podle potřeb dítěte
- Multisenzorické učení – zapojení více smyslů (zrak, sluch, hmat) ke zvýšení efektivity výuky
- Podpora samostatnosti a sebedůvěry žáků – umožnit dítěti zažít úspěch
- Spolupráce s rodinou a odborníky – úzká koordinace mezi školou, poradenským zařízením a rodiči

Metody a přístupy ve vzdělávání

- Různé strategie jsou využívány podle specifických potřeb dítěte

a) Strukturované učení (TEACCH program)

- Vhodné zejména pro děti s poruchou autistického spektra (PAS). Zahrnuje:
 - o Vizuální podporu – jasné denní režimy, piktogramy, barevné označení.
 - o Pracovní strukturu – dítě ví, co ho čeká a co se od něj očekává.
 - o Zónování třídy – oddělené prostory pro práci, odpočinek a volný čas.

b) Alternativní a augmentativní komunikace (AAK)

- Používá se pro děti s narušenou komunikační schopností (dětí s PAS, DMO, Downovým syndromem, vývojovou dysfázií)
- Piktogramy a obrázkové komunikační systémy (např. PECS – Picture Exchange Communication System)
- Znak do řeči – vizuální podpora komunikace
- Komunikační aplikace (např. GoTalk, Grid 3)

c) Multisenzorické učení

- Efektivní pro děti se zrakovým, sluchovým nebo mentálním postižením

- Metoda VAK (Visual, Auditory, Kinesthetic) – propojení zrakové, sluchové a pohybové složky
 - Montessori přístup – praktické a manipulativní činnosti, samostatná práce dítěte
 - Bazální stimulace – aktivace smyslů u dětí s těžkým postižením (dotečky, vibrace, hudba)
- d) Specifické metody pro děti se sluchovým postižením
- Totální komunikace – kombinace mluvené řeči, znakové řeči, prstové abecedy a mimiky
 - Odezírání a vizualizace – využívání vizuálních podnětů, FM systémů a psané formy výuky
 - Individuální logopedická péče – zaměřená na rozvoj artikulace a slovní zásoby
- e) Specifické metody pro děti se zrakovým postižením
- Hmatové pomůcky – reliéfní obrázky, Braillovo písmo, hmatové knihy
 - Orientační a mobilitní výcvik – učení prostorové orientace a samostatného pohybu
 - Slovní popis a auditivní podpora – využití popisného jazyka, zvukových knih a technologií pro nevidomé

Přizpůsobení vzdělávacího programu (ŠVP a IVP)

- Vzdělávací program je upravován na základě potřeb dítěte. Možnosti úprav:
- a) Individuální vzdělávací plán (IVP)
- Pokud dítě nemůže zvládat běžné učivo, škola vytvoří IVP. Obsahuje:
 - Specifikaci vzdělávacích cílů – co se dítě naučí a jakým způsobem
 - Úpravu obsahu učiva – redukce učiva nebo rozšíření o alternativní aktivity
 - Podpurná opatření – např. asistenta pedagoga, speciální pomůcky
 - Hodnocení žáka – přizpůsobení forem testování, možnost slovního hodnocení
- b) Organizační přizpůsobení
- Individuální tempo učení – možnost prodloužení času při testech a zkouškách
 - Menší třídy nebo skupinová výuka – výhodné pro děti s mentálním postižením či PAS
 - Podpora asistenta pedagoga – pomáhá s adaptací na školní prostředí
- c) Úprava učebních materiálů a prostředí
- Digitální učebnice a software – vhodné pro děti s dyslexií, zrakovým postižením nebo motorickými obtížemi
 - Kontrastní a zvětšené texty – pro slabozraké děti
 - Ergonomické pomůcky – speciální pera, psací podložky pro děti s DMO

Evaluace a hodnocení žáků se SVP

- Běžné formy hodnocení mohou být pro některé děti demotivující. Alternativy:
 - Formativní hodnocení – zaměřené na proces učení a pokrok dítěte
 - Portfolio žáka – sbírka jeho prací a aktivit, která ukazuje pokrok
 - Individuální zkoušení – přizpůsobení délky a formy testů (ústní zkoušení, možnost práce na počítači)

16. Etika v práci s dětmi se zdravotním postižením

Etické principy a dilemata v práci s dětmi a rodinami.

Práva dětí a etická komunikace s rodiči.

Etika

- Z řeckého „ethos“ – „zvyk, mrav, obyčej“, popřípadě „zvláštnost“
- V původním slova smyslu „ethos“ znamenalo „stáj“ – tedy společné místo na bydlení dané určitým společenstvím, kde se ve vzájemných vztazích vytvářely společné obyčeje a mravy závazné pro celek i jednotlivce
- Z historického hlediska má zásluhu na vytvoření etiky jako vědy o jednání lidí ve společnosti zejména Aristoteles
- Předmětem etiky je morálka, která hodnotí lidské jednání z hlediska dobra a zla porovnáváním se svědomím člověka
- Etika je filozofickou vědou o správném způsobu života, vycházející z racionálních přístupů a snažící se nalézt, popřípadě i zdůvodnit společné a obecné základy, na nichž morálka stojí
- Morálka je soubor uznávaných mravních norem (souhrn hodnotících soudů, názorů, pravidel, zvyků a ideálů), morálka hodnotí lidské chování z hlediska dobra a zla, a to v porovnání s lidským svědomím
- T. G. Masaryk: „Zákon je etické minimum a morálka etické maximum.“

(Jankovský 2018)

- Je chápána jako teorie způsobu lidského života, chování, jednání
- Jako filosofická disciplína: vztah lidského jednání vzhledem k morálním normám, zabývá se původem, povahou těchto norem i zdůvodnitelností norem vzhledem ke smyslu lidského života
- Etika má hodnotící charakter, posuzuje činnost člověka kategoriemi dobra a zla, další funkcí je zdůvodňování morálky, která už je zaměřena na konkrétní požadavky a pravidla

Normy – člověkem stanovená pravidla jednání (zákazy, příkazy, souhlasy), rozlišujeme normy etické, politické, právní apod., normy i hodnoty regulují chování, normy jsou sociálními pravidly chování

Právní normy – jejich plnění lze vynutit

Mravní normy – platí, pokud jsou široce uznávány a přijímány v sociálních útvarech

Zákon – jaké jednání zákonodárci nebo instituce vymáhající zákon očekávají v dané situaci

Etika – osobní, zodpovědné rozhodnutí o tom, co je v dané situaci správné, dobré

Profesní etika – aplikace jak zákona, tak etiky, soubor norem, které jsou kritériem pro hodnocení profesionálního jednání

Osobní etika – výsledek zkušeností jednotlivce ve vztahu k morálním otázkám

Pro některé profese je etika typičtější – např. soudce, lékař, učitel, politik, novinář..., kde je zaměření na člověka a interakci s ním, objektem působení pracovníka je člověk.

(Göbelová 2015)

- Profesionální etika je základem každé poradenské činnosti
- Etický přístup ke klientovi (žákovi, rodičům...) je nezbytnou podmínkou výkonu poradenské profese
- Morální zodpovědnost poradce vůči klientovi spočívá v objektivní informovanosti klienta o všech krocích podniknutých vůči jeho osobě, a to ještě před samotným zahájením poradenské práce
- Etické zásady se týkají okolností poskytování poradenských služeb a chování a jednání poradce s akcentem na ochranu klienta
- Etický problém – rozhodování je nelehké a problematické, ale má alespoň jedno správné řešení
- Etické dilema – situace, kdy vybíráme mezi minimálně dvěma alternativami řešení, z nichž ani jedno není ideální, dostáváme se do dilematické situace

Východiska

Všeobecná deklarace lidských práv (1948) (<https://msmt.gov.cz/file/39238/> nebo https://mzv.gov.cz/file/3156327/Vseobecna_deklarace_lidskych_prav.pdf)

Úmluva o právech dítěte (1989) (<https://vlada.gov.cz/assets/ppov/r/p/vyborny/pro-prava-ditete/Preklady-dokumentu-OSN.pdf> nebo <https://sancedetem.cz/umluva-o-pravech-ditete-v-souvislostech>)

Listina základních práv a svobod (<https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>)

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (https://osn.cz/wp-content/uploads/2022/08/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf)

Mezinárodní etické kodexy – Mezinárodní federace sociálních pracovníků (International Federation of Social Workers, IFSW)

Národní etické kodexy – v ČR Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR (viz příloha)

Etické kodexy organizací, firem, či zařízení sociálních služeb

Práva duševně postižených, Práva hospitalizovaných dětí, Práva pacientů ČR, Práva tělesně postižených (<https://www.mpsv.cz/eticke-kodexy>)

Desatero pro komunikaci s OZP (<https://nrzp.cz/2019/07/18/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/>)

Etické zásady v poradenství a dalších pomáhajících profesích

Kritičnost k oboru i k vlastní osobě, schopnost sebereflexe

- Uvědomování si vlastních kompetencí, možností, vědomostí a schopností, a jejich limitů
- Nepřečehovat se a nepouštět se do něčeho, co neznáme a v čem si nejsme jistí, říct si o pomoc (např. kolega, vedoucí)
- Systematické vzdělávání, praktický výcvik, kolegiální spolupráce, supervize

Obětavost pod kontrolou

- Vyhnout se dlouhodobému preferování obětavosti a potlačování osobních zájmů a potřeb, „spasitelskému komplexu“ (jsem jediný, kdo může klientovi porozumět a pomoci)
- Udržení profesionálního odstupu – neřešit klientovy potíže ve svém volném čase, nebrat si práci domů, umět odmítnout konzultace mimo pracovní dobu a mimo pracoviště

Odborný zájem versus osobní zájem klienta

- Poradčův zájem by neměl přerůst v uspokojování jeho zvědavosti nebo naplňování profesních aspirací, touhy po veřejném uznání

Zabezpečení citových potřeb poradce a ochrana klienta

- Poradenská činnost poskytuje možnost saturovat řadu poradcových potřeb, např. být prospěšný, být uznávaný, potřeba blízkého sociálního kontaktu, potřeba nadvlády či moci
- Je proto potřeba opatrnost ve verbálním i neverbálním projevu, diferencovanost pocitů, reflexe osobních sympatií či antipatií ke klientovi
- Klientem by neměl být nikdo blízký nebo příbuzný poradci

Kolegialita a otevřenost

- Kolegiální vztahy, názorová pluralita, vzájemná úcta, respektování zkušeností, poskytování úplných informací (např. přechází-li klient od jednoho odborníka k druhému)
- Otevřená kolegiální diskuse – nekrýt chyby svých kolegů

Respekt k důvěrnosti informací a údajů

- Mlčenlivost, ochrana důvěrných informací a klientových sdělení

(Novosad 2009)

Základní morální zásady profesionalismu učitele podle Botteryho (1996):

- Etika odhalení pravdy, která musí převážet nad osobními výhodami
- Etika subjektivnosti (rozeznání limitů svého vnímání, individuality svých hodnot)
- Etika reflexní morální zásadovosti/bezúhonnosti (poznání limitů svého osobního vnímání, integrace pochopení situace v sobě)
- Etika pokory (osobní omylnost není selháním, ale podmínkou být člověkem)
- Etika humanitní výchovy (pomoci klientům umět pomáhat si sami sobě)

(Göbelová 2015)

Zásady poradenského přístupu dle Drapely:

Svoboda klienta

- Klient by měl mít možnost rozhovořit se plně o všem, co je pro něj momentálně důležité (např. aktuální osobní problémy, zážitky z minulosti, plány pro budoucnost)
- Poradce nesmí vyvíjet na klienta přímý ani nepřímý nátlak, aby se rozhodl určitým způsobem, je mu pouze nápomocen při ujasnění různých možností řešení problému a důsledků zvolených řešení
- Klient má tak možnost se svobodně rozhodovat a přijmout svá rozhodnutí se zodpovědností

Respekt ke klientovi

- Klient by měl cítit ze strany poradce bezvýhradnou akceptaci a psychologické bezpečí, které by neměl ztratit, ani pokud bude hovořit o negativních aspektech svého chování
- Poradce musí zásadně rozlišovat mezi klientem a jeho chováním
- I když poradce vyhodnotí klientovo chování jako neproduktivní nebo škodlivé, klient nesmí ztratit v jeho očích nic ze své lidské důstojnosti

Důvěrnost poradenských kontaktů

- Obsah poradenských rozhovorů je důvěrný, poradce jej nesmí sdílet třetím osobám
- Výjimkou je pouze případ, kdy je klient nebo jiná osoba ohrožena vážným nebezpečím (např. sexuální zneužívání, jiné trestné činy)

Zásady poradenského přístupu dle Matějčka:

Navodit spolupráci

- Spolupráce ze strany klienta je nezbytnou podmínkou, aby mohl poradenský proces proběhnout
- Spolupráce s klientem a jeho blízkými osobami během poradenského rozhovoru, ale také po něm
- Spolupráce jednotlivých účastníků poradenského procesu (dítě, zákonní zástupci, škola, další odborníci)

Pravda s perspektivou

- Předkládat rodičům i dítěti pravdivý stav věcí, zatajování nebo zkreslování informací brání účelné spolupráci
- Pravdu sdělujeme šetrně a taktně, a zároveň tak, aby nebyl uzavřen výhled do budoucna, ale naopak otevřen
- Otevřená budoucnost je jednou ze základních psychických potřeb
- Každá psychologická diagnóza a výrok kvalifikující stav dítěte či jeho sociálního prostředí by měly být následovány výrokem o výhledech a východiscích

Optimistický výhled do budoucna

- Perspektiva otevřené budoucnosti přináší naději, která posiluje jedince v současné tíživé situaci a pomáhá ji lépe zvládat, poradenská pomoc by měla přinášet optimismus, ne však nepravdivý, přehnaný, nepodložený.
- Optimisticky laděné očekávání nadlehčuje tíži současných problémů a vytváří příznivější psychické podmínky pro hledání nápravy a pak i pro její realizaci

Rozumět znamená pomáhat

- Východiskem poradenské pomoci je porozumění, k jeho dosažení musíme zapojit všechnu naši zkušenost, vědomosti a znalosti, hledáme vhodné vyšetřovací a výzkumné metody

Překážky a rizika poradenského procesu (dle Matějčka):

- Zevšeobecňování – poradce se snaží převést případ klienta na obecné schéma a schematicky ho i řešit, („Takhle je to vždycky“, „Vždycky to takhle dopadne...“), chybí individuální přístup
- Dirigování – vnucování svých postojů a názorů klientovi, hodnocení na základě vlastních představ
- Bagatelizování – zlehčování problémů klienta
- Moralizace – poradce vyslovuje morální soudy nad klientovým chováním
- Záslužnictví – zveličování problémů klienta, aby byla zřejmá zásluha poradce na vyřešení problému
- Soucit – poradce se emocionálně váže na klienta, ztrácí odstup

- Projekce – poradce vidí v klientových problémech paralelu svých vlastních, a poté vnucuje i svá vlastní řešení
- Identifikace – ztotožnění s klientem, poradce přijímá bezmezně klientovu interpretaci problému, ztrácí odstup a nestrannost
- Abstrakce – poradce používá v rozhovorech s klientem odborné termíny, kterým klient nerozumí
- Chození kolem horké kaše – poradce se zabývá jen vedlejšími, okrajovými problémy, vyhýbá se jádru problému
- Vyhoření – poradce ztrácí zájem o klienta, není schopen empatie, práce je pro něj zatěžující, unavující

Překážky na straně klienta

- Nedostatek empatie, sebestřednost
- Negativní pohled, odmítá připustit cokoliv pozitivního
- Chybění respektu a vřelosti, agrese vůči okolí
- Nedostatek konkrétnosti, obtíže ve formulaci, neurčitost výpovědí
- Strach z konfrontace, z názoru poradce

Osobnost poradce

- Prosociálně orientovaný člověk, který dokáže snadno navazovat sociální kontakty a je schopen empatie
- Pružnost a schopnost adaptace, schopnost reagovat na specifické potřeby klientů
- Stabilní a vyvážená osobnost, schopnost udržet si dostatečný odstup, odolnost – zvládání nároků, schopnost racionálně jednat, nenechat se strhnout soucitem, nenechat sebou manipulovat
- Vysoká frustrační tolerance, optimistické ladění – v případech nedostatku zpětné vazby, nemožnosti vyřešit případ optimálně, při nespolupráci klientů
- Vyspělý charakter, vysoká morální úroveň

Kompetence poradce

- Dostatečné znalosti a vědomosti v psychologii, speciální pedagogice a dalších potřebných oborech
- Orientace v poradenském systému obecně, ale také konkrétně v regionu, kde poradce působí
- Schopnost jasně a srozumitelně formulovat sdělení v kontaktu s klientem, rodiči a školou, případně dalšími institucemi
- Znalost právních a etických norem
- Být otevřen novým poznatkům, dále se vzdělávat

Dovednosti poradce

- Komunikační a sociální dovednosti
- Vytváření a udržování mezilidských vztahů
- Pozitivní ovlivňování klienta, bez manipulace
- Objektivní hodnocení a interpretování pozorovaných jevů a chování klienta
- Schopnost volby přiměřeného typu intervence
- Poskytování podpory klientovi
- Umět ukončit poradenský proces

(Hadj-Moussová 2002)

Osobnost speciálního pedagoga

- Profesionálně zdatný, vybavený teoretickými vědomostmi
- Trpělivý
- Emocionálně vyrovnaný (aby nepřenášel své osobní problémy na pracoviště nebo neprojevoval nepřiměřené reakce na projevy klientů)
- Tolerantní (vůči klientům i spolupracovníkům)
- Jdoucí za cílem, nevzdává se při potížích a hledá nová alternativní řešení
- Kreativní, vynalézá řešení, která jsou nová, přitažlivá, přínosná pro klienta
- Přiměřeně empatický
- Komunikativní

(Opatřilová 2005)

Vztah poradce ke klientovi

- Negativní – hrubost, arogance, lhostejnost vůči klientovi

- Neutrální – slušné jednání, zodpovídání dotazů klienta, ale nenavázání vztahu, odstup, nezájem, nechce být pro klienta „opěrným bodem“
- Angažovaný – práce je pro člověka posláním, ne „nutné zlo“, opravdu se o klienty zajímá, navazuje s nimi vztahy
- U angažovaných pracovníků je riziko přílišné angažovanosti, tento problém má dvě podoby: nadbytečná kontrola nad klienty a obětování se pro klienty

(Kopřiva 2024)

Příklady etických dilemat při práci s rodinou:

- Podezření na ohrožení vývoje dítěte (z různých důvodů), nahlášení na OSPOD (vyhodnocení závažnosti situace)
- Ovlivňování postojů a názorů rodičů správným směrem (dle našeho mínění), tenká hranice mezi pozitivním ovlivňováním a manipulací
- Každý člen rodiny tvrdí něco jiného (hledání pravdy), nebo před sebou mají tajemství, která ohrožují chod rodiny
- Rodiče odmítají způsoby léčby, návštěvu odborníků apod., čímž ohrožují další vývoj dítěte
- Zásah do soukromí rodiny za účelem zjištění co největšího množství informací, proniknutí do chodu rodiny (na co se ještě mohu ptát a co je příliš)
- Jiný odborník či instituce pečující o rodinu jedná neeticky, proti normám (Mám to říct rodině? Mám to hlásit?)
- Rozhodnutí, která musí rodina učinit, s nejasným výsledkem nebo různé varianty rozhodnutí, z nichž není ani jedno ideální

Řešení etických dilemat:

- Identifikace etického dilematu, včetně hodnot a povinností poradenského pracovníka
- Identifikace jednotlivců, skupin nebo organizací, kterých se bude etické rozhodnutí týkat
- Identifikace všech možností řešení a jejich přínosů a rizik pro každého z účastníků
- Důkladné prozkoumání důvodů výhod a nevýhod každé z variant řešení, s ohledem na Etický kodex, platnou legislativu, etické teorie, principy a směrnice
- Konzultace s kolegy, supervizory (prostřednictvím supervize poradce poodstoupí z problémové situace, ujasní si etická pravidla a získá vyšší míru nezávislosti při řešení podobných situací v budoucnu)
- Rozhodnutí a zavedení dokumentace celého procesu rozhodování
- Monitorování, zhodnocování a zdokumentování rozhodnutí

(*Étos - etika v pedagogice a sociální práci* 2011)

Sdělování nepříznivé diagnózy

- V ČR se postupuje podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, vč. prováděcí vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci – poskytovatel zdravotních služeb je povinen srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu nemocného informovat o jeho zdravotním stavu a o chystaném výkonu, informaci podává zdravotnický pracovník kompetentní k příslušnému výkonu
- Poskytnutí zdravotních služeb na základě informovaného souhlasu – v případě hospitalizace, amputace, lékařského pokusu a zákroku, který zdravotní stav člověka nevyžaduje, musí být písemná podoba
- Úmluva o lidských právech a biomedicině
- Komu? Každému dospělému člověku (právo v Listině základních práv a svobod), kromě vážně duševně nemocných lidí, a v případě jiných relevantních důvodů (viz §32 zákona č. 372/2011 Sb.)
- Kdy? Když je diagnóza definitivně potvrzena
- Co říci? Pravdu, srozumitelným způsobem, vysvětlujeme
- Jak? Citlivý, vnímavý, kompetentní, důvěryhodný, taktní a šetrný přístup. Volba vhodných slov (vyvarujeme se slov, která způsobují zděšení, jako např. rakovina), popis reality (vážná, dlouhodobá, nevléčitelná nemoc)
- Kdo? Ošetřující lékař
- Informování příbuzných: po souhlasu nemocného (dle §33 zákona č. 372/2011), kromě výjimečných situací (kdy je např. pacient v bezvědomí)

(Jankovský 2018)

Příloha

ETICKÝ KODEX SPOLEČNOSTI SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR

1. Etické zásady

1. 1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v **dokumentech relevantních pro praxi** sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a **dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách**. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1. 2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, **pohlaví, rodinný stav**, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1. 3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1. 4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1. 5. Sociální pracovník **dává přednost** profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2. 1. Ve vztahu ke klientovi

2. 1. 1. Sociální pracovník **podporuje své klienty k vědomí** vlastní odpovědnosti.

2. 1. 2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2. 1. 3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. **Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.**

2. 1. 4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. **V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy**, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2. 1. 5. Sociální pracovník **podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek** sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2. 1. 6. Sociální pracovník **podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.**

2. 1. 7. **Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.**

2. 2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

2. 2. 1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2. 2. 2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.
2. 2. 3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2. 3. Ve vztahu ke kolegům

2. 3. 1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.
2. 3. 2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.
2. 3. 3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložená.

2. 4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2. 4. 1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.
2. 4. 2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.
2. 4. 3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.
2. 4. 4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.
2. 4. 5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.
- 2.4.6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2. 5. Ve vztahu ke společnosti

2. 5. 1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.
2. 5. 2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.
2. 5. 3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.
2. 5. 4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.
2. 5. 5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

2.5.6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etické problémové okruhy

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech. Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

A. Základní etické problémy jsou

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),
- kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,

- kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,
- kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

B. Další problémové okruhy,

které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů

- při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,
- při konfliktu klienta a jiného občana,
- při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,
- při konfliktu zájmu klientů a ostatní společností,
- při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,

který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

Postupy při řešení etických problémů

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost: diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.
2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.
3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

17. Psychologické aspekty hry a její význam pro děti se zdravotním postižením. Význam hry pro rozvoj dětí, terapeutická hra. Specifika hry u dětí s vývojovým postižením.

https://is.muni.cz/el/ped/podzim2010/MSBK_TMH/um/Teorie_a_metodika_her_BK_1.pdf

„Dětská hra je spontánní nevnutená činnost, která je sama sobě účelem. Hra je dětem vážnou věcí. Není jenom kratochvílí a zábavou, ale rozumovou prací a školou myšlení. Je pro děti studiem ve věku, kdy o studiu v pravém slova smyslu není ani řeči. Hrát si – znamená pro děti veselí se ve světě vlastních výplodů a výtvorů. Ke hře je dítě vedeno pudem. Musí si hrát, jako musí jíst a spát.“
Stanislav Vrána, Brno 1946

Hra provází život člověka od narození až po stáří a čím věkově níže v ontogenezi jdeme, tím výrazněji vystupuje hra jako nejnápadnější projev v životě člověka.

Smysl hry v životě člověka: „Lidská hra má v sobě něco univerzálního. Nezná hranic geografických a národních. Nezná ani hranic věkových. Je jakýmsi trvalým přívlastkem člověka. Ba možno říci, že je jedním z oněch svorníků, které spojují jednotlivá vývojová období lidského života v jeden celek. Napomáhá i tomu, že si jej jako jednotu uvědomujeme a prožíváme. Po celý život si hrajeme – a to je patrně jen dobře!“ (Matějček)

Definice (pedagogika)

Forma činnosti, která se liší od práce i od učení. Člověk se hrou zabývá po celý život, avšak v předškolním věku má specifické postavení – je vůdčím typem činnosti. Hra má řadu aspektů: aspekt poznávací, procvičovací, emocionální, pohybový, motivační, tvořivostní, fantazijní, sociální, rekreační, diagnostický, terapeutický. Zahrnuje činnosti jednotlivce, dvojice, malé skupiny i velké skupiny. Existují hry, k jejichž provozování jsou nutné speciální pomůcky (hračky, herní pomůcky, sportovní náčiní, nástroje, přístroje). Většina her má podobu sociální interakce s explicitně formulovanými pravidly (danými dohodou aktérů nebo společenskými konvencemi). Ve hře se mnoho pozornosti věnuje jejímu průběhu (hry s převahou spolupráce, s převahou soutěžení). Výchozí situace, průběh a výsledky některých her lze formalizovat a rozhodování aktérů exaktně studovat. Těmito otázkami se zabývá speciální matematická disciplína – teorie her. (Průcha 2008, s. 75)

Definice (psychologická)

„Hra je jedna ze základních lidských činností: hra, učení, práce: u dítěte smyslová činnost motivovaná především prožitky, u dospělých má h. závazná pravidla, cíl nikoli pragmatický, ale ve hře samé: h. je provázena pocitem napětí a radosti: pozitivní důsledky pro relaxaci, rekreaci, duš. zdraví.“ (Hartl, Hartlová, 2004)

Psychoanalýza zdůraznila například význam hry jako projevu nevědomí, a tedy jako prostředku k vyrovnání s emočními konflikty na symbolické rovině a tím dala podnět k rozvoji psychoterapie hrou. Freud přisuzuje hře dvojí funkci:

- hra může být činností, do níž dítě bezprostředně nebo zprostředkovaně promítá svá přání a v níž hledá jejich náhradní uspokojení, nebo činností, do níž promítá své konflikty či jiné potíže a jejímž prostřednictvím se pokouší o jejich řešení
- hra může sloužit jako prostředek ke snižování napětí, které v dítěti vyvolalo prožití určitých událostí

Teorie o intelektuálním vývoji dítěte a spojuje hru s procesem asimilace a akomodace.

Asimilace je proces, kterým jedinec mění zvnějšku přijímané informace

Akomodace znamená, že se naopak sám vnějšmu světu přizpůsobuje. Hru považuje za asimilaci, včleňování nového zážitku mezi dřívější.

https://www.damu.cz/media/MOZNOSTI_HRY_Slavikova_knizni_blokDEF1.pdf

Nejdříve jde o hry smyslové: výskání, broukání, vyluzování nejrůznějších zvuků, pohyby hlavou, rukama. Na konci prvního roku přicházejí na řadu hry funkční – pohybové, pak napodobivé, později i vlastní hra symbolická. Hra batolete je považována za činnost důležitou pro rozvoj psychomotoriky, pro zdokonalování vizuomotorické koordinace. Jako taková je označována za samozpevňující. Dítě při ní rozvíjí své schopnosti, intenzivně a mnohostranně se cvičí (Říčan, 1989).

Od 3. do 6. roku nastupuje období tzv. „druhého dětství“ (Nakonečný, 1995, s. 365), období antropocentrismu, dětského egocentrismu. Dítě je ve svém vnímání středem světa. Vzniká vědomí vlastního sociálního já, vědomí odlišnosti, jedinečnosti. I dětské hry se proměňují. Do středu pozornosti se dostává především sociální aspekt, nápodoba, dítě si nehraje s něčím, ale na něco, imituje svět dospělých. Učí se „hrovou“ formou zákonitostem jejich světa. Jeho myšlení je v této době magické, fantazijní. V dětských hrách předškolního věku se například vyskytuje postava imaginárního společníka. Dítě si vymyslí partnera, pojmenuje ho, hovoří s ním, hraje si s ním. Hraje si náruživě, je do své hry plně ponořeno. Hra přináší poznání, ale především potěšení. Z her na něco, na někoho, na honěnou dítě přechází k námětovým hrám, hraní pohádek, ve škole se setkává s hrou didaktickou.

Z vývojového hlediska, kdy se dítě postupně socializuje, proměňuje se také herní chování. Dítě si nejdříve hraje samo, je plně zaujato, nikoho ke své hře nepotřebuje. Osamocená hra dítěte i později během předškolního věku je považována za období, ve kterém dítě může rozvíjet své schopnosti, představivost, tvůrčí návyky. Kolem dvou let začíná navazovat vztahy k dětem stejného věku, nicméně je stále soustředěno především na blízkého dospělého. Později v tomto období dochází k paralelní hře – děti si hrají vedle sebe. Ačkoli každé z nich má stejné hračky, nehrají si spolu. Při hře společné, která vývojově následuje, kolem tří let, začíná mít hra charakter spolupráce či soupeření. Důležité je právě to, že jde o společenství. Význam společenství převažuje nad významem hry. Podstatou kooperativní hry je spolupracující usilování o dosažení společného cíle (Gillernová, 2000). Hra je organizovaná, ve společné hře jsou rozděleny role, každé dítě přispívá osobitým dílem. Dítě se stává oblíbeným nebo neoblíbeným, kamarádem či sokem, přirozeným vůdcem. Dochází k odlišení role mužské a ženské.

Dětskou hrou se zabýval švýcarský psycholog Jean Piaget. Hra je podle Piageta důležitá pro vývoj inteligence. Z tohoto pohledu považuje dětskou hru nejdříve jako „procvičovací“ (senzomotorická činnost), později „symbolovou“ a po 11. roce života přicházejí hry „pravidlové“. Ve chvíli, kdy dítě přistupuje na pravidla, potřebuje, aby byla nejdříve striktně dodržována, aniž by samo vědělo proč. Teprve později je schopno se o nich domlouvat, vytvářet je, měnit, porušovat. Piaget vykládá hru jako asimilaci – přizpůsobování intelektu stále náročnějším úkolům v dětství a dospívání (Piaget, 1970)

Terapie hrou u dítěte

Hra je hlavním terapeutickým prostředkem u dětí, formu hry používáme v dětské psychodiagnostice. Vedle kresby a snu je další možností, jak se setkat s duší dítěte. První teoretický i praktický podnět k diagnostickému užití hry vzešel od Sigmunda Freuda. Freud pojímá hru ve dvojím významu: jako naplňování pudových přání a zároveň jako katartickou abreakci. Použití hrové techniky k diagnostickému účelu tak zároveň může působit i terapeuticky.

Hra jako terapeutický prostředek je zmiňována například při zvládání separační úzkosti (18–24 měsíců). „Je-li dítě už na úrovni symbolického myšlení, může právě v rovině symbolické hry nabýt dojmu, že situaci samo kontroluje“ (Říčan, 1995, s. 81). Hra je prostředkem, který pomáhá dítěti z

duševní tísně. Pomáhá mu vyrovnat se s tím, že může být smutné, mít strach, cítit zmatek nebo se dostane do pro něj nepochopitelného konfliktu. U předškolních a mladších školních dětí je nejoblíbenějším prostředkem kontaktu s vlastním nitrem a okolím. Hra je přizpůsobivé, živé, kdykoli zvrtné dění, bezprostředně „hmatatelné“. Umožňuje sebevyjádření, odreagování, korekci patologické citové dynamiky. Dítě se může pomocí hry připravit například na bolestivý léčebný zákrok, může se hrou jak vyjádřit, tak uvolnit (Říčan, 1995).

V psychoanalytické terapii se nejvýznamněji zabývali hrou Melanie Kleinová, Anna Freudová a Hans Zulliger. Významnými představiteli diagnostického využití hry jsou pak především Margaretta Lowenfeldová a Charlotte Bühlerová. Z českých psychologů bychom uvedli Vladimíra Boreckého a Danu Krejčířovou.

Terapie hrou - <https://detsky-psychotherapeut.cz/terapie-hrou/>

<https://www.bapt.info/>

Britská **asociace herních terapeutů (BAPT)** byla prvním řídicím orgánem, který zastupoval a reguloval herní terapeuty ve Spojeném království. Školíme a dohlížíme na naše BAPT Registered Play Therapists® podle nejvyšších klinických standardů a zajišťujeme, že jsou dobře vybaveni k podpoře emocionální a psychické pohody dětí.

<https://obchod.portal.cz/pedagogika/hry-a-cinnosti-pro-vyvoj-ditete-s-postizenim>

<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/77238> - kombinované postižení

2.3.1 Význam hry u dětí s kombinovaným postižením

O rozsáhlém významu dětské hry pojednává již první kapitola (resp. podkapitola 1.3). Toto vše platí i pro děti se zdravotním postižením. Nelze si však nevšimnout, že zatím co u dětí, jejichž vývoj probíhá, řekneme, „obvyklým“ způsobem, chápeme hru hlavně jako radost, zábavu a uspokojení, které dětem „hraní si“ přináší a všechny ty „hodnoty“, které jsou se hrou spojeny, jako například rozvoj kognitivních funkcí, sociálních dovedností, kreativity, naplňování přání a potřeb aj., jakoby přicházely samy od sebe (jako takový velmi důležitý, zásadní, nicméně „vedlejší produkt“ hry); u dětí se zdravotním postižením (zvláště u dětí s těžšími a velmi těžkými formami postižení) hru chápeme často hlavně jako prostředek pro učení, terapii, stimulaci, nácvik... Jinými slovy, implicitní cíle a funkce hry se dostávají, hovoříme-li o hře dětí se zdravotním postižením, výrazněji do popředí. Na tuto tendenci upozorňuje např. Björk-Åkesson a Brodin (1992 in Brodin 2005). Brodin však dodává, že „navzdory tomu, většina dětí zažívá uspokojení, jelikož jsou schopné zvládat více a více věcí“ (2005, s. 642).

V odborných textech, věnujících se hře dětí se zdravotním postižením (resp. dětí s kombinovaným postižením), je na hru nahlíženo zejména jako na významný prostředek diagnostiky, terapie a učení.

Hra jako

- diagnostika
- terapie
- prostředek učení

Při hledání způsobů podpory dítěte při hře je však třeba, jak uvádí Lee a MacWilliam, oprostit se od „určitých předpokladů týkajících se toho, co vlastně „hra“ je, a začít se tvořivě zamýšlet nad svým přístupem k věcem a činnostem. Uvažujeme zde o potřebách velice specifické skupiny dětí, jejichž vnímání a chápání okolního světa se zřejmě velice liší od našeho vlastního vnímání“ (2009, s. 60).

Autorky, ve shodě s Lilli Nielsen, dále uvádějí tři klíčové faktory (podmínky), které jsou zásadní pro rozvoj herních dovedností u dětí s kombinovaným postižením:

1. **Role dospělého** – jako toho, kdo napomáhá procesu, je jeho prostředníkem a někdy musí zakročit, zároveň si zachovává i interaktivní a nedirektivní přístup.
2. **Vytvoření vhodného prostředí** – úprava prostředí zásadně ovlivňuje způsob, jakým je dítě zkoumá a interaguje s ním.
3. **Ohled na vývojovou úroveň dítěte** – aby se dítě mohlo učit prostřednictvím hry, musí mu být správně „ušita“ na míru podle stupně jeho vývoje.

Jedním z těchto znaků je, že zatím co u dětí bez zdravotního postižení se hra zpravidla vyvíjí přirozeně, nezáměrně, jakoby sama od sebe, děti se zdravotním postižením (zvláště pokud jde o těžší a těžké formy postižení) se často musí učit, jak si hrát (Heuttig, Bridges, Woodson 2002; Lee, Mac William 2009).

Dalším znakem hry dětí s postižením by mohla být určitá jednotvárnost či „ztuhlost“ hry, „charakter jejího děje a průběhu bývá mechanický a stereotypní“ (Přinosilová 2007). Rigidního charakteru hry u participantů, zařazených do výzkumu, si všimli například i Barton a Wolery (2010) při zkoumání symbolické hry (Pretend play) u dětí s postižením.

Význam dospělého při hře

Často zmiňvaným znakem je velký důraz na participaci dospělých při hře těchto dětí. Zatím co děti bez postižení si hrají většinou samy, bez zasahování dospělých, u dětí s postižením to často není možné, protože jsou závislé na podpoře od svých rodičů či pečovatelů (Brodin 2005). U dětí s těžkým postižením je často patrná „naučená bezmocnost“ a nedostatek sociálních kompetencí, mnoho těchto dětí se tak jeví jako pasivní a mají potíže s iniciováním hry, potřebují být ke hře stimulovány rodičem nebo jiným dospělým (Brodin 1999).

Hra je pro děti klíčovou součástí vývoje a vývojového učení. U dětí s vývojovým postižením však mohou existovat určitá specifika ve způsobu, jakým se hra vyvíjí a jak je prožívána. Tyto děti mohou mít omezený přístup k tradičním formám hry z důvodu motorických, kognitivních, senzorických nebo sociálních překážek, které mohou ovlivnit jejich schopnost zapojit se do běžných herních aktivit.

Psychologické aspekty hry a její význam pro děti se zdravotním postižením

Hra je pro děti neocenitelným nástrojem nejen pro rozvoj motorických, kognitivních a sociálních dovedností, ale má také klíčový psychologický význam. U dětí se zdravotním postižením je hra zvláště důležitá, protože pomáhá kompenzovat některé obtíže, které mohou mít v jiných oblastech jejich vývoje. Psychologické aspekty hry jsou zásadní pro zajištění zdravého psychického a emocionálního rozvoje, zvyšování sebeúcty, a pro posílení jejich sociálních a emocionálních dovedností.

1. Hra a rozvoj sebeúcty a sebevědomí

Pro děti se zdravotním postižením je hra nástrojem, který jim umožňuje rozvíjet sebevědomí a pozitivní obraz o sobě. Děti s postižením mohou čelit častějším negativním hodnocením nebo stigmatizaci od ostatních. Zapojení do hry, kde mohou uspět a prožívat úspěch, je klíčové pro jejich sebeúctu. Hra poskytuje prostor pro úspěch na základě individuálních schopností, což podporuje pocit vlastní hodnoty.

- **Význam:** Hra umožňuje dětem rozvíjet dovednosti, které vedou k posílení jejich sebeúcty. Děti se mohou cítit kompetentní, pokud mají možnost plnit úkoly a dosahovat malých cílů.

- **Odkaz:** Autismus.cz - [Hra a rozvoj dětí s autismem](#) – Tento web nabízí nástroje a přístupy k rozvoji sebevědomí u dětí s autismem prostřednictvím hry.

2. Hra jako nástroj pro rozvoj kognitivních dovedností

Hra pro děti se zdravotním postižením je nejen zábavou, ale také prostředkem pro rozvoj jejich kognitivních dovedností. U dětí s různými formami postižení (např. mentálním postižením nebo Downovým syndromem) je důležité přizpůsobit hračky a hry, které stimulují jejich paměť, koncentraci a schopnost řešit problémy. Hra může pomoci dětem zlepšit jejich pozornost, koncentraci a schopnost řešit problémy.

- **Význam:** Prostřednictvím herních aktivit se mohou děti učit základním kognitivním schopnostem, jako je rozeznávání tvarů, barev nebo čísel, a zároveň rozvíjet dovednosti spojené s vytrvalostí a sebekontrolou.
- **Odkaz:** [Downův syndrom - Sdružení rodičů dětí s Downovým syndromem](#) – Tento web nabízí informace o tom, jak přizpůsobit hry pro děti s Downovým syndromem, aby podpořily jejich kognitivní rozvoj.

3. Hra jako prostředek pro zlepšení sociálních dovedností

Sociální dovednosti, jako je komunikace, spolupráce a sdílení, jsou pro děti se zdravotním postižením často výzvou. Hra umožňuje dětem zapojit se do interakcí s vrstevníky a učí je, jak se chovat v různých sociálních situacích. Pro děti s autismem nebo jinými vývojovými poruchami může být výzvou rozpoznat sociální signály nebo správně reagovat na ně, ale hra jim dává příležitost zkoušet tyto interakce v bezpečném a podporujícím prostředí.

- **Význam:** Hraní her s ostatními dětmi pomáhá dětem se zdravotním postižením zlepšit jejich komunikační schopnosti, naučit se pravidla sociálních interakcí a rozvíjet empatii.
- **Odkaz:** [Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením](#) – Tato organizace poskytuje rady, jak podporovat děti s mentálním postižením ve vývoji sociálních dovedností prostřednictvím her.

4. Hra jako nástroj pro emocionální regulaci

Děti se zdravotním postižením mohou mít obtíže s emocionální regulací, což může vést k frustraci, úzkosti nebo problémům ve vztazích s ostatními. Hra jim dává příležitost zpracovávat a vyjadřovat své pocity v bezpečném prostředí, což může pomoci zlepšit jejich emocionální stabilitu a schopnost vyrovnat se s různými emocemi.

- **Význam:** Hra může pomoci dětem vyjádřit své pocity, učit je rozpoznávat různé emoce a zlepšit jejich schopnost regulovat své reakce na stresující situace.
- **Odkaz:** [Autismus - Terapeutické přístupy k dětem s autismem](#) – Tento web poskytuje informace o tom, jak mohou terapeutické hry pomoci dětem s autismem zlepšit jejich schopnost regulovat emoce.

5. Důležitost přizpůsobení hry pro děti se zdravotním postižením

Aby byla hra efektivní pro děti se zdravotním postižením, je klíčové ji přizpůsobit jejich individuálním potřebám. Různé děti budou mít různé výzvy – např. motorické potíže, kognitivní omezení, nebo senzorické přecitlivělosti. Hračky a hry by měly být vybírány tak, aby podporovaly konkrétní potřeby dítěte a pomáhaly mu v rozvoji jeho silných stránek.

- **Význam:** Vhodně přizpůsobené hry pomáhají dětem rozvíjet dovednosti, které by bez těchto aktivit nebyly tak efektivně podporovány.
- **Odkaz:** [Hračky pro děti se zdravotním postižením - Specializované hračky](#) – SKP Centrum nabízí poradenství o tom, jaké hračky a aktivity jsou nejvhodnější pro děti s různými typy postižení.

Závěr

Hra hraje pro děti se zdravotním postižením klíčovou roli ve všech aspektech jejich vývoje – od rozvoje kognitivních a motorických dovedností po zlepšení sociálních interakcí a emocionální regulace. Důležité je, aby byla hra přizpůsobena individuálním potřebám dítěte a umožnila mu dosahovat malých úspěchů, které podporují jeho sebevědomí a sebedůvěru. Kvalitní podpora v podobě správně vybraných her a aktivit může výrazně přispět k pozitivnímu vývoji dítěte a zlepšení jeho kvality života.

Citace a odkazy:

1. **Autismus.cz** – Terapeutické přístupy a hry pro děti s autismem. Dostupné na <https://www.autismus.cz>
2. **Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením** – Sociální dovednosti a hry pro děti s mentálním postižením. Dostupné na <https://www.splmp.cz>
3. **Downův syndrom – Sdružení rodičů dětí s Downovým syndromem** – Kognitivní rozvoj dětí s Downovým syndromem. Dostupné na [<https://www.ds-centrum.cz>](<https://www.ds->

Vývojové postižení

Následující text se zaměřuje na specifika hry u dětí s vývojovým postižením a poskytuje odkazy na relevantní zdroje, které mohou poradenským pracovníkům nebo pečujícím pomoci lépe pochopit, jak podpořit hru u těchto dětí.

1. Specifika hry u dětí s vývojovým postižením

a) Motorické schopnosti a hra

Děti s vývojovými postižením, jako je **dětská mozková obrna** nebo jiná neurologická onemocnění, mohou mít omezenou motoriku, což ovlivňuje jejich schopnost zapojit se do fyzických her a aktivit. Například děti s motorickými problémy mohou mít potíže s manipulací s předměty, chůzí nebo prováděním jemné motoriky, což ovlivňuje jejich schopnost hrát s hračkami, kreslit nebo se zapojit do her s ostatními dětmi.

- **Doporučení:** V případě dětí s motorickými potížemi by měly být hry přizpůsobeny tak, aby podporovaly jejich motorické dovednosti. Hračky, které stimulují jemnou motoriku, a aktivity zaměřené na rozvoj koordinace rukou a očí, mohou být prospěšné.
- **Odkaz:** [Dětská mozková obrna - informovanost a pomoc](#) - Tento portál nabízí informace o vývojových poruchách, včetně herních aktivit pro děti s motorickými problémy.

b) Kognitivní výzvy a hra

U dětí s vývojovým postižením, jako je **Downův syndrom**, mohou být kognitivní schopnosti omezené, což může ovlivnit jejich schopnost chápat pravidla her nebo se soustředit na úkoly.

Kognitivní problémy mohou také ovlivnit jejich schopnost plánovat, řešit problémy nebo rozumět sociálním interakcím v rámci hry.

- **Doporučení:** Hry, které jsou zaměřeny na rozvoj kognitivních dovedností, by měly být zjednodušeny a přizpůsobeny úrovni porozumění dítěte. Například obrázkové karty, puzzle nebo hračky, které stimulují paměť a učení, mohou pomoci.
- **Odkaz:** [Downův syndrom – Sdružení rodičů dětí s Downovým syndromem](#) - Toto sdružení nabízí tipy na hry a aktivity pro děti s Downovým syndromem, které rozvíjejí kognitivní schopnosti.

c) Senzorické problémy a hra

Děti s vývojovým postižením, zejména s autismem nebo jinými poruchami autistického spektra, mohou mít senzorické problémy, které ovlivňují jejich zapojení do hry. Mohou být přecitlivělé na zvuky, doteky nebo světlo, což ovlivňuje jejich ochotu účastnit se běžných herních aktivit.

- **Doporučení:** Pro děti s autismem nebo jinými senzorickými problémy je důležité vybírat hry, které jim umožní postupně se zapojit do aktivit bez přetížení. Hračky, které podporují smyslový vývoj a mají jemné textury nebo regulovatelné zvuky, mohou být vhodné pro dítě.
- **Odkaz:** [Autismus - Autismus.cz](#) - Tento web poskytuje informace o autismu a vhodných herních aktivitách pro děti s poruchami autistického spektra.

d) Sociální dovednosti a interakce

Děti s vývojovým postižením mohou mít také problémy se sociálními dovednostmi a mohou mít potíže s interakcí s ostatními dětmi během hry. Mohou mít potíže s navazováním kontaktu, pochopením pravidel sociální interakce a s vyjádřením emocí během hry.

- **Doporučení:** Hry, které podporují spolupráci, komunikaci a týmovou práci, jsou pro tyto děti obzvláště důležité. Podpořit dítě v zapojení do skupinových her může pomoci rozvinout jejich sociální dovednosti.
- **Odkaz:** [Sociální interakce u dětí s vývojovým postižením](#) - Portál nabízí poradenství, jak rozvíjet sociální dovednosti dětí s různými druhy postižení.

2. Důležitost hry pro děti s vývojovým postižením

Hra má pro děti s vývojovým postižením zásadní význam, protože podporuje nejen motorické a kognitivní dovednosti, ale také poskytuje prostor pro emocionální a sociální rozvoj. I když mohou mít děti s vývojovými problémy obtíže v některých oblastech, hra je stále efektivním nástrojem pro podporu jejich rozvoje a integrace do společnosti.

3. Typy her a aktivit pro děti s vývojovým postižením

- **Hračky podporující jemnou motoriku:** Speciálně navržené hračky, které dítěti pomohou rozvíjet jemnou motoriku a koordinaci (například hračky pro uchopení, kousací hračky, stavebnice).
- **Kognitivní hry:** Jednoduché puzzle, hračky, které podporují rozpoznávání tvarů, barev a čísel, a hry zaměřené na zapojení paměti.
- **Senzorické hračky:** Hračky, které stimulují smyslové vnímání, jako jsou hračky s různými texturami, světelnými a zvukovými efekty, nebo speciální hračky pro děti s autismem.

4. Zdroje a citace:

1. **Dětská mozková obrna** - Poradenství pro rodiče a děti. Dostupné na <https://www.dmo.cz>
2. **Downův syndrom - Sdružení rodičů dětí s Downovým syndromem**. Dostupné na <https://www.ds-centrum.cz>
3. **Autismus - Autismus.cz** - Informace o autismu a podpůrných aktivitách pro děti. Dostupné na <https://www.autismus.cz>
4. **Sociální interakce u dětí s vývojovým postižením - SOS Děti**. Dostupné na <https://www.sos-deti.cz>

Specifika hry u dětí s vývojovým postižením jsou velmi různorodá a závisí na typu postižení. Hlavní výzvou je přizpůsobit hru individuálním potřebám dítěte tak, aby byla pro něj přístupná, zábavná a podporovala jeho celkový rozvoj.

18. Vývoj a rozvoj komunikace u dětí s vývojovými poruchami. Komunikace u dětí s autismem, vývojové poruchy řeči. Podpůrné komunikační metody (např. augmentativní a alternativní komunikace).

Možnosti simulace v předverbálním a verbálním období vývoje řeči, jazyka a komunikace.

Předřečové stádium se nachází mezi 0 a 12 měsícem vývoje dítěte. Novorozenci po narození reflexně plačí a vydávají zvuky nadavování a sání. Sluch a zrak jsou výrazně omezeny. Náznaky první komunikace u dítěte jsou změny v napětí těla, polohy těla, pohybu očí a hlavy. V tváři jde vidět emoce jako zájem utrpení nebo úlek. Pláč se dělí na několik druhů. Podle délky můžeme poznat, jestli dítě má hlad nebo ho něco bolí.

V prvním měsíci se začíná objevovat sociální úsměv a vyhledávají obličeje ostatních lidí. Dokážou imitovat mimiku obličeje osob ve svém okolí.

Pro možnosti stimulace musíme znát vývoj jedince a jeho možnosti v určitých věkových stádiích. V předverbální fázi je velice důležité mluvit na dítě, být správným řečovým vzorem, obklopovat ho zajímavými zvuky, udržovat oční kontakt, nenutit dítě být potichu a nechat ho experimentovat s mluvidly a podněcovat ho.

„Řada dětí má významné obtíže imitovat neřečové i řečové zvuky a později slova. Jsou to děti, které nevydávají zvuky v kojeneckém a batolecím věku a které nemluví nebo mluví velmi málo až do svých tří, čtyř i více let. Jsou to děti, které mají obtíže při motorickém plánování pohybu, a vývojovou dyspraxii, děti s PAS či mentálním postižením.“ Červenková (2019, str.119 až121 z 1056)

Vokalizaci můžeme podpořit vhodným místem nebo dotekem na ně, různé taktilní aktivity, zařazovat oblíbené aktivity. Učíme se správně dýchat a hlavně vydechovat/foukat pusou. Podpoříme to pomocí píšťalek, kazoo, bublifuků,...

Dále také můžeme využít techniku vokální synchronie, což je moment, kdy oba dva vydávají ve stejnou chvíli stejný zvuk. Nácvik výměny rolí u mluvních partnerů se známým repertoárem zvuků. Pokud komunikace jeví dítěti obtíže je vhodné využít prvky AAK.

Dítě začne produkovat protoslova, nejsou to slova jako taková, ale mají jasný význam pro dítě a nachází se za nimi jasné pauzy.

Využívání znaků a gest je pro děti které mají obtíže komunikovat verbálně jednodušší. Gesta se také využívají u multisenzoriálního přístupu. Základní gesta jsou přirozená a používá je v podstatě každé dítě (ukazování ukazováčkem, ukazování předmětu v ruce, očekávání reakce na předmět a podávání předmětu jiné osobě).

„Pokud dítě nepoužívá gesta, nevokalizuje, nežvatlá a nepoužívá ani jiné projevy řečového chování, jsou cílem terapie tyto prekurzory vývoje řeči:

- *Schopnost navázat a udržet zrakový kontakt,*
- *Schopnost společné pozornosti,*
- *Výměna rolí při společných činnostech mezi rodičem a dítětem,*
- *Reference – schopnost vnímat současně jak osobu, tak i předmět, s kterým se manipuluje,*
- *Schopnost záměrně ovlivnit chování ostatních,*
- *Funkční hra.“ Červenková (2019, str.203 až 205 z 1056)*

Stádium jednoslovných odpovědí začíná slovními komplexi což jsou slova, co si dítě vytvořilo a používá je k pojmenování svého okolí. Rodič ho podporuje, tím se také učí dialogu. Rodič zopakuje zvuk a vystřídají se.

Důležité pro porozumění vazby mezi slovem a jeho významem je potřeba rozvinout pozornost a paměť. Nejjednodušší je začít přes konkrétní předměty k zástupným znakům v 9 měsících.

Děti mají tendenci ke generalizaci a postupně se jim zvětšuje slovní zásoba v 16. měs. 40 slov a v 18. měs. 76 slov.

Struktura cílů pro rozvoj jazykově deskriptivního vývojového modelu. Věnuje se: komentování (stimulovat), regulování chování ostatních (z nezralého způsobu na zralejší), protest a odmítnutí (využití gesta či slova), odpovědi na otázky ostatních (navázat na komunikaci), správný řečový vzor, sociální rutiny, pozdravy (hry – paci, paci, pacičky), hra (s předměty denní potřeby), hry s hračkami (atraktivní jsou hry s vylíváním/nalíváním, sypaním,...), hry se zvuky, symbolická hra (rozumí stálosti předmětu, první prvky fantazie, hra může být pro dítě učením, cílem je používat hračku funkčním způsobem)

Cílem z hlediska formy je použít sémantické kategorie existence, neexistence, lokativní činnosti, činnosti, odmítnutí a opakování. Některé děti je ještě nepoužívají.

Cíle z hlediska rozvoje kognitivních schopností je rozvoj. V publikaci *Rozvoj komunikačních a jazykových schopností: u dětí od narození do tří let věku* je mnoho cvičení. Nejvíce jsou vhodná pro děti, které mají málo jednoslovných výpovědí.

Klinické znaky možného problému v 18. měs.. Mezi důvody ke znepokojení patří nedostatek komunikačních gest, nevyužívá sociální hry, nezapojuje se, neimituje, nehraje si „jako“, používá jen omezený počet zvuků, jen samohlásky, rozumí omezenému okruhu slov, nerozumí jednoduchým pokynům, aktivně používá méně než 10 slov, ztrácí řečové či sociální schopnosti,....

Dále pokračujeme stádiem dvouslovných výpovědí, holých vět a prvních trojslovných výpovědí, stádium čtyřslovných výpovědí s rozvitou přísudkovou částí a stádium souvětí.

ČERVENKOVÁ, Barbora. *Rozvoj komunikačních a jazykových schopností: u dětí od narození do tří let věku. Pedagogika*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2054-3.

Chat GBT

Vývojové poruchy jazyka představují skupinu poruch, které ovlivňují schopnost dítěte rozvíjet a používat jazyk. Tyto poruchy mohou zahrnovat opožděný vývoj řeči, potíže s artikulací, porozuměním nebo používáním jazyka v komunikaci. Včasná diagnostika a intervence jsou klíčové pro podporu správného jazykového vývoje dítěte.

Typy vývojových poruch jazyka:

1. **Specifická porucha artikulace řeči (F80.0):** Projevuje se potížemi ve správné výslovnosti hlásek, což může vést k nepochopení řeči. cite turn0search0
2. **Expresivní porucha řeči (F80.1):** Děti mají omezenou slovní zásobu a potíže s tvorbou vět, což ovlivňuje jejich schopnost vyjadřovat se. cite turn0search0
3. **Receptivní porucha řeči (F80.2):** Projevuje se obtížemi v porozumění řeči, což může ovlivnit schopnost dítěte chápat pokyny a komunikaci. cite turn0search0

4. **Vývojová dysfázie (F80.3):** Opožděný nebo narušený rozvoj řeči bez zjevné příčiny, často spojený s dalšími poruchami, jako jsou obtíže ve čtení a psaní. cite turn0search1

Příčiny vývojových poruch jazyka:

Příčiny mohou zahrnovat genetické faktory, neurologické abnormality, smyslová poškození nebo nedostatečnou jazykovou stimulaci v raném věku. Je důležité provést komplexní diagnostiku k určení specifických příčin a potřebné podpory pro dítě.

Diagnostika a intervence:

Diagnostiku provádí odborníci, jako jsou logopedi, psychologové a další specialisté. Intervence zahrnují logopedickou terapii, která se zaměřuje na zlepšení výslovnosti, rozšíření slovní zásoby a zlepšení porozumění řeči. Včasná a cílená podpora může významně zlepšit komunikační dovednosti dítěte a jeho integraci do společnosti.

Další zdroje informací:

- **Poruchy vývoje řeči – WikiSkripta:** Podrobný přehled různých poruch řeči, jejich příčin a terapeutických přístupů. cite turn0search4
- **F80 – Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka – Symptomy.cz:** Informace o diagnostických kritériích a projevech jednotlivých poruch. cite turn0search5

Pro rodiče a pedagogy je důležité sledovat vývoj řeči u dětí a v případě pochybností vyhledat odbornou pomoc. Čím dříve je porucha identifikována, tím efektivnější může být následná podpora a terapie.

<https://logopedie-praha.cz/services/vyvojove-poruchy/>

Vývojové poruchy

Patří sem poruchy, kdy normální způsob osvojování jazyka je narušen od časných vývojových stádií.

V pozadí obtíží nejsou ale přímo neurologické abnormality, poruchy řečového mechanismu, smyslová poškození, mentální retardace nebo nedostatečně podnětné prostředí.

Prvním charakteristickým rysem dětí s vývojovými poruchami je zpožděný nástup řeči. Tyto děti začínají mluvit později než ostatní děti, nejčastěji kolem 3. roku věku

Důvod, proč se dítě s nástupem řeči zpožďuje může být různý. Nejčastějším důvodem je však zpožděné zrání CNS. Vyskytují se určité abnormality nervových drah, kdy dochází k dyskoordinaci pravé a levé hemisféry. Nervová spojení jsou nezralá, neefektivní.

Dalším charakteristickým rysem je, že jejich slovník přibývá velmi pomalu, zejména jiné slovní druhy než podstatná jména, dítě má problémy utvořit větu, dělá časté chyby v gramatické struktuře věty, slova klade v nesprávném slovosledu, špatně si nová slova pamatuje, protože má nezralou sluchovou paměť

Nejčastější vývojovou poruchou řeči dětí je **vývojová dysfázie**.

Dítě má narušenou schopnost rozumět mluvené řeči nebo se vyjadřovat v porovnání s vrstevníky.

V raném věku se vývojová dysfázie demonstruje opožděným vývojem řeči a jazyka. Děti s vývojovou dysfázií většinou nemluví ještě ve třech letech. Typická je pro ně porucha rozlišování fonologických opozic.jednoduše řečeno těmto dětem dělá problém rozlišovat v řeči tvrdost a měkkost hlásek, znělost

a neznělost a dlouhé a krátké hlásky. Tvorba hlásek je u nich porušena, což se projevuje přehazováním hlásek nebo slabik ve slovech. Díky tomu mají děti s vývojovou dysfázií v předškolním věku velice nesrozumitelnou řeč, Cizí lidé jim někdy nerozumí vůbec. Slova komolí nebo vyslovují jenom jejich části. Z hlediska výkonů v neverbálních rozumových schopnostech se děti s vývojovou dysfázií neliší od normy.

Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka jsou často následovány přidruženými problémy. Patří mezi ně obtíže ve čtení a psaní, obtíže v mezilidských vztazích, poruchy emocí a chování.

50 – 90% dětí s vývojovou dysfázií vykazuje určité deficitní rysy v jazykových výkonech i později než v předškolním věku. Často pokračují do pozdějšího dětství a přecházejí v problémy se čtením a neschopností osvojit si gramatická pravidla jazyka.

<https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/zvlastnosti-ve-vyvoji-komunikacnich-dovednosti-deti-s-poruchou-autistického-spektra>

Odlíšné „vrůstání“ do jazyka u dětí s PAS

Komunikační dovednosti a jejich vývoj jsou závislé na vývoji sociálních dovedností a na sociální interakci. Sociální interakce a komunikace se vyvíjí společně. Dospělí působí neverbálními i verbálními podněty na dítě, dítě reaguje a podává zpětnou vazbu svým chováním, a to zpětně vyvolá uzpůsobení komunikace ve směru k dítěti. Hlavní roli při „vrůstání“ do jazykového systému mateřského jazyka hraje napodobování a opakování. Pro děti s autismem jsou všechny tyto činnosti obtížné. Napodobování a sociální forma učení u dětí s autismem často ve vývoji chybí nebo jsou omezené. U dětí s autismem tak vývoj neprobíhá přirozeně, děti nemohou spontánně „nasávat“ mateřský jazyk a „vrůstat“ do něj, vývoj komunikace probíhá odlišně.

Slovní zásoba, gesta a odlišnosti v komunikaci

Děti s autismem mívají menší slovní zásobu, často ve dvou letech věku aktivně užívají pouze kolem 20 slov (jejich vrstevníci bez autismu ve stejném věku mohou užívat 100-300 slov). Výjimečně ukazují na předměty. Vývoj gestiky je také odlišný. Komunikace prostřednictvím gest se nerozvíjí nebo je opožděná. Z pohledu logopeda, který vnímá gesta jako přípravné stádium pro slova, je diagnostika i terapie směřována již do tohoto předřečového období. V dalších fázích vývoje řeči, kdy se tvoří u dětí slovní spojení a věty, nedochází u dětí s autismem k tvorbě slovních spojení, a pokud ano, tak velmi omezeně.

Kreativní jazyk bývá omezený. Intonace, přízvuk, melodie i rytmus komunikačního projevu je zvláštní až monotónní. Převažuje neverbální forma komunikace nad verbální, přetrvávají echolalie. Porozumění verbálním podnětům je narušené, abstraktní výrazy bývají nepochopeny, delší věty a souvětí dětem nedávají smysl. Pasivní slovní zásoba u většiny případů dětí s autismem převyšuje nad aktivní. Problematické bývá skloňování, časování, užívání zájmen, tvorba vět v gramaticky správném tvaru. Otázky a zápor jsou tvořeny s chybou. V pragmatické jazykové rovině vidíme nejvíce odlišností, které zrcadlí obtíže v sociální oblasti.

Existují děti s PAS, jejichž vývoj řeči je naopak akcelerovaný a mluví velmi dobře, i když mohou mít obtíže řeč uplatňovat v běžné vzájemné konverzaci a sociálních situacích. Někdy si vytvoří bohatou slovní zásobu pouze z oblasti, která je zajímavá, jindy se díky výborné verbální paměti jejich řečová produkce více opírá o opakování než o porozumění významu. U některých dětí obtíže v řeči přetrvávají delší dobu, postihují více rovin a logopedem je diagnostikována vývojová porucha řeči různého stupně.

Specifika terapie a intervence pro děti s vývojovými poruchami komunikace

V terapii dětí s autismem a vývojovými poruchami řeči je kladen důraz na individuální přístup a použití různých terapeutických metod. Zde jsou některé specifické terapeutické přístupy:

Aplikovaná behaviorální analýza (ABA):

ABA terapie je účinnou metodou pro děti s autismem, která se zaměřuje na pozitivní posílení chování. Pomocí této metody lze naučit děti základní komunikační dovednosti, jako je používání slovních spojení nebo znaků, a pomoci jim zlepšit sociální interakce.

- **Odkaz:** [Autismus.cz – ABA Terapie](http://Autismus.cz) – Detailní informace o aplikované behaviorální analýze a její aplikaci u dětí s autismem.

Program pro rozvoj řeči - PECS (Picture Exchange Communication System):

PECS je systém, který pomáhá dětem, které mají omezenou schopnost mluvit, komunikovat pomocí obrázků. Děti se naučí používat obrázky pro vyjádření svých potřeb a přání, což může zlepšit jejich schopnost komunikovat.

- **Odkaz:** [PECS - Picture Exchange Communication System](http://PECS.org) – Oficiální stránka PECS, která nabízí informace o metodě a školení pro profesionály.

Logopedická terapie:

Logopedie je zásadní pro děti s vývojovými poruchami řeči. Logopedi pracují na zlepšení výslovnosti, rozvoji slovní zásoby, porozumění jazyku a správné gramatice. Terapie může zahrnovat cvičení pro zlepšení artikulace, ale také pro rozvoj dovedností pro konverzaci a sociální interakce.

- **Odkaz:** [Logopedie - Centrum pro poruchy řeči](http://Logopedie-Centrum-pro-poruchy-řeči.cz) – Informace o diagnostice a terapiích zaměřených na poruchy řeči a jazyka.

AAK pro PAS

Obtíže s komunikací jsou u dětí s poruchou autistického spektra běžné. Mohou se projevit jak v opoždění vývoje řeči, tak v sociálních požadavcích okolí. U přibližně 20% osob s autismem se funkční komunikace nikdy nepodaří dosáhnout.

Jedny z prvních ukazatelů, proč rodiče vyhledají pomoc bývá, když dítě nezačne mluvit v daném očekávaném časovém úseku nebo když zapomene již naučená slova, nereaguje na zavolání a má problém porozumět rodičům.

Nejzávažnější formy můžeme předpokládat u dětí které v batolecím věku nezačaly mluvit a nej experimentují se svými mluvidly bez tendence imitace komunikace. Okolo asi druhého a třetího roku života se mohou začít slova postupně vytrácet. Jejich vyjadřování může být netypické. V takovýchto případech můžeme očekávat opakování slov, citací částí filmů nebo reklam které viděli v televizi. Stává se že tyto slova a fráze použijí i na špatném místě.

„Mnoho autistických dětí při komunikaci lépe, než na sluchové pokyny reaguje na pokyny vizuální. Jelikož mají často problém porozumět mluvené řeči, je u nich kladen důraz na nácvik a dorozumívání vizuálních podnětů, jako např. předměty, obrázky, znaková řeč, písmena a nepsaná slova“ (Schopler, 1999, in Smrčka 2021, str.27).

Děti s PAS při učení slov spojují slova s obrazem nebo pocitem, proto je pro ně snadnější se naučit konkrétní podstatné jména nejlépe doplněna zástupným předmětem i jinou vizuální formou (obrázkem). Velké problémy mohou mít se slovy abstraktními a s přenesením významu.

Největší obtíže mají se slovy, která jsou „mentálně neviditelná“. Jsou to slova, kterým nemůžeme přidat vizuální podobu. Mohou to být například: ten, z, pro. U slov, která označují slovesa nebo určování místa jsou méně náročná ale musí si je jedinec pomoci opakování zapamatovat.

Tyto zmíněné obtíže ale nemusí ovlivnit jeho slovní zásobu. Ta může být bohatá, ale jedinec má obtíže ji správně využít, například při rozhovoru.

Některé děti se zaměřují na jedno konkrétní téma, které je fascinuje až ho celé jak nejlépe dovedou pojmu, jiné zase rády opakují co kde slyšeli a ty které mají problémy se vyjádřit rádi vedou ruku dospělého jako prodloužení své ruka za tím co chtějí.

Pro komunikaci s dítětem je velice vhodné vytvořit příjemné a bezpečné prostředí. Hlavní je ho správně a motivovat a podporovat jeho projev. Je vhodnější využívat jednodušší vyjadřování s tím, že bychom se měly přizpůsobit jazykové úrovni dítěte a jeho slovní zásobě.

V případě, kdy u dítěte je slabá verbální stránka je nutné jeho komunikaci podpořit nějakým z prvků AAK. Jednou z hodně využívaných meto je TEACCH program. Zakládá se na strukturované učení, kdy dítě ví, co má očekávat a je srozumitelné. Využívá se vizualizace denního režimu na pomoc časové orientaci.

Mezi receptivní komunikaci, která se záměrně u dětí rozvíjí patří ukazování, oční kontakt (ocenění, když ho zvládne navázat), reakce na jméno, podstatná jména (využívání obrázků, pracovních listů), instrukce a pokyny (od jednodušších k složitějším, kroky podle obrázků), výuka jazyka hrou a další.

Komunikační pomůcky:

- komunikační karty – VOKS je nejčastěji využíván
- komunikační tabulky – z obrázků nebo symbolů, komunikační denník
- sada obrázků, fotografií – pro nemluvíci nebo děti s velmi oslabenou verbální stránkou
- software – hry a aplikace na tabletu – Altík, Brepta, Speechwiever, Všeználek, Mentio
- hudba – rytmus, muzikoterapie

SMRČKA, Milan. *Využití prvků logopedické intervence u dětí s PAS*. Bakalářské práce, vedoucí Kateřina Vitásková. Univerzita Palackého, Ústav speciálněpedagogických studií, 2021.

19. Psychosociální aspekty přijetí a adaptace na postižení u dítěte. Reakce dítěte na zdravotní postižení, proces adaptace. Psychosociální podpora dítěte a rodiny v adaptaci.

Rodiče a fakt postižení

- typické projevy
- **krize rodičovské identity**
 - každý má nějakou identitu → každý si představuje, že se narodí zdravé dítě a začíná se připravovat na identitu rodiče X když se narodí dítě s ZP, dostává se do krize a má problém vidět sám sebe jako rodiče dítěte s postižením
 - menší krize mohou nastat, když se něco nedaří a má pocit, že není dobrý rodič a někde udělal chybu
 - ženy situaci často zvládnou a smíří se X muži mají častěji problém
- změna výchovných postojů a reakcí
 - odlišné chování, očekávání a nároky k dítěti (často i v oblastech, které nejsou zasaženy postižením) → vliv na vývoj osobnosti dítěte
 - když se děti začínají osamostatňovat, krize závislosti

Reakce na sdělení diagnózy

Dle Kübler-Ross:

1. **Popírání** – jedná se o dočasnou obranu v šokové situaci, naprostá neschopnost se se situací smířit
 2. **Hněv/agrese** – objevuje se vztek a závist, komunikace i péče o jedince jsou velmi těžké, odmítá spolupracovat
 3. **Smlouvání** – objevuje se naděje že nemoc je možné oddálit či vyléčit, často obracení k jiným formám léčení či náboženství
 4. **Deprese** – jedinec si uvědomuje nevyhnutelnost umírání a smrti, objevuje se uzavřenost, zamlklost, odmítání společenského kontaktu, nevidí žádnou naději
 5. **Smíření** – dochází k vyrovnání se se situací, jedinec dokáže o svém nemoci/postižení v klidu hovořit
- Fáze jako takové nemusí probíhat v tomto pořadí → To se může měnit
 - Některá fáze nemusí proběhnout vůbec či může docházet k jejímu opakovanému návratu
 - Jedinec také může zůstat v jediné fázi, neschopen se z ní dostat
 - Tehdy je nutné odborné pomoci. Délka a průběh jednotlivých fází se u každého liší.

Fáze přijetí zdravotního postižení dítěte (viz Michalík)

1. **šok**
2. **zpracování informace a reakce na situaci**
3. **adaptace**
4. **přijetí a pochopení**

Šok

- fyziologická reakce → obrana před ztrátou psych. rovnováhy
- trvá minuty, hodiny
- snížena schopnost přijímat odborná sdělení, zprávy
- doporučení sdělení diagnózy nejlépe co nejdříve, adekvátně, **realisticky** (pozitiva i negativa) → i když ze začátku rodiče nevnímají (musí počítat s tím, že musí zopakovat, až opadne šok)
- vhodná jsou **Centra provázení** (pracovníci jsou při sdělení diagnózy a jsou oporou pro rodiče)
 - ty ze začátku financovány z nadací, teď už jsou hrazeny z ministerstva zdrav.
 - jsou v docela dost nemocnicích
- přístup – naslouchání, pochopení, účast,...
- postižení rodiče dnes už děti mít můžou, ale je důležité to vhodně naplánovat a mít oporu X jsou často lépe připraveni, že se to může stát

Zpracování informace a reakce na situaci (postupná akceptace reality)

- reaktivní fáze
 - charakteristická aktivitou rodičů (z pasivity a bloku přešli do aktivity)
 - zvýšený zájem o další informace
- působí emoce (hněv, smutek, úzkost, deprese,...) → brání racionálnímu zpracování
- Michalík: fáze není krátkodobá: „*svým způsobem ji můžeme považovat za celoživotní proces přijímání a zpracování informace o existenci ZP dítěte*“ → obzvláště u progresivních onemocnění
 - je těžké normalizovat život, najít si práci apod. pokud se jeho stav mění ze dne na den
- situace je nezpracovatelná, nepřijatelná → vznikají **tzv. psychické obrany**
- chrání vlastní psychické zdraví
- 2 typy
 - **útok** – aktivní obrana → boj s nepřijatelnou situací
 - **únik** – pasivní reakce → snaha o únik z nepřijatelné situace
- **dost často to ale není podle učebnice X je to mix reakcí**, individuální a vždy hodně náročné

Psychické obrany – útok

- **destrukce, sebedestrukce** (zhroucení, záchvaty vzteku, pláče, afekty, suicidum,...)
- **hledání viníka** → útok na někoho (na lékaře) – **domnělý útok / skutečný útok**
 - někdy se lidem uleví, když najdou viníka
- **nadměrná péče** → ventilace vnitřní tenze → hledání podpory, konzultací (až léčitelé, šarlatáni, apod. → hledání jednoznačně pozitivního řešení)

Psychické obrany – únik

- **krajní úniková reakce** – odložení dítěte
- **popření a vytěsnění** (může přejít do úniku do fantazie) → chovají se jako by dítě bylo zdravé
 - způsobeno i špatným pochopením odborníků → může vést k přílišným nárokům a až k přetěžování dítěte
- **izolace** – uzavření se do sebe (rodina i jednotliví členové) X problém u dlouhodobého přetrvávání → proměna psychiky pečujících osob, obavy z vnějšího světa
- **únik do fantazie** – popírání reality, ve svých představách vidí pomyslné úspěchy dítěte, ojediněle nerozlišuje realitu a své představy (na hraně psychické poruchy)
- **substituční chování** – hledá náhradní zdroj uspokojení na **nevědomé úrovni** → aktivita ve sdruženích, kariéra X POZOR alkohol, drogy, ...
- **rezignace** – opuštění svých cílů, deprese, apatie
- **regrese** – únik na vývojově nižší úroveň jednání → menší zodpovědnost → hledání autorit, které budou řešit problém místo nich a rozhodovat → často přenáší zodpovědnost na lékaře, učitele, kněze,...
- **racionalizace** – situace interpretována přijatelnějším (méně přesným) způsobem

Adaptace

- v širším smyslu již předchozí fáze
- rodiče si **více či méně reálně uvědomují fakt**, kterému byli vystaveni
- již jsou schopni hodnotit podporu a pomoc, kterou získávají od okolí
- informace od odborníků – pravdivé a realistické
- někteří rodiče se ani nedostanou do této fáze

Přijetí a pochopení (realistický postoj k situaci)

- nejde o „smíření“ → **dítě je akceptováno takové jaké je** → **respektování reálných možností jeho rozvoje**
- úprava života rodiny (bydliště, zaměstnání, vzdělávání dítěte, podpora od různých organizací, ...)
 - stabilizovaný stav dítěte → relativní klid
 - progrese a změny stavu dítěte → vytvoření adekvátních podmínek života velmi obtížné (jak organizace rodiny, tak změny ve vztazích)
- poslední fáze (nejdou schopni dosáhnout všichni rodiče)
- zafixování **neadekvátní (maladaptivní) varianty = obranného mechanismu**
 - hyperprotektivita, ochranné postoje

- nepřiměřeně náročné, ambiciózní vých. postoje
- příp. fixace rezignace na výchovu

Okolnosti ovlivňující prožívání rodičů

- typ nemoci nebo postižení (mentální je přijímáno nejhůř)
- etiologie nemoci nebo postižení
- individuální charakteristiky dítěte
- individuální charakteristiky rodičů
- individuální charakteristiky dalších členů rodiny
- struktura a organizace rodinného systému, kvalita vztahů v rodině, vývojová fáze rodiny
- styly zvládání (coping strategie)
- prostředí – množství sociální opory → tendence k izolaci

Vrozené x získané postižení

Vrozené postižení

- u vrozeného, zejména hodně nápadného zdravotního postižení nebývá obvykle přesně známa příčina jeho vzniku a pro okolí může být takové postižení vnímáno hůř
- u dítěte bývá přijímáno jako něco nejasného, tajemného a tím pádem i obávaného
- jedná se o postižení získané v raném věku, které ve větší míře ovlivňuje vývoj jedince
- vrozené postižení mění většinou podmínky vývoje, sociální vztahy, vyřazuje některé druhy podnětů, zatímco jiné posiluje, omezuje již od počátku některé možnosti dítěte
- z druhé strany se dítě lépe adaptuje na své postižení, než když jej získá v průběhu svého vývoje → chybí mu zkušenost, srovnání, pro dítě většinou nebývá tak traumatizující, protože se na postižení přizpůsobuje již od narození
- Matějček (1997) nás ubezpečuje v tom, že dítě samo netrpí → „Dítě postižené žije jako každé jiné svým dětským životem a má své dětské radosti a starosti → Samo netrpí – trpí jen ti kolem
- ve většině případů dítě nevnímá své nedostatky či vývojové obtíže jako bolest a utrpení, dítě totiž nemá, s čím by svůj stávající stav srovnávalo (u získaného postižení je však situace jiná než u dítěte, které se s postižením narodilo)

Získané postižení

- V případě získaného postižení již rodiče měli potvrzenou svoji rodičovskou roli, tedy úspěšně zvládli přivést na svět zdravé dítě a později vzniklé postižení u dítěte vnímají oni i celé jejich okolí jako velké neštěstí, se kterým se musí vypořádat
- Trauma takové situace neobsahuje většinou žádné pocity vlastního rodičovského selhání jako v případě vrozené vady a rodičovské, často hlavně obranné reakce potom bývají zaměřeny především na postižené dítě
- I z hlediska vnímání postižení okolím je později vzniklé postižení přijímáno lépe, protože je pro širokou laickou veřejnost daleko srozumitelnější a vysvětlitelnější
- u později vzniklých postižení a onemocnění je výrazným problémem přijetí nově vzniklé identity jedincem, na kterém se v neposlední řadě podílí i postoje celé společnosti
- člověk má srovnání „dvou odlišných světů“ – tato situace si klade vysoké nároky na jeho adaptaci
- jedinec si uvědomil, co ztratil a musí hledat nové cesty svého fungování
- často se osoby uzamknou samy do sebe, odmítají pomoc, ustrnou na určité úrovni adaptace
- z objektivního hlediska může být výhodou zachování dřívějších zkušeností, které mu mohou být v dalším životě s handicapem užitečné
- hůř je vnímaná viditelnost postižení – lidé se musí vyrovnat se změnou svého tělesného vzhledu
- společnost lépe hodnotí získané postižení

Faktory ovlivňující přijetí realistického postoje

- přijetí realistického postoje je ovlivněno multifaktoriálně (dle Krejčířové)
 1. typ nemoci nebo postižení – velmi vážná onemocnění se špatnou prognózou, onemocnění mozku, MR, děti s malformacemi nebo jinými viditelnými defekty, epilepsie

2. etiologie nemoci nebo postižení – porozumění příčinám může pomoci v akceptaci, nejtěžší situace v případě neznámé příčiny
3. individuální charakteristiky dítěte – osobnost dítěte, sociální reaktivita, schopnost získat dostatek pozornosti, doba vzniku postiž., dosavadní zkušenosti s nemocí a bolestí, vztah dítěte k lékaři atd.
4. individuální charakteristiky dalších členů rodiny – celková odolnost vůči zátěži, osobnostní zralost, dosavadní zkušenosti s postižením, vlastní sebevědomí a sebehodnocení
5. struktura a organizace rodinného systému, kvalita vztahů v rodině, vývojová fáze rodiny počet dětí v rodině, neúplnost rodiny, dostatek vzájemné opory mezi rodiči, otevřenost komunikace
6. styly zvládání (coping strategie) - výhodnější aktivní typ (získávání informací, akce); styl zaměřený na získání sociální opory; vyhýbavé styly (zaměřené na odpoutání pozornosti, relaxaci)
7. prostředí – množství sociální opory tendence k izolaci

Potřeby rodičů

1. Potřeba přiměřené stimulace

- a. rodiče mohou mít pocit, že jejich dítě nereaguje přiměřeně → jeho projevy jsou totiž rozdílné ve srovnání se zdravým dítětem
- b. reakce rodičů vzhledem k dítěti se liší, a to vzhledem k tomu, že rodiče získávají jiné podněty než je běžné

2. Potřeba smysluplnosti a řádu

- a. často se stává, že rodiče vzhledem k postižení dítěte nevědí, jak se k němu chovat
 - b. rodiče mohou častokrát ztratit naději, protože od dítěte nemají zpětnou vazbu a zdá se jim, že se dítě nevyvíjí tak jak by mělo
 - c. důležitá je proto informovanost rodičů, aby se naučili porozumět projevům a potřebám dítěte
- pocity nejistoty a neorientace v odlišných reakcích a projevech dítěte → projevy dítěte s postiž. často neodpovídají běžným zákonitostem
 - pocity marného úsilí (dítě se stejně nevyvíjí, tak jak očekávali), nezbytnost přesných, úplných a reálných informací o perspektivách dítěte

3. Potřeba citové vazby

- a. rodiče mohou mít někdy pocit, že je dítě nenaplnuje a není pro ně citově uspokojující
- b. velkou roli může hrát to, jak dítě vypadá (hůře bývají akceptovány děti s viditelným postižením)
- c. dítě s postiž. nemusí být pro rodiče citově zcela uspokojující – náročnější akceptace dítěte – extrémní rodičovské postoje (hyperprotektivita X zavržení dítěte) – časté silné pocity viny (že takové dítě zplodili nebo že ho nedokážou bezvýhradně akceptovat)

4. Potřeba vlastní hodnoty a společenské prestiže

- a. v důsledku narození dítěte s postižením jsou tyto potřeby značně ohroženy
- b. rodiče si mohou nést za vinu, že nejsou schopni zplodit zdravého potomka a mohou prožívat traumata a krize
- c. společnost jim tuto situaci nemusí často ulehčovat, zvláště vzhledem k viditelnému postižení dítěte (stigmatizace)

5. Potřeba životní perspektivy

- a. v dětském věku si ještě rodiče často neuvědomují, jak bude vypadat budoucnost dítěte, ale i celé rodiny - u rodičů se často objevuje strach a obavy
- b. rodiče sice vědí, že se dítě nikdy neuzdraví, ale nedokážou si představit, jak se vše bude vyvíjet dál
- c. perspektiva dítěte (i celé rodiny) je postižením výrazně narušena a nejasná, nepřesná, anticipace rodičů bývají vesměs negativní (dítě nikdy nebude zdravé) – přesné, úplné, reálné informace o možnostech vývoje dítěte

Výchovné styly

1. **úzkostná výchova** - nezdravé lpění na dítěti, nepřiměřený strach o dítě, extrémní ochraňování dítěte, bránění v „nebezpečných“ činnostech, omezení v iniciativě dítěte, v sociálním vývoji; u dítěte se může objevit aktivní protest proti omezování X pasivní přijímání receptivní role
2. **rozmazlující výchova** - neadekvátní lpění na dítěti, až nezdravá citová vazba, nadměrné oceňování dítěte, snaha vynahradit dítěti přemírou lásky to, o co bude v životě ochuzeno, snaha udržet dítě infantilní, fixované a závislé na rodičích, bránění v osamostatňování; podřizování rodičů přáním a požadavkům dítěte, posluhování dítěti
3. **perfekcionistická výchova** - přepjatá snaha o dokonalost, snaha dosáhnout max. úspěchu bez ohledu na možnosti a potřeby dítěte, extrémní nároky na dítě, neadekvátní očekávání, vyžadují nepřiměřené výkony; přetěžování dítěte → neurotizace - obranné postoje
4. **protekcí výchova** - snaha, aby dítě dosáhlo hodnot, které jsou považovány za zvlášť významné nebo výhodné, bez ohledu na způsob, kterým by jich mělo dosáhnout; dítěti ve všem pomáhají/pracují za něj, vše za něj vyřizují, zametají cestičky, snaha dostat se **co nejdále ale bez nepříjemností; pro dítě vyžadují přemrštěné ohledy a úlevy**; znevýhodnění dítěte buď zveličují, nebo zastírají (podle potřeby); omezení samostatnosti dítěte a jeho povahové vyspívání
5. **zavrhující výchova (zanedbávající přístup)** - spíše ve skrytých formách, dítě ve svých rodičích neustále vzbuzuje pocit neštěstí; u dítěte nejsou uspokojovány základní psychické potřeby
6. **demokratická výchova** - přijetí dítěte takového jaké je, respektovat jeho potřeby a specifika, rozvoj dítěte jako samostatné a soběstačné bytosti; adekvátně rozvíjet schopnosti a dovednosti dítěte; povzbuzování k aktivitě; respektování odlišností

Sourozenec dítěte s postižením

- zdravý sourozenec si postupně osvojuje určité strategie zvládnání tohoto sourozeneckého vztahu, zpravidla přijímá ochrannou roli
- pro sourozence se jedná o zátěž – mění se jeho postavení v rodině
- nebezpečím může být soustředění rodičovské péče na dítě s handicapem, ale může se objevit i opačný extrém, kdy se naopak rodiče zaměří na zdravého potomka (kompenzace neuspokojení)
- může se stát, že zdravý sourozenec bude na svého postiženého sourozence, na kterého je upírána pozornost, žárlit
- postižený sourozenec nemůže být vzorem, se kterým by se mladší (zdravý) sourozenec mohl identifikovat
- zdravý sourozenec musí akceptovat, že postižený sourozenec musí být ochraňován a nelze se k němu chovat stejně jako ke zdravým dětem, nese to negativní důsledky → postižený jedinec (který potřebuje neustálou pomoc a ohledy) není považován za rovnocenného partnera
- zdravé dítě si uvědomuje, že jeho sourozenec je více privilegován, jeho projevy bývají generalizovaně tolerovány, dokonce i tehdy, když s jeho vadou vůbec nesouvisejí
- Zdravé dítě si dost brzy uvědomí rozdíl v přístupu rodičů
- Vysvětlení je zřejmé, děti chápou, že když je někdo nemocný, nemůže zvládnout totéž co zdravý, a potřebuje větší péči
- Tak se rozvíjí ohleduplnost a ochota pomoci slabšímu
- Na druhé straně může být relativizace požadavků považována za nespravedlivou a prožívána jako zátěž
- Od každého dítěte se očekává něco jiného a stejná nejsou ani kritéria úspěchu
- Podvojnost měřítka může být pro zdravé dítě, zejména pokud je malé, matoucí
- může se cítit znevýhodněno

a) Koncentrace pozornosti a zájmu na postižené dítě

Rodiče zdravému dítěti nevěnují potřebnou pozornost a očekávají od něho zralejší chování, než by odpovídalo jeho vývojové úrovni. Důvodem není skutečný nezájem o toto dítě, ale zahlcení problémy postiženého potomka, nedostatek času a energie.

Rodiče si zpravidla vůbec neuvědomují, že by druhé dítě nějak ochuzovali. Protože je toto dítě zdravé, očekávají, že s ním bude spolupracovat na společném rodinném úkolu: podpoře handicapovaného. Rodiče oceňují bezproblémovost, nenáročnost a omezení požadavků zdravého dítěte, jeho ochotu omezit své potřeby ve prospěch postiženého. Někdy mu jednoznačně vymezí i jeho budoucí roli garanta péče o tohoto sourozence. Nedostatek zájmu rodičů může stimulovat různé obranné reakce ze strany dítěte, např. snahu upoutat pozornost svým chováním (někdy i nevhodným). Na druhé straně mnohé děti přejímají rodiči předurčenou roli a usilují o naplnění rodičovských představ. Shoda předpokladů a skutečnosti je uspokojuje, protože potvrzuje platnost určitého řádu a saturuje tak jejich potřebu jistoty.

Odlišná zkušenost může mít i nepříznivé důsledky, zdravý jedinec může získat pocit vlastní bezvýznamnosti a z toho vyplývající nejistoty, kterou si přenesl i do jiných sociálních skupin. Může se cítit vinen za to, že on je zdravý, a zároveň může svému postiženému sourozenci pozornost rodičů závidět. Riziko psychického ohrožení zdravých sourozenců postižených dětí potvrzuje i slovenská výzkumná sonda. Rodiče těchto dětí měli sklony k extrémnějšímu hodnocení sourozeneckých vztahů svých potomků.

Častěji udávali, že se zdravé dítě chovalo k postiženému sourozenci špatně, žárlilo, vztekalo se nebo zdůrazňovalo pocity křivdy. Hůře snášely konkurenci postiženého sourozence děti, které byly ve srovnání s ním mladší. Rodiče dost často proklamovali nutnost jednostranné pomoci postiženému potomkovi a jeho podpory všemi členy rodiny, tedy i zdravým dítětem, které muselo v případě potřeby ustoupit. Rodiče toho o svém zdravém dítěti ani mnoho nevěděli, protože jeho problémům nevěnovali dostatečnou pozornost. V těchto rodinách byla zřejmá tendence k určitému zanedbávání zdravého dítěte, nejspíše jako důsledek velkého zatížení rodičů péčí o postiženého potomka (Prevendárová, 1998).

b) Koncentrace pozornosti a zájmu na zdravé dítě

Zúžený nebo jednostranný zájem o zdravé dítě může sloužit jako prostředek kompenzace neuspokojení, které rodičům přináší postižený potomek. Dítě se dostává do role toho, kdo by měl rodičům vynahradit strádání a potíže s postiženým. Tento přístup lze interpretovat jako jednu z možných obranných reakcí.

Úspěšnost zdravého dítěte podporuje sebevědomí rodičů a usnadňuje zvládání problémů, které mají. Kompenzuje stres a zklamání, které jim přineslo narození postiženého dítěte. I tato situace je charakteristická většími nároky a očekáváním rodičů, které nemusí být přiměřené věku a možnostem dítěte.

Rodiče mohou na zdravé děti klást takové nároky, které nebudou schopné zvládnout, aniž by tím nebyly samy nějak znevýhodněny. Nemusí být vždycky dostatečně empatičtí a citliví ve svých představách, jak by měl zdravý sourozenec s postiženým pomáhat, co všechno by měl zvládnout a co ve vztahu k němu tolerovat.

Svémi požadavky mohou značně zkomplikovat socializaci i rozvoj identity zdravého potomka. Dítě není na takové vývojové úrovni, aby kladlo na první místo potřeby nemocného. V důsledku tohoto přístupu si může v určité fázi svého života vytvořit k postiženému sourozenci ambivalentní, nebo dokonce negativní, nepřátelský vztah.

V chování zdravého dítěte se pak mohou objevovat různé obrany, které vznikly proto, aby mu pomohly zvládnout pro něj obtížně řešitelnou situaci a zachovat si pozitivní hodnocení. Zátěž představují i negativní reakce okolí, jež se vztahují k jeho pozici sourozence postiženého a toto dítě se s nimi musí vyrovnat. Nelze bagatelizovat situaci, kdy se mu např. děti ve škole vysmívají, že „je ten postižený, co má bráchu debila“.

Sdělení diagnózy

- sdělení diagnózy by rodičům mělo být sděleno odborníkem velmi citlivou formou, rodičům by měla být sdělena reálná fakta a možnosti podpory a realizace
- rodiče byli připraveni na to, že se jim narodí zdravé dítě, a proto skutečnost, že se jim narodilo dítě s postižením, v nich primárně vyvolává šok – rodiče nevědí, jak se situace vyvine, co se stalo s jejich dítětem, jak s dítětem pracovat apod.
- často dochází k pocitům viny a méněcennosti, hledá se viník či příčina postižení, může dojít k vzájemnému obviňování

- Vágnerová (2008) hovoří o tzv. krizi rodičovské identity – jde o náročnou životní situaci, kdy se rodiče střetávají s faktem, že mají dítě s postižením
- proces přijetí diagnózy se liší v závislosti na tom, jestli zdravotní postižení má dítě, rodič či prarodič, dalšími faktory jsou též závažnost postižení, očekávaná a skutečná délka péče či očekávaná a skutečná náročnost péče

Bad Breaking News

- Rozhovor o nepříznivých zprávách, sdělování nepříznivé diagnózy
- Moment sdělení diagnózy si často rodiče pamatují (kde, jak to tam vypadalo, co doktor řekl špatně)
- Nepříznivou (špatnou) zprávou je „jakékoli sdělení, které drasticky a negativně mění pohled na budoucnost“

Modely pro sdělování BBN

- Nejčastěji užívaným modelem je SPIKES (SPIKES protocol, v současné době modifikován jako P-SPIKES)
- Jedná se o 6 na sebe navazujících domén, jak samotnou zprávu sdělovat
- Vznikl v USA, kde je již už tradičním modelem, postupně se rozšiřuje
- Do této podoby revidováno v r. 2005, přičemž komponenta „P“ značí Preparation (přípravení se na)
- Cíle bylo vytvořit prostředí pro proces sdělování, které by disponovalo minimem stresu

(P)(preparation)

S (nastavení)

- Úvodní částí modelu → příprava podmínek pro zahájení procesu sdělování nepříznivých zpráv
- Klidné, soukromé, nerušené místo pro podporu a možnost sdílení náročných zpráv
- Nejlépe vypnout všechny telefony, pagery a jiná zařízení
- Soustředit pozornost „tady a teď“ a čas pouze na příjemce zprávy
- Je-li to přáním pacienta, je vhodné do procesu přizvat i rodinné příslušníky
- Je vhodné sedět, a to bez zbytečných bariér mezi zúčastněnými stranami (např. stůl, skříňka, počítač,...)
- Přestože bývá přítomna úzkost (u sdělujících), doporučuje se neverbální komunikací nedávat příliš najevo (když to vidí, nabídnout třeba ať si sedne, ale nerozebírat a neupozorňovat na to)
- Respektovat možné obavy příjemců zprávy

P – vnímání

- Oblast vnímání a pohledu pacienta samotným odborníkem
- Obsahuje počáteční zjišťování toho, co vše již o onemocnění nebo aktuálním zdravotním stavu příjemce ví – tzv., jaká a proč absolvoval předchozí vyšetření, jaké byly výsledky, diagnostické závěry
- V této fázi se lze setkat se třemi možnými reakcemi příjemců:
 - o Schůzka a obsah je pro ně naprosto neočekávané – zúčastnění netuší, co se děje
 - o Zúčastnění mohou – před sdělením diagnózy – daný fakt a situaci (vážnost) popírat, zlehčovat
 - o Zúčastnění – např. po absolvování vyšetření apod. – již očekávají sdělení BBN po procesu diagnostiky

I

- Oblast, která pracuje s vyjádřením pacienta → tímto okamžikem je pacient „vtažen“ do celkového procesu a může mít již také aktivní roli
- Aktivizace rodiče otázkami
- Doporučováno je:
 - o Ptát se pacienta přímo – jaké informace pro něj mohou být přínosné
 - o Preferovat jazyk, kterým příjemce nejlépe rozumí informacím
 - o Respektovat to, že někteří pacienti budou „chtít vědět vše“ a také ti, pro které situace nebude příjemná a budou chtít co nejrychleji „uniknout“

K – informace

- Stojí na procesu transferu informací od odborníka (lékaře) směrem k příjemci (pacient, klient, rodina...). Obsahuje také poznatky o způsobech přenosu těchto informací
- Poskytnout před samotným sdělením čas a připravit jej (Bohužel, mám pro vás špatné zprávy)
- Použít jednoduchou, jasnou a srozumitelnou řeč
- Ujistit se, že pacient mají dostatečný prostor pro „vstřebání“ předané informace a také prostor pro možné dotazy a otázky z jejich strany
- Důležitá týmovost, lékař by měl informovat krizové interveny, aby mohli rodiče mít prostor na konzultaci s ním

E

- Práce s emocemi, empatií, což předpokládá domény emocí, jednání, způsobu chování, reflexí, reakcí, prožitků
- Respektovat reakce pacienta a vhodně na ně reagovat
- Používejte podporu v podobě „Sama bych si přála, aby zprávy byly lepší, ale...“, „Toto je očividně skutečně těžká situace“, čímž projevujeme vlastní empatii
- NEŘÍKAT, CHÁPU JAK SE CÍTÍTE, SAMA JSEM TOTO ZAŽILA,...

S

- Zdůrazňuje požadavek ověřit, zdali příjemce porozuměl důležitým částem rozhovoru
- Součástí je také proces uzavření setkání včetně prostoru pro vyjádření se všech zúčastněných (domluvit se, jak to říct dítěti,...)
- Nezapomenout také na přípravu plánu péče pro daného pacienta
- Uzavírat proces a celé setkání reflektivními otázkami „Dává vám tohle smysl?“, „Rozumíte tomu?“, „Maté dostatek informací k tomu, abyste se moli sami rozhodnout?“
- Doptávat se, pozor na otázky ano ne

Další modely:

NURSE

- Naming, understanding, respect, supporting, exploring

ABCDE model

- Advance preparation, build a therapeutic environment/relationship, communicate well, deal with patient and family reactions, encourage and validate emotions/authenticate feelings

Reakce dítěte na zdravotní postižení

- ovlivněna mnoha faktory, jako jsou:
 - o **věk dítěte** - mladší děti často nevnímají postižení tak výrazně jako starší děti a dospívající
 - o **druh a závažnost postižení** - některá postižení jsou viditelná (tělesná, zraková), jiná skrytá (psychická, mentální), což ovlivňuje reakce okolí
 - o **podpora rodiny a okolí** - dítě se přizpůsobuje nejen svým schopnostem, ale i přístupu okolí
 - o **osobnost dítěte** a jeho dosavadní zkušenosti
- reakce se může lišit podle toho, zda se jedná o **vrozené** nebo **získané postižení**

Možné psychologické reakce:

- Negace a popření
- Vztek, frustrace
- Smutek, deprese
- Přijetí a hledání kompenzačních mechanismů

Věk dítěte

Typická reakce

Kojenecký věk (0–1 rok)

Dítě postižení nevnímá, ale jeho vývoj může být ovlivněn přístupem rodičů.

Batolecí věk (1–3 roky)

Dítě může začít pociťovat frustraci z omezených schopností (např. nemůže běžet jako vrstevníci).

Předškolní věk (3–6 let)

Dítě se začíná srovnávat s ostatními, může pociťovat zmatek, ale stále má pružnou psychiku.

Věk dítěte	Typická reakce
Mladší školní věk (6–12 let)	Zvyšuje se uvědomění rozdílů, může se objevit smutek, hněv nebo pokusy „zapadnout“ za každou cenu.
Dospívání (12+)	Období krize identity, možné depresivní nebo úzkostné stavy, touha po nezávislosti, zvýšené riziko izolace.

Psychosociální podpora dítěte a rodiny v adaptaci

- podpora dítěte i jeho rodiny je klíčová pro úspěšnou adaptaci
- psychosociální pomoc by měla být **komplexní** → zahrnovat emocionální, sociální i praktickou podporu

Podpora dítěte

- 1. Psychologická a terapeutická pomoc**
 - o Individuální terapie (pomoc s emocemi, sebepojetím, zvládáním stresu).
 - o Arteterapie, muzikoterapie – vhodné pro děti, které obtížně vyjadřují své pocity.
 - o Hraní rolí – pomáhá dětem zpracovat pocity spojené s postižením.
- 2. Vzdělávání a inkluze**
 - o Speciální pedagogika (asistenti pedagoga, speciální školy nebo inkluzivní vzdělávání).
 - o Učení kompenzačních strategií (např. Braillovo písmo pro nevidomé, znaková řeč pro neslyšící).
 - o Zapojení do běžných aktivit s vrstevníky.
- 3. Podpora sebepojetí a autonomie**
 - o Posilování pozitivního sebepojetí dítěte (zaměřit se na jeho silné stránky).
 - o Podpora samostatnosti (pomůcky, úpravy prostředí, asistenti).
 - o Motivace k překonávání překážek.

Podpora rodiny

Rodina je klíčovým faktorem v adaptaci dítěte. Její členové procházejí podobnými fázemi přijetí jako dítě.

- 1. Psychická podpora rodičům**
 - o Psychologická podpora – rodinná terapie, krizová intervence.
 - o Podpůrné skupiny rodičů – sdílení zkušeností, vzájemná pomoc.
 - o Podpora sourozenců – ti mohou zažívat pocity žárlivosti nebo viny.
- 2. Edukace rodičů**
 - o Informace o postižení a jeho důsledcích.
 - o Školení o možnostech pomoci dítěti.
 - o Seznámení s dostupnými službami (raná péče, sociální podpora).
- 3. Podpora v každodenním životě**
 - o Sociální dávky, příspěvky na kompenzační pomůcky.
 - o Odlehčovací služby pro rodiče (aby si mohli odpočinout).
 - o Právní pomoc (např. při jednání o podpůrných opatřeních ve školách).

Role společnosti

Důležité je, aby společnost podporovala inkluzi a odstraňovala bariéry:

- **Odstraňování stigmatizace** – osvěta o postiženích, kampaně na podporu přijetí odlišnosti.
- **Bezbariérové prostředí** – nejen fyzické (rampy, výtahy), ale i informační (např. titulkový text pro neslyšící).
- **Podpora inkluze ve školách, kroužcích a sportu.**

19. Poradenství pro rodiče a rodinné intervence. Role psychologa v poradenství, techniky podpory rodičů. Zvládací strategie pro rodiče dětí se zdravotním postižením.

- **poradenství je** v podpoře rodin s dětmi se ZP **klíčovou službou**
- hraje nezastupitelnou roli zejména v prvních měsících života rodiny po zjištění diagnózy a zajišťování speciální péče o dítě
- rodiny potřebují partnera v péči a dostatek kvalitních informací, aby se mohly dobře orientovat v systému péče a pomoci a také se postupně učit, jak dítěti se speciálními potřebami péči poskytovat a nejlépe jej rozvíjet v kontextu běžného života
- samo o sobě je poradenství klasifikováno jako **teoretická i praktická disciplína**, jež má za úkol odborně pomoci lidem v osobních i meziosobních, tedy sociálních problémech

Sociální poradenství

- Poradenství je z legislativního pohledu ukotveno např. v ***zákoně číslo 108/2006 Sb. „o sociálních službách“***
- jedná se o tzv. sociální poradenství
- to poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace, které přispívají k řešení jejich situace
- lze jej rozdělit na **dva druhy**
 - o **Základní sociální poradenství** – je zpravidla součástí všech druhů sociálních služeb
 - o **Odborné sociální poradenství** – zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba obsahuje poradenství zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Terapeutickou činností a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba je poskytována občanům bez úhrady. (MPSV, 2020)
- další legislativní ukotvení poradenství upravuje vyhláška číslo ***72/2005 Sb. MŠMT „o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních“***
- Vyhláška popisuje např. způsob zajištění poradenských služeb směřujících k podpoře speciálních vzdělávacích potřeb žáků, taxativně vymezuje účely poradenských služeb, pravidla poskytování poradenství, pravidla psychologické a speciálně-pedagogické diagnostiky apod.

Oblast zdravotní péče

- legislativní ukotvení poradenství v oblasti zdravotní péče dříve ukládal zákon č. 49/1947 Sb. „Zákon o poradenské zdravotní péči“, který byl v roce 1952 zrušen
- **poradenství ve zdravotní oblasti** nyní většinou provádějí **specializovaná odborná lékařská pracoviště**, která se soustředí na konkrétní zdravotní problematiku či diagnózu pacientů
- služba se v současné době také objevuje na nejrozličnějších on-line medicínských platformách, poskytují ji za určitých podmínek i některé zdravotní pojišťovny, ale také ji poskytují nestátní organizace v rámci portfolia svých služeb, jako například [Eda raná péče](#) apod.

Další oblasti

- Poradenství může být poskytováno i v dalších oblastech, jako:
 - psychologické **poradenství** a psychoterapie
 - profesní
 - sociálně-právní
 - „technické“
 - pastorační činnost.
 - resocializační **poradenství**, kurátorská činnost (Novosad, 2000)

V práci s rodinou s dítětem se zdravotním postižením (ZP) je využíváno více druhů poradenství z několika oblastí v závislosti na potřebách dítěte a rodiny. V praxi nejčastěji rodiny s dětmi se ZP využívají:

- **sociální poradenství**
- **psychologické a psychoterapeutické**
- **poradenství z oblasti zdravotnických služeb**
- **speciálně pedagogické poradenství**

Multidisciplinární obor

- poradenství je multidisciplinárním oborem
- z pohledu klienta je žádoucí, aby se na jeho vzniklé situaci podílelo více odborníků z různých oborů
- problémy a potřeby klienta je vždy nutné hodnotit celkově a poskytnout co nejkomplexnější informace s ohledem na individualitu jednotlivých rodin
- u lidí kteréhokoli věku a s jakýmkoli typem zdravotního postižení, oslabení či speciálních potřeb a jejich rodin, nelze chápat poradenský proces jako samostatnou činnost, ale jako nezbytnou součást systému ucelené rehabilitace
- jednotlivé dílčí oblasti poradenství by měly na sebe plynule navazovat a být, v ideálním případě, koordinované tak, aby člověku se zdravotním postižením a jeho rodině umožnily co nejvyšší možnou kvalitu života s ohledem na naplňování potřeb
- rodina, starající se o dítě se ZP má jako celek nejrůznější potřeby
- je proto důležité zvažovat nejen potřeby samotného dítěte, ale také možnosti, schopnosti a zdroje samotných neformálních pečujících, tedy rodičů
- bez jejich podpory a péče by nemohlo dojít k maximální možné podpoře dítěte

Poradenství v Alfa Human Service

- V [Alfě](#) se již více než 20 let snaží podporovat nejen děti, ale právě samotné pečující rodiče, zejména v oblasti péče o duševní zdraví, výchovných přístupů k dětem se speciálními potřebami a správným návikem úkonů, které jsou v péči nezbytné.
- Součástí poradenství je v novém projektu „**Beta poradna**“ možnost rodin s dětmi se ZP využít psychosociální služby a poradenství, kde se naši zkušení psychoterapeuti věnují pečujícím rodičům
- dále poskytují **ergoterapeutické poradenství**, které zahrnuje například ukázkou nácviku manipulací, přesunů, správný handling, výběr vhodných kompenzačních pomůcek, úpravu domácího prostředí atd.
- Alfa rovněž poskytuje odborné sociální poradenství poskytované v souladu se zákonem o sociálních službách
- součástí týmu poradců je sociální pedagog, který rodině pomáhá s výchovnými přístupy vhodných u dětí se speciálními potřebami, zdravotním postižením či oslabením

Poradenství a raná intervence

- raná péče
- neziskové organizace

Specifické potřeby rodičů dětí se zdravotním postižením

- Zdravotní a rehabilitační péče
 - Přístup ke kvalitní zdravotní péči a specialistům (neurologové, ortopedi, logopedi, fyzioterapeuti apod.)
 - Možnost rehabilitací a terapií (např. fyzioterapie, ergoterapie, hipoterapie)
 - Dostupnost kompenzačních pomůcek (vozíky, ortézy, sluchadla, speciální software).
- Vzdělávání a inkluze
 - Přístup ke speciálním pedagogům a asistentům pedagoga
 - Možnost individuálních vzdělávacích plánů ve školách

- Podpora inkluzivního vzdělávání a dostupnost škol schopných pracovat s dětmi se speciálními potřebami
- Psychosociální podpora
 - Psychologická podpora pro rodiče i dítě (psychoterapie, rodičovské skupiny, sdílení zkušeností)
 - Možnost odlehčovacích služeb (péče o dítě na určitou dobu, aby si rodiče mohli odpočinout)
 - Sociální integrace dítěte (možnost účasti na volnočasových aktivitách, sportu, táborech)
- Finanční podpora
 - Příspěvky na péči, invalidní důchod, rodičovské dávky a další sociální dávky
 - Možnost získání financí na pomůcky, terapie a asistenční služby
 - Ochrana před finanční zátěží spojenou s péčí o dítě
- Pracovní a rodinný život
 - Možnost flexibilní pracovní doby nebo práce z domova pro rodiče.
 - Podpora v kombinování zaměstnání a péče o dítě
 - Legislativní podpora pečujících rodičů v pracovním prostředí.
- Právní a administrativní otázky
 - Snadný přístup k informacím o právech dítěte i rodičů
 - Podpora při vyřizování sociálních dávek, žádostí o asistenci a speciální péči
 - Možnost právní pomoci v případě diskriminace nebo nesprávného přístupu institucí

Role psychologa v poradenství pro rodiče

- Psycholog hraje klíčovou roli v podpoře rodičů dětí se zdravotním postižením
- Pomáhá jim vyrovnat se s emočními, vztahovými a praktickými výzvami, které s sebou přináší péče o dítě se speciálními potřebami
- Jeho práce zahrnuje několik klíčových oblastí:

1. Emoční podpora a zvládání stresu

- Rodiče často procházejí širokým spektrem emocí – od šoku a smutku po frustraci a vyčerpání. Psycholog jim pomáhá:
 - Přijmout diagnózu dítěte a vyrovnat se s ní
 - Zvládat stres, úzkost a pocity vyhoření, které mohou vzniknout při dlouhodobé péči
 - Podporovat duševní pohodu, například prostřednictvím relaxačních technik nebo terapeutických přístupů (např. kognitivně-behaviorální terapie).

2. Posilování rodičovských kompetencí

- Lépe porozumět specifickým potřebám jejich dítěte
- Rozvíjet efektivní výchovné strategie přizpůsobené typu postižení dítěte
- Naučit se pracovat s emocemi dítěte a podporovat jeho samostatnost

3. Podpora vztahů v rodině

- Péče o dítě se zdravotním postižením může ovlivnit vztahy mezi partnery i mezi sourozenci
- Pomáhá zlepšit komunikaci mezi rodiči a posílit jejich vzájemnou podporu
- Pracuje s celou rodinou na předcházení konfliktům a posílení soudržnosti
- Poskytuje podporu sourozencům, kteří mohou mít pocit zanedbávání nebo viny

4. Navigace v systému péče a služeb

- Psycholog také pomáhá rodičům zorientovat se v systému sociální a zdravotní péče
- Doporučuje vhodné rehabilitační a terapeutické služby
- Pomáhá s vyhledáním škol nebo volnočasových aktivit pro dítě
- Spolupracuje s dalšími odborníky (sociálními pracovníky, speciálními pedagogy, lékaři).

5. Prevence vyhoření a péče o duševní zdraví rodičů

- Dlouhodobá péče o dítě se zdravotním postižením může vést k fyzickému i psychickému vyčerpání
- Pomáhá nastavit si realistická očekávání a hranice
- Naučit se požádat o pomoc a využít odlehčovacích služeb
- Uvědomit si důležitost péče o sebe, aby mohli dlouhodobě zvládat svou roli

Psychologické techniky podpory rodičů

- Psycholog využívá různé techniky, které pomáhají rodičům zvládat emoční zátěž, posilovat jejich odolnost a zlepšovat kvalitu jejich života

1. Techniky zvládání stresu a emocí

- **Kognitivně-behaviorální terapie (CBT)**
 - Pomáhá rodičům identifikovat negativní myšlenky (např. „Nikdy to nezvládnu“) a nahrazovat je realističtějšími (např. „Dělám to nejlepší, co mohu“)
 - Učí strategie zvládání stresu a negativních emocí
- **Relaxační techniky**
 - **Dýchací cvičení** – například metoda 4-7-8 (nádech na 4 doby, zadržení na 7, výdech na 8)
 - **Progresivní svalová relaxace** – postupné napínání a uvolňování svalů pro snížení napětí
 - **Mindfulness (všímavost)** – zaměřování pozornosti na přítomný okamžik bez posuzování
- **Emoční ventilace a deník emocí**
 - Povzbuzování rodičů, aby si zapisovali své pocity a myšlenky, což jim pomáhá lépe je pochopit a zpracovat
 - Umožňuje identifikovat emoční vzorce a nalézt způsoby, jak na ně reagovat zdravějším způsobem

2. Posilování rodičovských kompetencí

- **Psychoedukace**
 - Psycholog rodičům vysvětluje, jak se vyvíjí dítě se zdravotním postižením a jaké přístupy mohou být nejefektivnější
 - Zahrnuje i informace o dostupné podpoře (sociální služby, pomůcky, školská zařízení)
- **Trénink pozitivní komunikace**
 - Učí rodiče, jak komunikovat s dítětem s respektem a porozuměním
 - Techniky jako aktivní naslouchání, já-výroky („Cítím se unavený, když...“) a neverbální podpora mohou zlepšit vztah mezi rodičem a dítětem
- **Modelování a nácvik strategií**
 - Psycholog může rodičům ukázat konkrétní způsoby, jak reagovat na náročné situace (např. jak uklidnit dítě při záchvatu vzteku nebo jak nastavit jasné hranice)

3. Posílení odolnosti a prevence vyhoření

- **Technika „malých vítězství“**
 - Pomáhá rodičům soustředit se na drobné úspěchy (např. „Dnes se mi podařilo chvíli si odpočinout“ nebo „Dítě udělalo malý pokrok v řeči“)
 - Posiluje pocit kompetence a motivace pokračovat
- **Podpora sebepéče**
 - Psycholog učí rodiče, že jejich pohoda je stejně důležitá jako péče o dítě
 - Pomáhá jim plánovat si čas pro sebe, využívat podpůrné sítě (rodina, přátelé, skupiny rodičů) a nebát se požádat o pomoc
- **Technika vizualizace pozitivní budoucnosti**
 - Rodič si představuje pozitivní scénáře budoucnosti, což mu pomáhá snížit úzkost a zvýšit naději

4. Podpora vztahů a komunikace v rodině

- **Rodinná terapie**
 - Pomáhá rodičům i sourozencům dítěte se zdravotním postižením lépe komunikovat a vyrovnat se se změnami v rodinné dynamice
 - Zajišťuje, že všechny potřeby členů rodiny jsou vnímány a respektovány

- **Technika „sdílených emocí“**
 - Podporuje rodiče, aby otevřeně mluvili o svých pocitech bez obav z hodnocení
 - Pomáhá vytvářet bezpečný prostor pro vyjadřování emocí
- **Práce se sourozeneckými vztahy**
 - Psycholog pomáhá rodičům pochopit, jak mohou podpořit sourozence dítěte se zdravotním postižením, aby se necítili odstrčení nebo přetížení odpovědností

5. Podpora komunitní a sociální sítě

- **Podpůrné rodičovské skupiny**
 - Rodiče sdílejí zkušenosti, vzájemně se podporují a získávají praktické rady
 - Skupinová terapie nebo setkávání s dalšími rodiči může výrazně snížit pocit izolace
- **Technika „sít' podpory“**
 - Psycholog pomáhá rodičům zmapovat, kdo jim může v jejich okolí pomoci (rodina, přátelé, odborníci, organizace)
 - Pomáhá jim naučit se efektivně požádat o pomoc a delegovat povinnosti

Psycholog v oblasti rodičovského poradenství plní několik klíčových rolí:

- **Podpora a edukace** – poskytování informací o vývojových potřebách dítěte.
- **Facilitátor změny** – pomoc rodičům měnit nefunkční vzorce chování a komunikace.
- **Zprostředkovatel zdrojů** – doporučení vhodných terapeutických, sociálních nebo vzdělávacích služeb.
- **Emocionální podpora** – posilování rodičovské sebedůvěry, pomoc při zvládání stresu.

Zvládací strategie pro rodiče dětí se zdravotním postižením

- Rodiče dětí se zdravotním postižením čelí řadě výzev, včetně emočního stresu, finanční zátěže a společenské izolace
- Jejich zvládací strategie mohou zahrnovat:
 - **Informovanost a vzdělávání** – získávání znalostí o diagnóze dítěte a dostupné podpoře.
 - **Vyhledávání podpory** – využití odborné pomoci, podpůrných skupin, komunitních zdrojů.
 - **Péče o vlastní duševní zdraví** – prevence vyhoření skrze sebereflexi a psychohygienu.
 - **Efektivní komunikace** – otevřená komunikace s odborníky, pedagogy i širší rodinou.
 - **Flexibilita a adaptabilita** – přizpůsobení se měnícím se potřebám dítěte a rodinné dynamice.
- Péče o dítě se zdravotním postižením přináší mnoho výzev, a proto je klíčové, aby si rodiče osvojili účinné zvládací strategie
- Tyto strategie jim pomohou nejen zvládat stres, ale také zlepšit jejich celkovou pohodu a kvalitu života

Emoční a psychická odolnost

- Přijetí situace
 - Přijetí diagnózy dítěte je proces, který vyžaduje čas. Důležité je dovolit si prožívat všechny emoce (smutek, frustraci, strach) a postupně hledat způsoby, jak s nimi pracovat
- Sebeopéče jako priorita
 - Rodiče často zapomínají na vlastní potřeby, ale pokud chtějí být efektivní pečovatelé, musí se starat i o sebe
 - Stačí krátké chvíle pro sebe – například relaxace, procházka, čtení knihy nebo cvičení.
- Práce s negativními myšlenkami
 - Místo „Nikdy to nezvládnu“ zkusit „Zvládnu to krok za krokem“

- Použití technik kognitivně-behaviorální terapie (CBT) pomáhá měnit negativní myšlenkové vzorce
- Mindfulness a relaxace
 - Všímavost pomáhá rodičům soustředit se na přítomný okamžik a snížit úzkost
 - Jednoduché dechové techniky mohou pomoci v okamžicích velkého stresu.

Praktické strategie pro zvládání stresu

- Plánování a organizace
 - Pomáhá vytvořit si ranní a večerní rutinu, která přinese více klidu do každodenního života
 - Vedení deníku nebo to-do listů pomůže udržet přehled o povinnostech.
- Rozdělení odpovědnosti
 - Nebát se požádat o pomoc – od partnera, širší rodiny, přátel nebo profesionálů
 - Využití odlehčovacích služeb nebo asistenční péče
- Reálná očekávání
 - Místo zaměření na to, co dítě nedokáže, oceňovat malé pokroky a úspěchy
 - Stanovit si dosažitelné cíle – nechtít zvládnout všechno najednou.
- Hledání informací, ale s mírou
 - Informovanost je důležitá, ale nadměrné hledání informací na internetu může vyvolat úzkost
 - Důvěryhodné zdroje a konzultace s odborníky jsou lepší než neověřené internetové diskuse

Podpora vztahů a sociální opory

- Budování podpůrné sítě
 - Mít kolem sebe lidi, kteří naslouchají, podporují a nesoudí (rodina, přátelé, odborníci)
 - Zapojení do podpůrných skupin rodičů může pomoci sdílet zkušenosti a rady
- Kvalitní partnerský vztah
 - Hledat chvíle pro partnerství, ne jen pro rodičovství
 - Otevřená komunikace je klíčová – mluvit o emocích a vzájemně si naslouchat
- Podpora sourozenců dítěte
 - Věnovat jim dostatek času a vysvětlit jim situaci
 - Zapojit je do péče způsobem, který pro ně nebude příliš zatěžující

Odborná pomoc a profesionální podpora

- Psychologická podpora
 - Individuální terapie může pomoci zpracovat emoce, snížit stres a posílit odolnost
 - Rodinná terapie může zlepšit komunikaci a soudržnost v rodině
- Využití sociálních služeb a pomoci
 - Vědět, na jaké dávky a služby má rodina nárok (příspěvky na péči, asistence, rehabilitace)
 - Spolupracovat s odborníky (logopedi, speciální pedagogové, terapeuti)
- Zapojení dítěte do komunitních aktivit
 - Vyhledávat programy, které pomáhají dítěti se socializovat a rozvíjet jeho dovednosti
 - Nebát se experimentovat s různými metodami podpory

Přístup zaměřený na pozitivní myšlení

- Oceňování malých úspěchů – Každý malý pokrok dítěte i rodičovské úspěchy si zaslouží uznání
- Hledání radosti v běžných okamžicích – Zaměřit se na pozitivní momenty v každodenním životě – úsměv dítěte, pokrok, společné chvíle
- Důvěra ve vlastní schopnosti
 - Připomínat si, že i když je to náročné, rodič dělá pro své dítě maximum
 - Každý rodič je pro své dítě nejlepším odborníkem

21. Legislativní rámec pro práci s dětmi se zdravotním postižením v ČR. Právní předpisy a normy v oblasti vzdělávání a péče o děti se speciálními potřebami. Podpora inkluze a rovný přístup k dětem se zdravotním postižením.

Legislativní rámec pro práci s dětmi se zdravotním postižením v ČR

Sociální legislativa

- z.č. - 108/2006 Sb. - sociální služby
- z.č. - 359/1999 Sb. - zákon o sociálně právní ochraně dítěte

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v aktuálním znění

§ 54 - Raná péče - služba sociální prevence (1) Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. (2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti: a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, c) sociálně terapeutické činnosti, d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Dostupnost a poskytování rané péče v praxi:

- Služby rané péče jsou poskytovány bezplatně
- Fungují jako terénní služby (konzultace v domácím prostředí) doplněné ambulantními službami
- Poskytují multidisciplinární podporu (speciální pedagog, sociální pracovník, fyzioterapeut, psycholog)
- Zaměřují se na celou rodinu, nejen na dítě s postižením
- V ČR působí síť cca 50 poskytovatelů rané péče

Týdenní a denní stacionáře - klienti od 3 let

Zdravotnická legislativa

- zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, - dříve vymezovala DD3, dnes - dlouhodobá a následná lůžková péče (dle DC Thomayer.n., může se porovnat i s dalšími DC Chocerady, Chovánek?)

Ukončení činnosti dětských domovů pro děti do 3 let věku (2025 - Jurečka -

<https://www.kdu.cz/aktualne/zpravy/mpsv-skoncil-provoz-domovu-pro-deti-do-tri-let-o-v> + MPSV)

- Činnost dětských domovů pro děti do 3 let věku (DD3/kojenecké ústavy) byla ukončena ke konci roku 2024
- Pro všechny děti byla nalezena jiná forma péče odpovídající jejich potřebám
- DD3 představovaly překonanou službu nevhodnou pro vývoj malých dětí
- ČR byla jednou z posledních evropských zemí s touto službou
- MPSV podporuje především neústavní péči
- Ukončení činnosti DD3 deklarovala novela zákona z roku 2022 - zrušen §43 a §44
- Počet dětí v DD3 významně klesal:
 - 2018: přibližně 650 dětí
 - Polovina předchozího roku: přibližně 300 dětí

Řešení situace po ukončení DD3:

- O všechny děti z bývalých DD3 je postaráno
- Preferovaná je péče v rodinném prostředí:
 - Podpora vlastní rodiny jako priorita
 - Alternativní formy péče (např. pěstounská péče)
- Zvýšená metodická podpora MPSV byla nutná asi ve 30 případech
- Zařízení DD3:
 - Některá samovolně zanikla
 - Jiná prošla transformací na sociální služby (odlehčovací péče, stacionáře)
 - Další se změnila na zdravotní služby (dětská centra) nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Výsledky transformace DD3:

- 41 % dětí se vrátilo do vlastní nebo náhradní rodiny
- 58 % přešlo do jiného typu zařízení nebo zůstalo v transformovaném zařízení
- Jednotky případů byly řešeny individuálně
- MPSV věnuje zvláštní pozornost rozvoji pěstounské péče
- Proběhla výrazná modernizace péče o ohrožené děti

Právní změny:

- Ustanovení § 43 a § 44 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, byla zrušena. Tato ustanovení upravovala dětské domovy pro děti do 3 let věku.
- Reakce na novelu zákona o sociální ochraně práv dítěte z.č. 359/1999 Sb. - Stanovuje, že děti mladší 4 let nebudou umístovány do ústavních zařízení
- V roce 2028 se má hranice posunout na 7 let věku

Transformace zařízení:

- Možnost transformace na jiné typy služeb:
 - Odlehčovací služba
 - Týdenní stacionář
 - Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)
 - Dětská centra (poskytovatelé zdravotních služeb)

Výjimky:

- Pro sourozenecké skupiny - dítě umístěné do ústavního zařízení má právo na společné umístění se sourozenci
- Pro ZDVOP - s ohledem na krizový charakter mohou přijímat děti do 4 let na dobu max. 2 měsíců (se sourozenci až 6 měsíců)

Dětská centra - zdravotnická zařízení Definice del MZ (2023):

- Dětská centra (dříve dětské domovy pro děti do 3 let) patří mezi (zvláštní) zdravotnická zařízení pro děti - v legislativě není tento název uveden (používal se pro označení kojeneckých ústavů, stacionářů pro děti, jeslí apod. - s tímto termínem opatrně)
- Poskytují komplexní péči dětem, které nemohou vyrůstat ve vlastní rodině
- Poskytují zdravotní služby dětem do tří let věku (výjimečně starším)
- Zajišťují zdravotní, psychologickou, psychoterapeutickou, speciálně pedagogickou, rehabilitační a sociální péči
- Slouží do doby vyřešení situace v biologické rodině nebo nalezení pěstounské/adoptivní rodiny

Transformace na příkladu DC při Thomayerově nemocnici:

- Nyní zdravotnické zařízení poskytující dlouhodobou lůžkovou péči
- Zaměření na:
 - Podporu psychomotorického a socioemočního vývoje pacienta
 - Zamezení vzniku psychických deprivací
 - Rozvoj komunikačních schopností
 - Návrat do vlastního sociálního prostředí

Změny v poskytované péči:

- Podléhá kontrolním mechanismům krajského úřadu a zdravotních pojišťoven
- Není ústavním výchovným zařízením
- Nemůže přijímat děti rozhodnutím soudu nebo OSPOD
- Povinnost oznámit OSPOD hospitalizaci delší než 14 dní bez kontaktu s blízkými osobami

Typy poskytovaných služeb:

- Dlouhodobá lůžková péče – 35 lůžek
- Následná lůžková péče – 20 lůžek
- Ambulantní služby:
 - Klinická psychologie
 - Rehabilitace
 - Klinická logopedie
 - Služby speciálního pedagoga
- Možnost doprovodu pacienta s nárokem na lůžko a stravu
- Sociální poradenství a podpora

Definice dětského pacienta dlouhodobé péče (DLP):

- Somatické život ohrožující nebo limitující onemocnění
- Nelze léčbou podstatně zlepšit stav
- Vyžaduje nepřetržitou ošetrovatelskou péči
- Důraz na ošetrovatelství, výživu a rehabilitaci

Cíle a obsah dlouhodobé péče:

- Individuální nastavení intervencí
- Udržení zdravotního stavu nebo paliativní péče
- Možnost návratu do vlastního sociálního prostředí
- Komplexní medicínské intervence, farmakoterapie, ošetrovatelský proces, rehabilitace

Pravidla pro umístování dětí:

- O přijetí/propuštění rozhoduje ošetřující lékař (ne soud či OSPOD)
- Přijímá se na základě žádosti + aktuální lékařské zprávy
- Možnost respitní péče
- Věk 0–10 let, váha max 25–30 kg
- DLP hrazena max 90 dní, možné prodloužení po schválení pojišťovnou
- Zdravotní kritéria: život ohrožující nebo limitující onemocnění, významná funkční porucha, stabilizovaný stav

Indikace k přijetí dětí:

- Dítě ohrožené (včetně CAN)

- Dítě rizikové
- Dítě s postižením
- Dítě nemocné

Indikace k pobytu matky s dítětem:

- Zdravotní
- Výchovné
- Závlek, nezletilé gravidní a kojící matky, simplexní matky
- Pečující osoba v základní péči o dítě s postižením
- Adoptivní rodiče a pěstouni
- Diagnostické důvody

Projekty a programy Dětského centra:

- Respitní péče pro rodiny s dětmi se zdravotní diagnózou
- Poradenství (zdravotní, psychologické, speciálně pedagogické)
- Terapeutické služby zaměřené na vazbu mezi dítětem a pečující osobou
- Stacionář pro děti se zdravotní diagnózou
- Péče o rodiny s dětmi po komplikovaném porodu
- Diferenciální diagnostika dětí odcházejících do NRP
- Terapeutické a volnočasové aktivity

Právní předpisy a normy v oblasti vzdělávání a péče o děti se speciálními potřebami

Klíčové právní dokumenty

- **Zákon č. 561/2004 Sb.** o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)
- Zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících
- **Vyhláška č. 72/2005 Sb.** o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (platná do 31.8.2016) - v aktuálním)platném znění
- **Vyhláška č. 27/2016 Sb.** o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných (platná od 1.9.2016, novelizovaná vyhláškou č. 248/2023 Sb. s účinností od 1.1.2024)
- Vyhláška č. 14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání
- **Zákon č. 247/2014 Sb.,** o poskytování služby péče o dítě v dětské skupině

Dětské skupiny jako alternativa předškolního vzdělávání?

Zákon č. 247/2014 Sb., o poskytování služby péče o dítě v dětské skupině

- Definuje dětskou skupinu jako alternativní formu péče o předškolní děti
- Stanovuje podmínky pro zřizování a provoz dětských skupin
- Umožňuje péči o děti již od 6 měsíců věku
- Maximální počet dětí ve skupině: 24

Novela zákona o dětských skupinách z roku 2021

- Zavedeno stabilní financování ze státního rozpočtu (příspěvek na provoz)
- Transformace dětských skupin pro děti do 3 let na jesle
- Starší děti mohou navštěvovat dětské skupiny do zahájení povinné školní docházky

Podmínky pro integraci dětí se zdravotním postižením v dětských skupinách

- Provozovatel může snížit kapacitu skupiny při zařazení dítěte se speciálními potřebami
- Na dítě se SVP se poskytuje zvýšený příspěvek ze státního rozpočtu
- Poskytovatel musí zajistit podmínky odpovídající specifickým potřebám dítěte
- Pro děti se speciálními potřebami je možné zajistit asistenta, jehož financování je podpořeno zvýšeným státním příspěvkem

Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání

§ 1 - Podmínky provozu a organizace mateřské školy

- Mateřská škola spolupracuje se zákonnými zástupci dětí a dalšími subjekty
- Provoz MŠ může být v období školních prázdnin omezen nebo přerušen
- Rozsah omezení nebo přerušení stanoví ředitel po projednání se zřizovatelem
- O omezení/přerušení musí být zákonní zástupci informováni nejméně 2 měsíce předem
- V případě závažných důvodů může být provoz omezen i bez předchozího upozornění

§ 1a - Podrobnosti o podmínkách přijetí dětí

- Zápis k předškolnímu vzdělávání probíhá v období od 2. do 16. května
- Termín a místo zápisu stanoví ředitel MŠ po dohodě se zřizovatelem
- Ředitel rozhoduje o přijetí dítěte do MŠ, případně o zkušebním pobytu dítěte (max. 3 měsíce)

§ 1b - Organizace předškolního vzdělávání

- MŠ může organizovat zotavovací pobyty, školní výlety a další akce
- O těchto akcích informuje zákonné zástupce předem
- Předškolní vzdělávání má 3 ročníky:
 - Pro děti ve věku 2-4 let
 - Pro děti ve věku 4-5 let
 - Pro děti ve věku 5-6 let a děti s odkladem povinné školní docházky
- Do tříd lze zařazovat děti různého věku

§ 1c - Rozsah povinného předškolního vzdělávání

- Povinné předškolní vzdělávání je stanoveno v rozsahu 4 hodin denně
- Začátek doby povinného vzdělávání určuje ředitel školy (v časovém rozmezí 7:00-9:00 hodin)

§ 2 - Počty přijatých dětí ve třídách mateřské školy

- Mateřská škola má nejméně 15 dětí, avšak nejvýše 24 dětí ve třídě
- Výjimky:
 - MŠ s 1 třídou musí mít minimálně 15 dětí
 - MŠ se 2 a více třídami musí mít průměrně nejméně 18 dětí ve třídě
 - MŠ s 1 třídou, která je jedinou v obci, musí mít min. 13 dětí
 - MŠ se 2 a více třídami, která je jedinou v obci, musí mít průměrně 16 dětí ve třídě
- Zřizovatel může povolit výjimku nejvýše o 4 děti (max. 28 dětí ve třídě)
- Za každé dítě s PO 4. nebo 5. stupně se snižuje počet dětí ve třídě o 2
- Za každé dítě s PO 3. stupně (kromě mentálního postižení) se snižuje počet o 1
- Celkově lze snížit počet dětí ve třídě nejvýše o 5

§ 5 - Péče o zdraví a bezpečnost dětí

- Za bezpečnost dětí odpovídá učitel MŠ od převzetí až do předání rodičům

- Při pobytu mimo areál MŠ stanoví ředitel počet učitelů tak, aby na jednoho učitele připadlo nejvýše:
 - 20 dětí z běžných tříd
 - 12 dětí ve třídě s dětmi se zdravotním postižením nebo 2-3letými dětmi
- Ředitel stanovuje podmínky péče o bezpečnost při specifických činnostech
- Ve výjimečných případech může ředitel zajistit dozor jinou zletilou osobou

§ 6 - Úplata za předškolní vzdělávání

- Vzdělávání v MŠ zřizované státem, krajem, obcí nebo svazkem obcí se poskytuje za úplatu
- Předškolní vzdělávání je bezplatné pro děti:
 - V posledním ročníku MŠ (po dobu max. 12 měsíců)
 - S odkladem povinné školní docházky
- Měsíční výši úplaty stanoví ředitel (max. 50% skutečných průměrných měsíčních neinvestičních výdajů na dítě)
- O snížení nebo prominutí úplaty rozhoduje ředitel (zejména v případě sociálních dávek)
- Úplata je splatná do 15. dne příslušného kalendářního měsíce (jiný termín splatnosti může stanovit ředitel)

Zákon č. 561/2004 Sb. (školský zákon) - klíčové paragrafy

§ 2

- Zaručuje rovný přístup ke vzdělávání bez diskriminace (včetně zdravotního stavu)
- Zohledňuje vzdělávací potřeby jednotlivce

§ 16 - Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami

- **Definice žáka se SVP** (§ 16, odst. 1): Osoba, která k naplnění vzdělávacích možností potřebuje podpůrná opatření
- **Podpůrná opatření (PO):** Nezbytné úpravy ve vzdělávání odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám.
- Spočívají v:
 - poradenské pomoci školy + ŠPZ
 - úpravě organizace, obsahu
 - úpravě podmínek přijímání ke vzdělávání + ukončování vzdělávání
 - použití KP, speciálních učebnic
 - úpravě očekávaných výstupů

Stupně podpůrných opatření (Katalog PO + vyhl. 27/2016 Sb - v přílohách):

- I. stupeň - **škola** - mírné obtíže, pomalé tempo, po dlouhodobé nemoci...
- II. stupeň - **ŠPZ** - opožděný vývoj, odlišné kult. prostředí, mírné osl. zraku/sluchu, SVPU + předmět spg.péče
- III. stupeň - **ŠPZ** - může být AP, závaž. SPU, PCH, těžká p. řeči, PAS, LMP, TP, slabozrakost...
- IV. stupeň - **ŠPZ** - těžké - středně těžké MP, PAS,...
- V. stupeň - **ŠPZ** - nejvyšší míra přizpůsobení -> kombinované postižení

ŠPZ - SPC + PPP (72/2005 Sb., v aktuální znění)

§ 5

Poradna

(1) Poradna poskytuje služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou a speciálně pedagogickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků.

(2) Činnost poradny se uskutečňuje ambulantně na pracovišti poradny a návštěvami zaměstnanců právnické osoby vykonávající činnost poradny ve školách a školských zařízeních.

(3) Poradna

a) zjišťuje pedagogicko-psychologickou připravenost žáků na povinnou školní docházku a vydává o ní zprávu a doporučení,

b) zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků škol a na základě výsledků psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky vypracovává doporučení s návrhy podpůrných opatření pro žáka,

c) vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu⁴⁾ za účelem stanovení podpůrných opatření na základě posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka nebo mimořádného nadání žáka,

d) vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu⁴⁾ k zařazení žáka do školy, třídy, oddělení nebo studijní skupiny zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona nebo zařazení nebo převedení do vzdělávacího programu odpovídajícího vzdělávacím potřebám žáka,

e) provádí psychologická a speciálně pedagogická vyšetření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a žáky mimořádně nadané,

f) poskytuje žákům přímou speciálně pedagogickou a psychologickou intervenci,

g) poskytuje poradenské služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji; jejich zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům vzdělávajícím tyto žáky poskytuje poradenské služby zaměřené na vyjasňování osobních perspektiv žáků,

h) poskytuje poradenské služby žákům z odlišného kulturního prostředí a s odlišnými životními podmínkami,

i) poskytuje metodickou podporu škole a školskému zařízení při poskytování poradenských služeb a podpůrných opatření,

j) poskytuje žákům kariérové poradenství,

k) poskytuje informační, konzultační, poradenskou a metodickou podporu zákonným zástupcům žáka,

l) prostřednictvím metodika prevence zajišťuje prevenci rizikového chování, realizaci preventivních opatření a koordinaci školních metodiků prevence.

§ 6

Centrum

(1) Centrum poskytuje poradenské služby zejména při výchově a vzdělávání žáků s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem. Jedno centrum poskytuje poradenské služby v rozsahu odpovídajícím jednomu nebo více druhům znevýhodnění podle věty první v souladu s částí II přílohy č. 2 k této vyhlášce.

(2) Žákům škol zřízených podle § 16 odst. 9 školského zákona a školských zařízení jsou poradenské služby centra poskytovány pouze v rámci diagnostické péče. Centrum poskytuje žákům podle věty první přímé speciálně pedagogické, logopedické a psychologické intervence, nemůže-li tyto služby zajistit škola nebo školské zařízení, kde je žák zařazen.

(3) Činnost centra se uskutečňuje ambulantně na pracovišti centra a návštěvami pedagogických pracovníků centra ve školách a školských zařízeních, případně v rodinách, v zařízeních pečujících o žáky uvedené v odstavci 1.

(4) Centrum:

a) zjišťuje připravenost žáků uvedených v odstavci 1 na povinnou školní docházku,

b) zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků uvedených v odstavci 1 a přihlíží přitom k lékařskému posouzení zdravotního stavu nebo posouzení jiným odborníkem, zpracovává odborné podklady pro

nastavení podpůrných opatření pro tyto žáky a pro jejich zařazení nebo přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávací opatření, vypracovává zprávy z vyšetření a doporučení ke vzdělávání žáků,

c) zajišťuje speciálně pedagogickou péči, speciálně pedagogické vzdělávání a logopedickou intervenci pro žáky uvedené v odstavci 1, kteří jsou vzděláváni ve škole, třídě, oddělení nebo studijní skupině, která není zřízena podle § 16 odst. 9 školského zákona, nebo kterým je stanoven jiný způsob plnění povinné školní docházky²),

d) vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu⁴) za účelem stanovení podpůrných opatření na základě posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka,

e) vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu⁴) pro zařazení žáka do školy, třídy, oddělení nebo studijní skupiny zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona nebo zařazení nebo převedení do vzdělávacího programu odpovídajícího vzdělávacím potřebám žáka,

f) poskytuje kariérové poradenství žákům uvedeným v odstavci 1,

g) vykonává speciálně pedagogickou, psychologickou a logopedickou diagnostiku a poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků uvedených v odstavci 1, na zjištění individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání a na začleňování do společnosti,

h) poskytuje pedagogickým pracovníkům a zákonným zástupcům poradenství v oblasti vzdělávání žáků uvedených v odstavci 1,

i) poskytuje metodickou podporu škole,

j) poskytuje informační, konzultační, poradenskou a metodickou podporu zákonným zástupcům žáků.

Informovaný souhlas (dle Michalíka - z přednášek)

Informovaný souhlas je vyžadován ve 4 případech (jako podmínka pro přijetí ve 2.-5. stupni PO):

1. Souhlas s poskytováním poradenských služeb
2. Souhlas se závěrem z vyšetření
3. Souhlas s PO ve škole
4. Souhlas se vzděláváním v paragrafových školách/třídách

Přiznávání podpůrných opatření (<https://msmt.gov.cz/vzdelavani/podpurna-opatreni> + KATOLOGY UPOL)

1. Školské poradenské zařízení posuzuje vzdělávací potřeby dítěte/žáka (na základě PLPP, vyšetření lékaře, klinického psychologa aj.).
2. Po vyšetření vydává ŠPZ:
 - Zprávu pro zákonného zástupce
 - Doporučení pro školu

Lhůty při přiznávání PO (27/2016 Sb.)

- Lhůta pro přiznání PO není stanovena zákonem, důraz je kladen na nejrychlejší možný postup.
- Kontrola funkčnosti PO probíhá po 3 měsících (nejdéle do 1 roku) od nastavení.
- PO se nastavují na dobu, po kterou jsou nezbytná, doba však nepřesahuje 2 roky, v odůvodněných případech nastavit na 4 roky.
- Pokud to vzdělávání žáka vyžaduje, je možné jeho vzdělávání prodloužit až o 1, respektive 2 roky (v případě středních škol). Dále je možné jeden ročník rozložit na 2 roky. - MŠMT - <https://msmt.gov.cz/vzdelavani/podpurna-opatreni>

Zákonná úprava vzdělávání žáků se SVP (Školský zákon)

- Žáci mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření.
- PO se člení do 5 stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti.
- Lze kombinovat PO různých druhů a stupňů.
- Asistent pedagoga je jedním z podpůrných opatření.
- Žáci se zdravotním postižením mají právo bezplatně používat speciální učebnice a pomůcky.
- Existuje možnost zřízení speciálních škol nebo tříd s upravenými vzdělávacími programy.

§ 18 - Individuální vzdělávací plán

Ředitel může povolit vzdělávání podle IVP na základě:

- Písemného doporučení školského poradenského zařízení
- Žádosti zákonného zástupce nebo zletilého žáka

§ 36 - Povinnost školní docházky

- Povinnost zákonných zástupců posílat děti do školy k plnění povinné školní docházky
- Nesplnění této povinnosti je považováno za protiprávní jednání

§ 37 - Odklad povinné školní docházky

- Možný při tělesné nebo duševní nevyspělosti dítěte
- Podmínky:
 - Písemná žádost zákonného zástupce během zápisu
 - Doporučení školského poradenského zařízení
 - Doporučení odborného lékaře nebo klinického psychologa
- Odklad je možný nejdéle do 8 let věku dítěte
- Existuje možnost dodatečného odkladu v průběhu 1. pololetí

§ 55 - Prodloužení základního vzdělávání

Pro žáky dle § 16 odst. 9 může ředitel povolit prodloužení:

- Do 20 let věku
- U žáků v programu základní školy speciální až do 26 let

Vyhláška č. 27/2016 Sb. - vzdělávání žáků se speciálními potřebami

§ 1 - Předmět úpravy

Vyhláška upravuje:

- Pravidla vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami
- Vzdělávání žáků uvedených v § 16 odst. 9 zákona
- Vzdělávání žáků nadaných

§ 2 - Podpůrná opatření

PO 1. stupně:

- Zahrnují minimální úpravy metod, organizace a hodnocení
- Jsou bez normované finanční náročnosti

- Pokud nestačí PO 1. stupně, škola doporučí využití poradenského zařízení

PO 2.-5. stupně:

- Poskytují se na základě doporučení školského poradenského zařízení
- Vyžadují informovaný souhlas žáka/zákonného zástupce
- Konkrétní PO lze poskytovat pouze v jednom stupni

§ 3 - Individuální vzdělávací plán (IVP)

- Zpracovává škola na základě doporučení poradenského zařízení
- Je závazným dokumentem, vychází ze ŠVP a je součástí dokumentace žáka
- Obsahuje:
 - Údaje o skladbě a stupních PO
 - Identifikační údaje žáka a zúčastněných pedagogů
 - Úpravy obsahu vzdělávání
 - Časové a obsahové rozvržení
 - Úpravy metod, forem výuky a hodnocení
 - Případné úpravy očekávaných výstupů
- Musí být zpracován do 1 měsíce od obdržení doporučení a žádosti
- Může být upravován během školního roku

§ 5 - Činnosti asistenta pedagoga

- Poskytuje podporu pedagogovi při vzdělávání žáků se SVP
- Pomáhá při organizaci a realizaci vzdělávání
- Podporuje samostatnost a aktivní zapojení žáka

Asistent s vyšším vzděláním (§ 20 odst. 1):

- Zajišťuje přímou pedagogickou činnost
- Podporuje žáka v dosahování vzdělávacích cílů
- Realizuje výchovné práce k vytváření návyků

Asistent s nižším vzděláním (§ 20 odst. 2):

- Vykonává pomocné výchovné práce
- Zajišťuje pomocné organizační činnosti
- Pomáhá při adaptaci žáka
- Asistuje při komunikaci
- Pomáhá při sebeobsluze a pohybu

Důležité: Jednomu žákovi nelze doporučit více asistentů pedagoga současně.

§ 17 - Počty žáků se SVP v běžných třídách

- Zpravidla maximálně 5 žáků s PO 2.-5. stupně
- Celkově maximálně 1/3 žáků třídy
- V běžných třídách mohou působit souběžně maximálně 3 pedagogové
- V běžné třídě maximálně 4 žáci uvedení v § 16 odst. 9
- Existují výjimky pro školy s povinností přednostního přijetí

§ 19-26 - Vzdělávání ve speciálních školách a třídách

- § 19: Doporučení k zařazení do školy/třídy dle § 16 odst. 9

- § 20: Zařazení žáka na základě žádosti a doporučení (platnost max. 2-4 roky)
- § 21: Povinné informování žáka/zákonného zástupce o důsledcích takového vzdělávání
- § 22: Převedení do programu základní školy speciální
- § 23: Pravidelné vyhodnocování (do 1 roku po zařazení, dále každé 2-4 roky)
- § 24: Organizace výuky (rozsah speciálně pedagogické péče, počty hodin)

§ 25 - Počty žáků ve speciálních třídách (§16, odst.9):

- Nejméně 6, nejvíce 14 žáků
- Ve specifických případech 4-6 žáků
- Při odborném výcviku max. 7 žáků
- Pro zřízení speciální školy min. 10 žáků
-

Přílohy k vyhlášce č. 27/2016 Sb.

- Rozpracovávají konkrétní podpůrná opatření
- Specifikují nároky na kompenzační pomůcky
- Obsahují vzory IVP a další praktické náležitosti, včetně vzorů doporučení

Podpora inkluze a rovný přístup k dětem se zdravotním postižením.

Novela škol. zákona - **82/2015 Proč? - podpora inkluze (Od Michalíka z přednášek)**

- **vznik PO** - individuální na konkrétní potřeby žáka a ne dle skupiny nebo ktg.; PO jako konkrétní podpora; PO - právně zajištěná; PO -> standard. prostřed. na základě doporučení ŠPZ
- inkluze -> rovný přístup ke vzdělávání
- neefektivnost starého systému: neodpovídal individuálním potřebám a nedostatek podpory
- zajištění práv žáků
- sjednocení a standardizace podpory -> jednotný přístup k podpoře napříč školami, aby kvalita podpory nebyla závislá na zřizovateli či lokalitě školy
- Evropské závazky - Úmluva o právech OZP (OSN - přijalo v r. 2006) - čl. 24

Další dokumenty jako je: Úmluva o právech dítěte

V ČR: ŠZ, vyhl. 27/2016Sb; Strategie vzdělávací politiky 2030+; Národní plán podpory rovných příležitostí OZP 2021-2025

Strategie vzděl. politiky do roku 2030+

Ze Strategie vzdělávací politiky ČR do roku 2030+ lze vyzdvihnout několik klíčových bodů týkajících se podpory inkluze a vzdělávání dětí se zdravotním postižením:

Hlavní strategické linie podpory inkluze ve Strategii 2030+:

1. **Snížování nerovností ve vzdělávání** - jeden z hlavních strategických cílů, který zdůrazňuje potřebu vyrovnávat příležitosti pro všechny děti, včetně těch se zdravotním postižením.
2. **Individualizace vzdělávání** - důraz na personalizovaný přístup ke každému dítěti s ohledem na jeho specifické potřeby, schopnosti a zájmy.
3. **Posilování kapacit škol** - podpora škol v poskytování kvalitního inkluzivního vzdělávání, včetně zajištění odborného personálu (asistenti pedagoga, speciální pedagogové, psychologové).

4. **Rozvoj podpůrného systému** - posílení školských poradenských zařízení a jejich dostupnosti, zlepšení mezioborové spolupráce.
5. **Kompetence pedagogů** - systematická podpora pedagogů v oblasti inkluzivního vzdělávání prostřednictvím kvalitního pregraduálního i dalšího vzdělávání.
6. **Revize systému podpůrných opatření** - průběžné vyhodnocování a optimalizace systému podpůrných opatření, aby efektivněji reagoval na potřeby žáků.
7. **Důraz na wellbeing** - zajištění psychické pohody všech účastníků vzdělávacího procesu, vytváření pozitivního a bezpečného školního klimatu.
8. **Digitalizace a technologická podpora** - využití potenciálu digitálních technologií pro podporu vzdělávání dětí se specifickými potřebami.
9. **Systémové financování** - nastavení udržitelného systému financování inkluzivního vzdělávání, který zajistí dostupnost potřebných podpůrných opatření.
10. **Partnerství a spolupráce** - podpora spolupráce škol, rodin, komunity a dalších relevantních aktérů ve vzdělávání.

Strategie 2030+ klade důraz na to, že inkluzivní přístup není jen o začlenění žáků se zdravotním postižením, ale o vytvoření vzdělávacího systému, který dokáže efektivně reagovat na různorodé potřeby všech žáků a maximálně rozvíjet jejich potenciál.

Dokument také zdůrazňuje potřebu vyvážit požadavky na kvalitu vzdělávání a dostupnost podpory pro všechny žáky, kteří ji potřebují.

Klíčové aspekty týkající se inkluze v **předškolním vzdělávání**:

1. **Včasná intervence** - strategie zdůrazňuje důležitost včasné diagnostiky a podpory dětí se speciálními vzdělávacími potřebami již v předškolním věku.
2. **Dostupnost předškolního vzdělávání** - zajištění dostupnosti kvalitního předškolního vzdělávání pro všechny děti včetně těch se zdravotním postižením.
3. **Posilování kapacit mateřských škol** - podpora personálního zajištění (asistenti pedagoga, speciální pedagogové) a metodického vedení pro práci s dětmi se zdravotním postižením.
4. **Návaznost** - důraz na plynulý přechod a kontinuitu podpory při přechodu z mateřské do základní školy.
5. **Spolupráce s rodinou** - posílení spolupráce mezi mateřskou školou a rodinou, zejména u dětí se zdravotním postižením.
6. **Profesní rozvoj pedagogů MŠ** - zaměření na specifické kompetence pedagogů mateřských škol pro inkluzivní vzdělávání.
7. **Podpora wellbeingu** - vytváření pozitivního a bezpečného prostředí v mateřských školách pro všechny děti.

Strategie vnímá předškolní vzdělávání jako zásadní etapu pro položení základů úspěšného vzdělávání dětí se zdravotním postižením a pro včasné poskytnutí potřebné podpory, která může významně ovlivnit jejich další vzdělávací dráhu.

Národní plán podpory rovných příležitostí OZP 2021-2025

- strateg. dokument schválený Vládou ČR => stanovuje priority + opatření pro zlepšení postavení osob ZP ve společnosti
- HL. CÍLE: podpora INKLUZE, odstraňování bariér, zaměstnávání, soc. služby + podpora, práv.ochrana + boj za diskriminaci, zapojené OZP do rozhodování
- VZDĚLÁVÁNÍ: zajištění rov.přístupu ke vzděl. + posil.inkluze ve škol., poskytování podpory pg. při práci s d.+ž. se SVP, zvyšování dostupnosti AP + dalších PO

22. ROZVOJ SOCIÁLNÍCH A EMOČNÍCH DOVEDNOSTÍ U DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM. VÝZNAM SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ A EMOČNÍ REGULACE. INTERVENČNÍ METODY ZAMĚŘENÉ NA ROZVOJ SOCIÁLNÍCH A EMOČNÍCH DOVEDNOSTÍ.

SOFA,2025. Socio-emoční učení. *Society for all* [online]. [accessed 2025-4-5]. Dostupné z: <https://www.societyforall.cz/tema-socio-emocni-uceni/>

SOFA,2025. Metodika pro MŠ: Poznáváme sebe a druhé. *Society for all* [online]. [accessed 2025-4-4]. Dostupné z: <https://www.societyforall.cz/metodika-pro-ms-poznavame-sebe-a-druhe/>

(Metodika socio-emočního učení nabízí činnosti, které pomohou rozvíjet sebepoznání, empatii, spolupráci i schopnost zvládat náročné situace. Každá kapitola se zaměřuje na konkrétní oblast rozvoje a hravou formou rozvíjí dovednosti, které dětem budou užitečné po celý život.)

ROZVOJ SOCIÁLNÍCH A EMOČNÍCH DOVEDNOSTÍ U DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Rozvoj sociálních a emočních dovedností u dětí se zdravotním postižením je klíčovým prvkem pro jejich celkovou adaptaci, školní úspěšnost a kvalitu života. Děti se zdravotním postižením často čelí potížím v oblasti komunikace, porozumění sociálním normám, vyjadřování emocí a zvládání stresových situací. Tyto obtíže mohou být důsledkem mentálního, tělesného, smyslového nebo kombinovaného postižení, ale i chronických onemocnění, která ovlivňují každodenní život dítěte.

U těchto dětí je velmi důležitá **časná intervence** – rozvoj sociálních a emočních dovedností by měl začínat již v raném dětství a být součástí běžných výchovně-vzdělávacích činností.

Rozvoj těchto schopností podporuje nejen osobní pohodu dítěte, ale i jeho školní výkonnost a celkovou integraci do vrstevnické skupiny. U dětí s postižením je nutné využívat metody, které zohledňují jejich specifické potřeby – například vizuální pomůcky, alternativní komunikaci nebo zvýšenou míru strukturovanosti. Rozvíjet tyto schopnosti lze i prostřednictvím:

- **Modelových situací** a strukturovaných her,
- **Práce s emocemi** pomocí obrázků, příběhů a reflexe situací,
- **Posilování spolupráce** a přátelského chování.

V případě dětí s mentálním, tělesným či kombinovaným postižením je nutná větší míra podpory, individualizace a opakování, aby došlo ke skutečnému osvojení sociálně-emočních vzorců chování.

Podpůrné, bezpečné a strukturované prostředí (ve škole i doma) je klíčem k úspěchu. Využití vrstevníků jako modelů a spoluhráčů také zvyšuje efektivitu učení v přirozených kontextech.

SOCIO-EMOČNÍ UČENÍ (Sofa)

V dosavadní historii vzdělání hrálo zásadní roli trivium (a tato role mu i nadále spolu s potřebou funkční gramotnosti zůstává). Nicméně současnost ukazuje, že klíčové spolu s ním už nebudou oborové znalosti, ale socio-emoční dovednosti, jež umožní další generaci adaptovat se na neustále se měnící svět i umět v něm žít spokojený a produktivní život.

Socio-emoční učení je proces, s nímž by se mělo začít již od vstupu do vzdělávacího systému. A předtím i paralelně k němu také na úrovni rodiny. Měl by vést k sebepoznání, učit schopnosti komunikovat, emoční gramotnosti i psychické odolnosti.

Za 5 základních socio-emočních dovedností považujeme:

- **SEBEUVĚDOMĚNÍ**, schopnost pochopit vlastní emoce, myšlenky a uvědomovat si, jak nás ovlivňují,
- **SEBERÍZENÍ**, umění regulovat chování v závislosti na situaci, schopnost zvládat stres i dosahovat cílů,
- **ZODPOVĚDNÉ ROZHODOVÁNÍ**, spojené s uměním dělat konstruktivní a respektující rozhodnutí,
- **VZTAHOVÉ DOVEDNOSTI**, tedy schopnost navazovat zdravé podpůrné vztahy, jasně komunikovat,
- **SOCIÁLNÍ VĚDOMÍ** čili empatii a vnímání druhých, porozumění sociálním a etickým normám

EMOCE

Pro rozvoj emoční gramotnosti u dětí je klíčové, jak reagujeme na jejich emoce. **Důležité je tyto emoce přijímat, nezlehčovat** (např. „Neplač!“), ale naopak je pomoci **dětem verbalizovat**. Proto často poskytujeme dětem zpětnou vazbu k jejich prožívání, např. slovy: „vidím, že jsi smutný/á; slyším, že se směješ, to máš asi radost“ apod. Využíváme tedy principy efektivní komunikace a popisný jazyk. Stejně tak je důležité být autentický/á a popisovat své vlastní emoční stavy, např.: „Mám radost, rozzlobilo mě, bojím se, že...“ Pro děti je také důležité, aby mimika učitele byla výrazná a v souladu s jeho slovy, protože jim to pomáhá orientovat se a porozumět jeho sdělení. Tímto způsobem pomáháme dětem chápat a orientovat se v emocích vlastních i druhých lidí. S dětmi v mateřské škole začínáme pracovat nejprve se čtyřmi základními emocemi – radostí, smutkem, strachem a hněvem. Postupně k nim přidáváme další – překvapení, znechucení, žárlivost. Je tedy možné si každou níže uvedenou hru a činnost přizpůsobit tak, že si zvolíme počet emocí, se kterými v rámci hry pracujeme, aby to odpovídalo vývojové úrovni dětí. (viz metodika ze SOFA)

VÝZNAM SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ A EMOČNÍ REGULACE

SOCIÁLNÍ DOVEDNOSTI jsou schopnosti potřebné k tomu, aby jedinec mohl účinně komunikovat a interagovat s ostatními lidmi. Patří sem například schopnost naslouchat, vyjednávat, řešit konflikty, dodržovat pravidla, spolupracovat nebo respektovat autoritu.

Ne náhodou je v cíli předškolního vzdělávání sociální a emoční rozvoj dítěte zmiňován na prvních dvou místech. Aby se dítě cítilo dobře, potřebuje být přijato. Zároveň je pro něj nezbytné mít své místo jako individualita, ale i ve společnosti druhých. To mu poskytuje potřebné bezpečí a podmínky pro jeho další rozvoj. Je důležité, jak dítě vidí samo sebe, jak vidí druhé i jak jej vidí ostatní. Proto je klíčové v předškolním vzdělávání **podporovat rozvoj vzájemných pozitivních vztahů, respektu, schopnosti empatie a spolupráce**. Potřebujeme se zaměřovat na podporu vzájemné komunikace mezi dětmi a budování důvěry. **To, jakým způsobem dítě realizuje a prožívá vztahy v mateřské škole, má dopad na jeho další život**. Třída mateřské školy představuje formální sociální skupinu, do které nejsou děti přiřazeny na základě svého zájmu a preferencí. Potřebují v této skupině najít své bezpečné místo, navázat neformální vztahy a skupinu přijmout za svou – ztotožnit se s ní. To vše vyžaduje, aby učitel v předškolním vzdělávání věnoval pozornost této oblasti a kontinuálně systematicky pracoval na sociálním rozvoji dětí i budování pozitivního třídního klimatu.

Tipy pro učitele:

Nebezpečím pro sociální rozvoj dětí je povrchnost, kdy učitelé předkládají dětem pozitivní vztahy zkratkou – všichni se tu máme rádi, všichni jsme tu kamarádi. Není to pravda a dítě to staví do pozice, kdy dochází k nesouladu mezi jeho vlastním prožíváním a zkušeností a slovy autority. Je proto nutné se těchto zjednodušení vyvarovat a naopak pracovat na tom, aby dítě získávalo pozitivní zkušenosti s druhými a učilo se přiměřeně svým schopnostem případné konflikty řešit. **Nevhodné je vzájemné**

porovnávání dětí, zaměření se na výkon (např. preference kognitivně zaměřených činností), nerespektování individuálních potřeb jednotlivých dětí a využívání soutěživých prvků v jakékoli podobě. Žádoucí je naopak využívání kooperativních činností a prosociálních her. Velkou roli hraje způsob jednání učitele, jak přistupuje k jednotlivým dětem, jak komunikuje, jak řeší problémy, neboť jeho chování je vzorem pro děti. **Velmi pomáhají společné zážitky, které kolektiv stmelují, proto bychom vzdělávací činnosti měli koncipovat jako společná dobrodružství – společně něco zkoumáme, hledáme, objevujeme a řešíme.** (SOFA, metodika)

EMOČNÍ REGULACE je schopnost rozpoznat, pojmenovat, vyjádřit a zvládat své emoce. Tato schopnost je nezbytná pro zvládání stresu, frustrace, změn či neúspěchů, které jsou běžnou součástí života.

Děti v předškolním věku se **učí rozumět svým emocím**. Díky tomu ke konci předškolního období již snáze své emoční prožitky a chování regulují. Neznamená to však, že to již dobře zvládají, stále se tomu učí. Schopnost regulovat své chování a emoce závisí také na temperamentu dítěte a regulační podpoře, které se mu dostává v rodinném prostředí. **Dítěti v rozvoji schopnosti regulovat své chování a pracovat s vlastními emocemi pomáhá, učí-li se o svých emocích mluvit.** Zároveň **potřebuje příklad, jak dospělí zvládají stavy** projevující se silnými emocemi. Schopnost seberegulace ovlivňuje i postavení dítěte ve skupině, to, jak je skupinou přijímáno. Emoční prožívání je projevem stresové reakce. V raném věku je mozek dítěte velmi citlivý na stres; chronicky stresované děti mají mozek zaplavený hormony ochromujícími vyšší mozkové funkce a ovlivňujícími jejich emoční odezvu. **Stres je reakcí na situace, ve kterých se dítě cítí ohroženo. V takové chvíli může reagovat trojím způsobem – útokem, útekem či zamrznutím.** V prvním případě reaguje křikem, verbální či fyzickou agresivitou, vztekem, urážením či vzdorem. V případě reakce útekem pozorujeme nesoustředěnost, roztěkanost, psychomotorický neklid, vyhýbání se, či přímo snahu uprchnout. Reakce zamrznutí je provázena projevy odmítání komunikace (např. odpovědi „já nevím“, mlčením), snahou schovat se, nevnímáním, zasněním. **Pro zvládání stresu pomáhají relaxační cvičení, práce s dechem, uvolňování fyzického napětí či vědomé soustředění a přenos pozornosti. Tyto techniky je možné formou her učit děti již v předškolním věku.**

Tipy pro učitele:

Stres vzniká jako reakce na situace, ve kterých se dítě cítí nějakým způsobem ohroženo. Může jít pro něj o situaci novou, neznámou či nepředvídatelnou. Proto je nezbytné **zajistit dětem pocit bezpečí – dopřát jim čas na adaptaci, mít adaptační program nastavený s ohledem na jejich individuální potřeby, umožnit jim emoční podporu prostřednictvím pro ně důležitých předmětů (hračka, muchláček, plena, dečka apod.).** Dále je podstatné pro dítě srozumitelně strukturovat čas v mateřské škole s využíváním **pravidelných rituálů, dodržováním přehledného režimu, v jehož orientaci mu pomůže využívání vizualizace, např. prostřednictvím fotek, obrázků nebo piktogramů.** Velmi stresující je pro dítě pocit ztráty kontroly nad situací. **Pokud ví, že se o sebe dokáže (přiměřeně věku) postarat, snižuje to míru jeho stresu. S tím souvisí podpora rozvoje jeho sebeobsluhy vytvářením podmínek, aby mohlo být v maximální možné míře samostatné a zároveň se mu dostala potřebná pomoc.** Zároveň děti učíme technikám, kterými si mohou samy pomoci ve chvílích, kdy zažívají stres či silné emoce. (SOFA, metodika)

INTERVENČNÍ METODY ZAMĚŘENÉ NA ROZVOJ SOCIÁLNÍCH A EMOČNÍCH DOVEDNOSTÍ

Intervence by měly být pravidelné, strukturované a přizpůsobené potřebám konkrétního dítěte. Mezi efektivní metody patří:

- **Sociální hry a hraní rolí** – děti si nacvičují konkrétní sociální situace a vhodné reakce,

- **Emoční deníky, kartičky s emocemi, práce s mimikou** – napomáhají identifikaci a pojmenování emocí,
- **Metoda video-modelování** – dítě sleduje nahrávky „vzorového“ chování a napodobuje ho,
- **Práce s asistenty pedagoga a speciálními pedagogy** – individuální či skupinová intervence,
- **Zapojení vrstevníků** – tzv. peer-mediated interventions, kde spolužáci hrají aktivní roli při podpoře dítěte.

Důležitá je také spolupráce s rodinou, kontinuita mezi domácím a školním prostředím a hodnocení pokroku dítěte.

SOFA nabízí konkrétní materiály, aktivity:

- **Karty(Ú)klid v hlavě** pro mateřské školy podporují seberegulaci a učí děti vnímat vlastní tělo a emoce. Obsahují 35 aktivit zaměřených na zklidnění nebo aktivizaci. Karty obsahují pohybová, dechová a relaxační cvičení s prvky imaginace, určená pro děti od 3 do 7 let. Pomáhají dětem rozvíjet seberegulaci, která podporuje soustředění, zvládání stresu a řešení konfliktů. Zároveň snižuje impulzivitu a předchází náročnému chování.
- **Plakát Když se cítím smutně, můžu....** Jsou na něm nakreslené různé aktivity, např. obejmout plyšáka, postavit si něco z kostek, zatančit si, zabalit se do deky, jít za dospělákem
- **Plakát Semafor** Plakát pomáhá dětem v mateřské škole rozpoznat a regulovat emoce. Používá jednoduchý vizuální systém se třemi barvami – červená signalizuje vztek a potřebu zastavit se, oranžová znamená nepohodu a potřebu zklidnění, zelená vyjadřuje pohodu a možnost pokračovat v aktivitě. Ve MŠ ho lze využít jako pomůcku, díky které děti mohou lépe vyjádřit svůj stav při různých denních činnostech.
- **Plakát Co by řekly emoce, kdyby mohly mluvit...** Plakát znázorňuje čtyři základní emoce – radost, smutek, strach a hněv – a ukazuje jejich klíčovou roli v našem životě. Může sloužit jako užitečná pomůcka při diskusích o emocích, během ranního kruhu nebo při řešení situací, kdy děti prožívají silné pocity.
- **Plakát Náladometr** Náladometr pomáhá dětem identifikovat své pocity. Zobrazuje škálu čtyř základních emocí a umožňuje jim jednoduše vyjádřit, jak se právě cítí. Může sloužit jako každodenní pomůcka, díky které získáme lepší přehled o náladě ve třídě nebo jako součást různých aktivit. Plakát lze využívat během dne – například při ranním kruhu, po návratu z venku nebo po náročnější aktivitě. Pomáhá dětem uvědomit si, že jejich pocity jsou důležité a že je v pořádku o nich mluvit.
- **Metodika pro MŠ: Poznáváme sebe a druhé - Metodika socio-emočního učení nabízí činnosti, které pomohou rozvíjet seberepoznání, empatii, spolupráci i schopnost zvládat náročné situace.** Každá kapitola se zaměřuje na konkrétní oblast rozvoje a hravou formou rozvíjí dovednosti, které dětem budou užitečné po celý život.
 - Metodika přináší srozumitelné a snadno aplikovatelné postupy s využitím herních a zážitkových metod. Je rozdělena do sedmi tematických okruhů: *Identita, Silné stránky osobnosti, Emoční gramotnost, Zvládání náročných situací, Řešení problémů, Vyhledání pomoci a Pozitivní vzájemné vztahy*. Každá kapitola obsahuje vzdělávací záměr, teoretická východiska pro danou oblast a očekávané výsledky učení vztahující se k novému Rámcovému vzdělávacímu programu pro předškolní vzdělávání (RVP PV). Společně s metodikou Respekt, Rozmanitost, Rovnost, Resilience pro základní a střední školy vytváří ucelený soubor podporující rozvoj klíčové kompetence osobnostní a sociální.
 - Od září 2025 bude probíhat pilotní ověření metodiky ve vybraných mateřských školách, kde bude sledována její implementace v praxi.

➔ Příklad aktivit z metodiky:

⇒ **Na čaroděje** (poznávání emocí) Minimální věk: 3+ Vzdělávací cíle • Dítě dokáže napodobit mimiku a gesta podle vzoru. Co budeme potřebovat • volný prostor k pohybu (třída, venkovní prostor)

1. Vstoupíme do role čaroděje (můžeme využít i rekvizity) a proměňujeme sebe i děti v různá zvířata: „Jsem kouzelný čaroděj, teď proměním nás, pozor dej, jen hůlkou mávnu teď a (...) je tu hned!“ Do říkadla doplňujeme zvířata společně s vyjádřením jejich emoce či nálady, např. veselá opička, smutný slon, vztekly pes apod.

2. Sami demonstrujeme zvolené zvíře pohybem i mimikou a děti nás napodobují.

3. Když děti získají jistotu a chtějí, mohou vstoupit do role čaroděje a střídát se v ní.

Reflexe Zeptáme se dětí, jaké zvíře se jim předvádělo nejlépe a proč. Dál se můžeme doptávat např. otázkami: „Kdybyste měly nějakým zvířetem zůstat, které by to bylo? Vzpomenete si, jak se nějaké zvíře cítilo? Dokázaly byste to teď samy ukázat?“ Modifikace pro mladší děti Když děti chtějí vstupovat do role čaroděje, mohou si vybrat, v koho sebe i ostatní promění s pomocí obrázku, který si vyberou.

⇒ **Tanec proti strachu** (regulace emocí) Minimální věk: 3+ Vzdělávací cíle • Dítě popíše, z čeho má obavy, a hledá cesty, jak strach překonat. Co budeme potřebovat • volný prostor k pohybu

1. Tato činnost je inspirována hrou, maorským bojovým tancem, který nejvíc proslavili novozélandští ragbisté. Cílíme na to, abychom dětem pomohli zmírnit obavy z něčeho, co je čeká. Dětem vyprávíme příběh o tom, jak si kdysi lidé na ostrově v Tichém oceánu pomáhali zvláštním tancem proti strachu, když je čekalo něco těžkého. Během tance volali slova a věty, které jim měly dodat odvalu.

2. S dětmi si potom zkusíme podobný tanec vymyslet. Jak by se dalo třeba ukázat, že jsem silný/á? Jak by se dalo ukázat, že se nebojím? Propojení určitého pohybu s představou jeho významu usnadňuje zapamatování. Přidáme také verbální doprovod tvořený „tajnou řečí“ – bezobsažnými slabikami. S dětmi postupně nacvičíme sekvenci pohybů s verbálním doprovodem.

3. Jakmile máme tanec jako kolektiv zvládnutý, můžeme jej posléze využívat před nějakými náročnými a nezvyklými situacemi.

⇒ **Tající sněhová vločka** (uvolnění) Minimální věk: 3+ Vzdělávací cíle • Dítě dokáže vědomě uvolnit své svaly. Co budeme potřebovat • prostor pro pohyb

1. Děti mají za úkol si představit, že jsou sněhové vločky. Vločkami právě smývá vichřice (děti se volně pohybují po třídě). Jako podporu představivosti dětí můžeme použít nějakou tematickou skladbu.

2. Vichřice pomalu utichá a vločky se snášejí na zem.

3. Vločky se pomalu ukládají na zem, jsou úplně potichu a přestávají se hýbat (děti si lehají). Momentálně si jen tak leží v závěji a nic jiného nedělají, ale pořád cítí v těle napětí (děti mohou zatínat svaly, ruce svírat v pěst apod.)

4. Najednou ale vychází slunce a vločky začínají tát (postupně děti upozorňujeme na tání každé části těla, přičemž mají po celou dobu zavřené oči). Spolu s tím prohlubují dýchání (nádech nosem a výdech ústy).

5. Když se z vloček stane louže (tělo je kompletně nehybné a uvolněné), promění se pomalu zpátky na děti tak, že budou zase postupně rozhýbávat jednotlivé části těla.

⇒ **Rušná ulice** (sociální dovednosti) Minimální věk: 2+ Vzdělávací cíle • Dítě si je vědomé přítomnosti druhých. Co budeme potřebovat • volný prostor pro pohyb

1. S dětmi si představíme, že jsme na rušné ulici. Každý někam jde, každý někam pospíchá. Děti se můžeme ptát: „Kam chodíš s maminkou a tatínkem? Kam bys teď chtěl/a jít? Koho na ulici potkáváš?“

2. Pustíme zvuky ulice (případně libovolný hudební doprovod) a děti se pohybují volně po prostoru. Musí se vzájemně vyhýbat, nikdo nesmí do nikoho vrazit. Mohou chodit pomalu i rychle, ale bezpečně.

3. Když zvuky ustanou, děti se zastaví, rozhlédnou se a toho, kdo je jim nejbližší, pozdraví – mohou verbálně i neverbálně, úsměvem či zamáváním. Reflexe Koho jsi na své cestě potkal/a? Jak jste se pozdravili?

PLAKÁTY na ukázk:

23. Role poradenství a podpory pro rodiny s handicapovanými dětmi

Různé typy podpory (sociální, psychologická, vzdělávací) a jejich aplikace.

Proces poradenství a práce s očekáváními rodiny.

Specifika poradenského přístupu pro rodiny s dětmi s postižením.

Role poradenství

- Zdravotní postižení u dítěte představuje pro rodinu zátěžovou situaci, dochází ke změně životního stylu celé rodiny, která se snaží přizpůsobit potřebám a možnostem dítěte
- Taktéž bývají narušeny vztahy, a to nejen v rámci rodiny, ale také k širší společnosti
- Jde o životní situaci, kterou mohou rodiče jen obtížně zvládnout bez externí pomoci
- Pro zachování a fungování rodiny je tedy důležitá podpora nejen ze strany širší rodiny a přátel, ale zejména od různých odborníků pomáhajících profesí (psychologové, pedagogové, lékaři, sociální pracovníci, terapeuti, vychovatelé, speciální pedagogové)

(Dokoupilová 2017)

Různé typy podpory

Poradenství v resortu MZ

Odborné poradenství

- V rámci zdravotnických služeb a zařízení je osobám se závažnými nemocemi a zdravotním postižením poskytováno odborné poradenství
- Odborné poradenství je orientováno na komplexní prevenci, diagnostiku a léčbu
- Poskytovateli jsou zejména odborní lékaři, ale i další zdravotničtí pracovníci v nemocnicích, ambulancích, rehabilitačních zařízeních, lázních apod.
- Osoby s nemocí, zdravotním oslabením a tělesným postižením – chirurg, ortoped, neurolog, fyzioterapeut, klinický logoped, klinický psycholog
- Osoby s mentálním postižením – klinický psycholog, psychiatr, neurolog
- Osoby se zrakovým postižením – oftalmolog, neurolog
- Osoby se sluchovým postižením – lékař ORL, foniatr, audiolog, klinický logoped

Sociální služba

- Součástí odborného poradenství
- Zajištění podpory a péče o klienta v nepříznivé zdravotní a sociální situaci, s ohledem na jeho potřeby
- Sociální pracovník se zabývá především problematikou návratu pacienta do původního prostředí, zkoumá rodinné zázemí, sociální vztahy, vhodnost bydlení, hmotné zajištění, míra soběstačnosti
- Cílem je udržení kvality života pacienta a prevence návratu do zdravotnického zařízení

Speciální pedagog

- V rámci zdravotnických institucí, poskytujících služby dětem a mladistvým
- Zabezpečení kontinuity výchovy a vzdělávání, usnadnění adaptace ve zdravotnickém zařízení, spolupráce se zdravotníky a rodinou

(Dokoupilová 2017)

Centrum provázení

- Centrum provázení nabízí podporu rodinám dětských pacientů při léčebné i paliativní péči. Jde o děti: se vzácným onemocněním, s těžkým zdravotním postižením, narozené předčasně, narozené s nízkou či extrémně nízkou porodní hmotností
- Období přípravy, sdělování a následné péče po sdělení závažné a nepříznivé zdravotní diagnózy.

- Podpora rodiny dětského pacienta v prvních fázích: stabilizace rodinného systému, pomoc s orientací v nových informacích, krizová spolupráce.
- Rodiče poté snáz reagují na situaci, v níž se ocitli, spolupracují s lékaři a jsou tak schopni zajistit co nejlepší péči o dítě.
- Centrum provázení zahajuje své služby vždy na doporučení lékaře a se souhlasem rodiny dítěte. Provázení se odehrává ve zdravotnickém zařízení, nejčastěji v nemocnici.
- Provázení se odvíjí podle aktuálních potřeb rodiny a ošetřujícího personálu. Trvá zpravidla 1-6 měsíců, u závažných diagnóz s infaustní (nepříznivou) prognózou i déle.

(Centrum provázení)

Psycholog, psychiatr

- Dlouhodobější spolupráce, terapie, medikace
- Krizová intervence – pomoc v akutním momentu kritické či mimořádně tíživé životní situace

Poradenství v resortu MŠMT

- Školská poradenská zařízení
- Jejich činnost vymezena v zákoně č. 561/2004 Sb., a vyhlášce č. 72/2005
- Podpora výchovně-vzdělávacího procesu u dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami
- Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření
- Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta.
- Např. úpravy organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání, zabezpečení výuky předmětů speciálněpedagogické péče, prodloužení délky vzdělávání, používání kompenzačních pomůcek, vzdělávání podle IVP, asistent pedagoga
- Základem poradenské činnosti jsou diagnostické, intervenční, terapeutické, konzultační a informační služby

Pedagogicko-psychologická poradna

- Pedagogická, psychologická a speciálněpedagogická podpora při výchovně vzdělávacím procesu
- Tým tvoří speciální pedagogové, psychologové, sociální pracovníci
- V rámci služeb PPP jsou řešeny výchovné problémy, výukové a vzdělávací problémy a problematika profesní orientace

Speciálněpedagogické centrum

- Podílí se na výchově a vzdělávání dětí, žáků a studentů s mentálním, zrakovým, sluchovým, tělesným postižením, NKS, kombinovaným postižením, PAS
- Klienty jsou zpravidla děti, žáci, studenti ve věku 3 až 19 let
- Tým tvoří psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci

Oblast činnosti:

- Zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků a přihlíží přitom k lékařskému posouzení zdravotního stavu nebo posouzení jiným odborníkem, zpracovává podklady pro nastavení podpůrných opatření pro tyto žáky a pro jejich zařazení nebo přeřazení do škol, vypracovává zprávy z vyšetření a doporučení ke vzdělávání žáků
- Poskytuje speciálněpedagogickou péči a speciálněpedagogické vzdělávání pro žáky se stanoveným jiným způsobem plnění školní docházky (vzdělávání žáků s hlubokou MR)
- Vykonává speciálněpedagogickou a psychologickou diagnostiku
- Poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků, na zjištění individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání a na začleňování do společnosti
- Poskytuje informační, konzultační, poradenskou a metodickou podporu zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům

- Poskytuje kariérové poradenství
- Zjišťuje připravenost žáků na povinnou školní docházku

(Dokoupilová 2017)

Poradenství v resortu MPSV

Raná péče

- Raná péče je odborná terénní služba pro rodiny dětí do 7 let, jejichž vývoj je ohrožený v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, nebo dětí se zdravotním postižením. Služba se zaměřuje na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby
- Má preventivní charakter, protože snižuje vliv prvotního postižení a brání vzniku postižení druhotného
- Posiluje rodinu, využívá jejích přirozených zdrojů tak, že i dítě s postižením může vyrůstat a prospívat v jejím prostředí
- Znamená ekonomický přínos, postupně činí rodiče nezávislémi na institucích, snižuje nutnost ústavního pobytu a šetří tím státní výdaje
- Je předpokladem úspěšné sociální integrace
- Je poskytována převážně v přirozeném prostředí dítěte. Základním přirozeným prostředím je rodina
- Služby rané péče jsou sestavovány na základě analýzy individuálních potřeb rodiny
- Základní činnosti poskytované zejména formou poradenství – konzultací, realizovaných určeným poradcem rané péče v místě bydliště rodiny (tzv. konzultace v rodině).
- Interval mezi konzultacemi je 1–3 měsíce a je předmětem vzájemné domluvy, délka konzultace je zpravidla cca 2 hodiny
- Terénní forma služby může být doplněna také formou ambulantní, ta probíhá zpravidla v prostorách pracoviště rané péče

(Společnost pro ranou péči)

Poskytované služby:

- Podpora rodiny v období krize
- Posouzení vývojové úrovně dítěte
- Vypracování individuálního plánu, návrh stimulačního programu
- Poradenství při výběru a získání rehabilitačních pomůcek, půjčování hraček a pomůcek
- Pomoc při prosazování práv a zájmů rodiny (např. při jednání s institucemi)
- Sociálně právní poradenství
- Zprostředkování kontaktů na další odborníky, instituce
- Zprostředkování kontaktů mezi rodinami navzájem, pravidelná setkání klientských rodin, společné pobyty

(Opatřilová 2006)

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

- Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou služby, které pomáhají rodinám, jež se ocitly v tíživé životní situaci ohrožující zdravý vývoj dítěte a které ji nedokáží řešit vlastními silami.
- Smyslem služby je zvýšení sociálních dovedností jednotlivých členů rodiny a podpora její samostatnosti k dosažení zdravého fungování rodiny, nebo alespoň ke snížení míry vlivu nepříznivé sociální situace.
- Služba je poskytována terénní i ambulantní formou. Rozsah jednoho setkání či aktivity je přibližně jedna hodina, dle charakteru aktivity a potřeb rodiny.
- S rodinou vždy pracuje konkrétní pracovník (tzv. klíčový pracovník), který jí pomáhá řešit obtížné situace, plánuje s rodinou potřebné kroky vedoucí ke zlepšení stavu (skrze Individuální plánování) a poskytuje jí podporu i prostor pro získání potřebných dovedností, samostatnosti a plné zodpovědnosti za svoji situaci i život.
- Pracovník se pro rodinu stává rovnocenným partnerem, průvodcem, nikoli odborníkem na život klientů, nepřebírá jim jejich kompetence. Díky tomu, že se pracovníci v rodině běžně nestřídají, je zajištěno nejvyšší možné soukromí rodiny.
- Délka spolupráce se odvíjí s ohledem na závažnost řešené situace. Důležitou podmínkou spolupráce je zájem ze strany rodičů o zlepšení své situace. Spolupráce s každou rodinou je

jedinečná, při poskytování služby respektujeme přání a potřeby rodiny. Spolupráce je dobrovolná, je možné ji kdykoliv ukončit. Služba je poskytovaná zdarma.

(Maltézská pomoc)

Odborné sociální poradenství

- Rodinné poradny: Manželské, partnerské, rodinné, individuální, sociálně-právní poradenství
- Poradny pro osoby se zdravotním postižením
- Sociálně-právní poradenství: sociální zabezpečení, bydlení, orientace v systému sociální politiky, zaměstnávání, občanská agenda
- Poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, vzdělávací a aktivizační služby, pomoc při prosazování práv a zájmů

Poradny pro osoby se zdravotním postižením

- Sociálně-právní poradenství – sociální zabezpečení, bydlení, orientace v systému sociální politiky, zaměstnávání, občanská agenda
- Informační činnost o léčebných, rehabilitačních službách a pobytech, kompenzačních pomůckách, možnostech výchovy a vzdělávání, změnách legislativy týkající se lidí s postižením
- Osobní asistence, respitní péče, průvodcovské služby, tlumočnické služby
- Kulturní, volnočasové a společenské akce

Poradenství

- Proces, při kterém profesionál poskytuje druhému člověku (páru, rodině, skupině) ve vztahu partnerské spolupráce při řešení problému informace, rady, vedení a podporu přiměřeně k (nepříznivé) životní situaci člověka a jeho životním cílům a potřebám tak, aby se zlepšila schopnost jedince (pár, rodiny, skupiny) se ve své životní situaci orientovat a na základě využití vlastních sil a zdrojů okolí ji co nejlépe řešit nebo přijmout rozhodnutí
- Pomoc klientovi, která spočívá hlavně v podpoře růstu, rozvoje, zralosti a lepšího uplatnění klienta tak, aby se efektivněji orientoval ve světě a vyrovnával se životem
- „Speciální poradenství“ – komplex poradenských služeb určených specifickým skupinám lidí, kteří jsou znevýhodněni zdravotně či sociálně
- Přístup ke klientovi by měl být individuální, komplexní, mezioborový
- Klient se obrací na poradce, když se ocitá v obtížné situaci a neví, jak ji řešit, nebo má sice konkrétnější představu, jak svoji situaci řešit, ale není schopen se orientovat v kompetencích jednotlivých institucí a vyžadovaných administrativně-byrokratických činnostech
- Nevhodně vedená poradenská strategie, netaktní jednání nebo neaktuální rada může klienta dlouhodobě poškodit, a odradit jej od dalšího vyhledávání pomoci, kterou potřebuje

(Novosad 2009)

3 roviny cílů poradenství

- Obecná rovina – cílem je, aby klient dosáhnul zdraví (dobrá kondice tělesná, psychická, společenská), přijetí dítěte jeho sociálním společenstvím
- Rovina dílčích nebo speciálních cílů
- Žádoucí změna v sociálním prostředí dítěte, změna předcházející ohrožení harmonického vývoje dítěte nebo alespoň zastavující nepříznivý vývoj a navozující vývoj příznivější,
- změny v postojích a výchovných praktikách rodičů,
- diagnostické a terapeutické metody, postupy a praktiky – rozhovor, přímá opatření ve prospěch dítěte (rehabilitační metody, intervence), organizační opatření (přechod do školy, úprava prostředí),
- Rovina individuálních cílů – konkrétní opatření týkající se individuálního případu v jeho individuální situaci

(Matějček 1992)

Zásady poradenského přístupu dle Matějčka:

Navodit spolupráci

- Spolupráce ze strany klienta je nezbytnou podmínkou, aby mohl poradenský proces proběhnout
- Spolupráce s klientem a jeho blízkými osobami během poradenského rozhovoru, ale také po něm
- Spolupráce jednotlivých účastníků poradenského procesu (dítě, zákonní zástupci, škola, další odborníci)

Pravda s perspektivou

- Předkládat rodičům i dítěti pravdivý stav věcí, zatajování nebo zkreslování informací brání účelné spolupráci
- Pravdu sdělujeme šetrně a taktně, a zároveň tak, aby nebyl uzavřen výhled do budoucna, ale naopak otevřen
- Otevřená budoucnost je jednou ze základních psychických potřeb
- Každá psychologická diagnóza a výrok kvalifikující stav dítěte či jeho sociálního prostředí by měly být následovány výrokem o výhledech a východiscích

Optimistický výhled do budoucna

- Perspektiva otevřené budoucnosti přináší naději, která posiluje jedince v současné tíživé situaci a pomáhá ji lépe zvládat, poradenská pomoc by měla přinášet optimismus, ne však nepravdivý, přehnaný, nepodložený.
- Optimisticky laděné očekávání nadlehčuje tíži současných problémů a vytváří příznivější psychické podmínky pro hledání nápravy a pak i pro její realizaci

Rozumět znamená pomáhat

- Východiskem poradenské pomoci je porozumění, k jeho dosažení musíme zapojit všechnu naši zkušenost, vědomosti a znalosti, hledáme vhodné vyšetřovací a výzkumné metody

Překážky a rizika poradenského procesu (dle Matějčka):

- Zevšeobecňování – poradce se snaží převést případ klienta na obecné schéma a schematicky ho i řešit, („Takhle je to vždycky“, „Vždycky to takhle dopadne...“), chybí individuální přístup
- Dirigování – vnucování svých postojů a názorů klientovi, hodnocení na základě vlastních představ
- Bagatelizování – zlehčování problémů klienta
- Moralizace – poradce vyslovuje morální soudy nad klientovým chováním
- Záslužnictví – zveličování problémů klienta, aby byla zřejmá zásluha poradce na vyřešení problému
- Soucit – poradce se emocionálně váže na klienta, ztrácí odstup
- Projekce – poradce vidí v klientových problémech paralelu svých vlastních, a poté vnucuje i svá vlastní řešení
- Identifikace – ztotožnění s klientem, poradce přijímá bezmezně klientovu interpretaci problému, ztrácí odstup a nestrannost
- Abstrakce – poradce používá v rozhovorech s klientem odborné termíny, kterým klient nerozumí
- Chození kolem horké kaše – poradce se zabývá jen vedlejšími, okrajovými problémy, vyhýbá se jádru problému
- Vyhoření – poradce ztrácí zájem o klienta, není schopen empatie, práce je pro něj zatěžující, unavující

Překážky na straně klienta

- Nedostatek empatie, sebestřednost
- Negativní pohled, odmítá připustit cokoliv pozitivního
- Chybění respektu a vřelosti, agrese vůči okolí
- Nedostatek konkrétnosti, obtíže ve formulaci, neurčitost výpovědi
- Strach z konfrontace, z názoru poradce

Specifika

- Široká škála a proměnlivost obtížných životních situací a problémů, přímo i nepřímo souvisejících se zdravotním postižením
- „Pestrost“ klientely, vysoká individualita lidí s nejrůznějšími typy či formami zdravotního postižení
- Nezvratnost individuálních mezí či hranic možností (např. nemůžeme plně kompenzovat postižení, reedukovat určitou schopnost)
- Izolovanost, snížená sociabilita
- Malá motivace

(Novosad 2009)

- Rodinný kontext – každá rodina žije svůj vlastní příběh, jehož specifčnost je dána osobností rodičů, jejich vzájemným vztahem a chápáním hodnoty vlastní rodiny, kterou spoluvytvářejí
- Přítomnost psychických obtíží, sociálně patologických jevů, narušených vztahů
- Míra osvojení rodičovských kompetencí
- Vztahy v rodině – počet dětí, rozvod/úplná rodina, příbuzní, širší rodina, rozdělení rolí
- Ekonomická situace
- Zkušenosti rodiny s různými institucemi
- Potřeby rodiny

Práce s očekáváními rodiny

- Empatie a respekt – i když nám budou očekávání rodičů připadat (i oprávněně) přehnaná nebo nereálná, nesmíme jim to říct napřímo nebo nepříjemným způsobem
- Snažíme se jejich pohled změnit například příklady z praxe, fakty (např. legislativní omezení), modelovými situacemi, rozebráním do hloubky
- Pokud jsou očekávání nízká nebo žádná, můžeme na tom stavět a postupně rodině představovat, s čím vším jim můžeme pomoci a co vše je možné, ale nenutit
- Může se objevit i negativní postoj (daný povahovým laděním rodiče, psychickým stavem, předchozí negativní zkušeností) – na nás je, abychom zůstali profesionální, a na tyto projevy reagovali asertivně
- Na to, co od nás rodina potřebuje, můžeme přicházet postupně, není nutné vše probrat na první schůzce
- Již na začátku si musíme stanovit hranice, co je v naší kompetenci a co již ne, a tyto hranice držet po celou dobu práce s rodinou (nenechat se přemluvit, zastrašit)
- Vytvořit si plán, na jehož plnění budeme s rodinou společně pracovat