

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Adéla Michalová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program:

Specializace ve zdravotnictví B0915P360009

Adéla Michalová

Studijní obor: Ergoterapie

ROLE ERGOTERAPEUTA V RANÉ PÉČI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Ilona Zahradnická

PLZEŇ 2024

Zde se v tištěné formě nachází zadání bakalářské práce s razítkem.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2024

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Michalová Adéla

Katedra: Katedra fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Role ergoterapeuta v rané péči

Vedoucí práce: PhDr. Ilona Zahradnická

Počet stran – číslované: 52

Počet stran – nečíslované: 26

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 46

Klíčová slova: raná péče, dětská ergoterapie, psychomotorický vývoj

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá zhodnocením role ergoterapeuta v rané péči. Zkoumá, v jakých oblastech rané péče ergoterapeut pracuje, zda poradce rané péče konzultuje stav klienta s ergoterapeutem, s jakou pravidelností tato komunikace probíhá a jaké oblasti spolu nejčastěji konzultují. V teoretické části je popsán pojem raná péče, jak tato služba probíhá, ergoterapie v rané péči a význam rodiny pro vývoj dítěte. Pro zpracování praktické části byl využit kvantitativní sběr dat pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozeslány mezi poradce rané péče z celé České republiky, kteří mohli vyplnit až 13 otázek. Celkem ho vyplnilo 76 respondentů a 100 % z nich tvořily ženy ve věku od 20 do 65 let. Nejčastěji se jednalo o absolventy oboru speciální pedagogika a sociální práce, ale byli mezi nimi i dva ergoterapeuti. Ze všech respondentů pouze 46 % konzultuje stav klienta s ergoterapeutem. Ti konzultují nejčastěji 1x za měsíc nebo podle potřeby dítěte a jeho rodiny. Nejčastěji řešenými problémovými oblastmi jsou jemná a hrubá motorika, grafomotorika, doporučení lokomočních a kompenzačních pomůcek, ADL, smysly a poruchy senzorycké integrace. Zároveň 100 % ze všech respondentů si myslí, že ergoterapeut v rané péči má své místo.

Abstract

Surname and name: Michalová Adéla

Department: Department of Physiotherapy and Occupational Therapy

Title of thesis: The role of the occupational therapist in early intervention

Consultant: PhDr. Ilona Zahradnická

Number of pages – numbered: 52

Number of pages – unnumbered: 26

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 46

Keywords: early intervention, paediatric occupational therapy, psychomotor development

Summary:

This bachelor thesis examines the evaluation of the role of the occupational therapist in early intervention. It addresses the areas of early intervention in which the occupational therapist works, whether the early intervention counsellor consults the client's condition with the occupational therapist, the regularity of this communication, and the areas they most frequently consult together. The theoretical part describes the concept of early intervention, how the service is provided, occupational therapy in early intervention and the importance of the family for the child's development. In the practical part, quantitative data was collected through a questionnaire survey. Questionnaires were sent to early intervention counsellors from all over the Czech Republic, who could fill in up to 13 questions. A total of 76 respondents completed the survey and 100 % of them were women aged between 20 and 65 years. While most of the respondents were graduates in special education and social work, there were also two occupational therapists. Out of all respondents, only 46 % sought consultation with an occupational therapist about the client's condition. The consultation usually takes place once a month or according to the needs of the child and their family. The most

frequently addressed problem areas are fine and gross motor skills, graphomotor skills, recommendation of locomotion and compensatory aids, ADLs and sensory integration disorders. Furthermore, 100 % of all respondents think that occupational therapy has a place in early intervention.

Poděkování

Děkuji PhDr. Iloně Zahradnické za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji Bc. Ivoně Střelkové a Mgr. Ireně Lintnerové za odbornou konzultaci.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 VYMEZENÍ POJMU RANÁ PÉČE	15
1.1 Historie oboru raná péče	15
1.2 Raná péče v kontextu legislativy	16
1.2.1 Základní činnosti při poskytování rané péče	16
1.3 Cíle rané péče.....	17
1.4 Multidisciplinární tým rané péče	18
1.5 Formy rané péče.....	19
1.5.1 Průběh návštěvy v rodině	20
1.6 Programy rané péče	21
1.7 Poradce rané péče	22
2 ERGOTERAPIE V RANÉ PÉČI.....	24
2.1 Hra v ergoterapii	25
2.2 Základní intervence ergoterapie v oblasti rané péče.....	26
2.2.1 Jemná a hrubá motorika.....	26
2.2.2 Grafomotorika	27
2.2.3 ADL	28
2.2.4 Smyslové a sensorické vnímání	29
2.2.5 Orofaciální stimulace.....	30
2.3 Dětská paliativní péče	31
3 VÝZNAM RODINY PRO VÝVOJ DÍTĚTE	33
3.1 Faktory ovlivňující vývoj dítěte.....	33
3.2 Vztahy v rodině.....	34
PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	36
4.1 Hlavní cíl.....	36
4.2 Úkoly práce.....	36
5 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	37
6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	38
7 METODIKA PRÁCE	39
7.1 Etika a úskalí.....	41

8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	42
DISKUZE	60
8.1 Limitace práce.....	63
ZÁVĚR.....	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
SEZNAM PŘÍLOH	71
PŘÍLOHY	72

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 <i>Pohlaví respondentů (n=76)</i>	43
Graf 2 <i>Věková skupina respondentů (n=76)</i>	44
Graf 3 <i>Místo zařízení (n=76)</i>	46
Graf 4 <i>Místo výkonu služby (n=76)</i>	47
Graf 5 <i>Počet rodin (n=76)</i>	48
Graf 6 <i>Vzdělání (n=76)</i>	50
Graf 7 <i>Nejčastější diagnózy (n=76)</i>	51
Graf 8 <i>Poměr spolupráce mezi ergoterapeutem a poradcem rané péče (n=76)</i>	52
Graf 9 <i>První konzultace s ergoterapeutem (n=36)</i>	54
Graf 10 <i>Pravidelnost konzultací (n=36)</i>	55
Graf 11 <i>Nejčastější oblasti konzultace (n=36)</i>	57
Graf 12 <i>Oblasti ergoterapeutické intervence (n=36)</i>	58
Graf 13 <i>Ergoterapeut v rané péči (n=76)</i>	59

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 <i>Pohlaví respondentů (n=76)</i>	42
Tabulka 2 <i>Věková skupina respondentů (n=76)</i>	44
Tabulka 3 <i>Místo zařízení (n=76)</i>	45
Tabulka 4 <i>Místo výkonu služby (n=76)</i>	47
Tabulka 5 <i>Počet rodin (n=76)</i>	48
Tabulka 6 <i>Vzdělání (n=76)</i>	49
Tabulka 7 <i>Nejčastější diagnózy (n=76)</i>	51
Tabulka 8 <i>Poměr spolupráce mezi ergoterapeutem a poradcem rané péče (n=76)</i>	52
Tabulka 9 <i>První konzultace s ergoterapeutem (n=36)</i>	53
Tabulka 10 <i>Pravidelnost konzultací (n=36)</i>	55
Tabulka 11 <i>Nejčastější oblasti konzultace (n=36)</i>	56
Tabulka 12 <i>Oblasti ergoterapeutických intervencí (n=36)</i>	58
Tabulka 13 <i>Ergoterapeut v rané péči (n=76)</i>	59

SEZNAM ZKRATEK

SPRP	Společnost pro ranou péči
ČUNS.....	Česká unie nevidomých a slabozrakých
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ADL	Aktivita denního života
pADL	Personální aktivity denního života
iADL	Instrumentální aktivity denního života
PAS	Poruchy autistického spektra
ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder (porucha pozornosti s hyperaktivitou)
CNS.....	Centrální nervová soustava

ÚVOD

V procesu rané péče je ergoterapeut její součástí. Spolu s ostatními odborníky se snaží, o co nejvyšší kvalitu života dítěte s postižením, rodičů, sourozenců a všech, kteří se o dítě starají.

Jejím hlavním cílem je poskytnout dětem optimální podporu a péči s důrazem na celkový vývoj, zdraví a pohodu. Zaměřuje se především na ranou detekci a intervenci při možných vývojových, zdravotních nebo sociálních potížích, s cílem minimalizovat nebo eliminovat negativní vlivy na budoucí život dítěte. Raná péče pomáhá dětem od narození do 7 let věku s různým typem handicapu, ať už je mentální, sluchové, zrakové, tělesné, PAS, ADHD/ADD, poruchy senzorického vnímání a mnohé další. V praxi je ale běžné, že se poskytovatelé rané péče soustředí pouze na některé z výše uvedených oblastí, aby bylo možné docílit, co největší kvality (Hradilková, 2018).

Dětská ergoterapie a raná péče jsou obory, které spolu úzce souvisí a doplňují se navzájem. Cíle obou oborů jsou velmi podobné, a právě proto je důležitá i komunikace mezi odborníky, kteří se o dítě starají. Hlavní úlohu v procesu rané péče má poradce rané péče, a právě na něj bylo cílené výzkumné šetření.

Cílem této práce je zjistit, jaká je role ergoterapeuta v rané péči, a jakým způsobem spolupracuje ergoterapeut a poradce rané péče. V teoretické části se autorka věnuje popisu rané péče a seznamuje s jejími formami, průběhem a cíli. Dále se věnuje ergoterapii v rané péči a základním intervencím, které ergoterapeut v této oblasti řeší. A nakonec řeší význam rodiny pro vývoj dítěte. K vypracování praktické části byl využit kvantitativní sběr dat formou dotazníkového šetření, který byl rozeslán poradcům rané péče po celé České republice.

Hlavní motivací pro napsání této práce byla důležitost rané péče a seznámení s možnostmi ergoterapeuta v tomto oboru. S vypracováním autorka získá nové zkušenosti a informace, které může využít ve vykonávání práce ergoterapeuta.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMU RANÁ PÉČE

Raná péče nebo raná intervence jsou pojmy označující tutéž sociální službu, která pomáhá rodinám s dětmi s vývojovým postižením nebo rodinám v nelehkých životních obdobích. Je určena pro děti od narození do 7 let, u kterých se objeví vývojová vada nebo postižení, způsobené různými podněty. Jedná se především o službu terénní doplněnou o ambulantní, do které se na prvním místě zapojuje poradce rané péče. Ten pomáhá zlepšovat psychomotorický vývoj dítěte, podporuje celou rodinu k co největší kvalitě jejich života a doporučuje další specialisty jako např. ergoterapeut, fyzioterapeut, sociální pracovník, psycholog a další. Do procesu se vždy zapojuje celá rodina (Pretis a kol., 2020).

1.1 Historie oboru raná péče

Termín raná péče neboli early intervention se v zahraničí objevuje už od 80. let minulého století, jako program zaměřený především na vzdělávání, terapie a socializaci dítěte s postižením. V této době se začala v Evropě i Americe do procesu zahrnovat i celá rodina dítěte s handicapem. Většinou ale řešením výskytu postižení u dítěte byl jejich odklon do státní ústavní péče. Ale některá zařízení umožňovala poskytnout rodičům znalosti o péči. To byl jeden z důvodů zavedení terénní služby u dětí. Dlouho se nevědělo, kam tuto novou službu legislativně zařadit. Tak se v druhé polovině 80. let minulého století v Evropě objevovala jak v sektoru zdravotnickém, tak v sektoru pedagogickém. Až s iniciativou Mezinárodní zdravotnické organizace WHO a rozvojem evropského sociálního modelu se objevila i v sektoru sociálním (Doskočilová, 2012).

V České republice se raná péče postupně vyvíjí od 90. let minulého století. Její rozvoj je propojen s vývojem nestátního neziskového sektoru. Tento obor vychází z pedagogiky, kdy se začínalo pracovat s lidmi s poruchou smyslů, především zraku a sluchu. Dostávaly se do popředí i speciální techniky jako jsou komunikativní přístroje, Brailovo písmo nebo posunková řeč (Pretis a kol., 2020).

Před pádem minulého režimu byli lidé s handicapem nechtěni a objevovali se spíše na kraji společnosti. Proto byli často umisťováni do ústavní péče. Ale rodiny, které dítě

s handicapem nebrali jako problém, měly možnosti a chtěly mu dopřát příjemný život v domácím prostředí, potřebovaly odbornou pomoc (Doskočilová, 2012).

Velký průlom uskutečnili členové organizace Svaz invalidů, kteří se kvůli listopadovým událostem v roce 1989 zvládli 3. prosince 1989 osamostatnit a založit první samostatnou organizaci, Českou unii nevidomých a slabozrakých (ČUNS). A v roce 1990 založili první střediska rané péče v Praze a Brně určená především pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením. Později v roce 1993 vznikla střediska v Liberci a Olomouci, 1994 v Českých Budějovicích a 1995 v Ostravě. Těchto šest organizací bylo do roku 1997 hlavním poskytovatelem pomoci pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením. Ale jelikož pomoc v rané péči žádaly i rodiny s dětmi s jiným typem handicapu a organizace pro nevidomé už přesahovala své schopnosti, tak roku 1997 vznikla z těchto šesti organizací první celorepubliková organizace poskytující ranou péči, Společnost pro ranou péči. Jako první kladla největší důraz na ranou péči a pomoc rodinám s různým typem handicapu (Hradilková, 2015).

1.2 Raná péče v kontextu legislativy

Raná péče je sociální služba, přesněji služba sociální prevence, která má své jasné znění v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v § 54 odst. 1. V roce 2009 došlo k novelizaci tohoto zákona. A byl definován jako: „*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*“ (ČESKO, 2006).

Do roku 2009 byla raná péče terénní, popřípadě ambulantní služba, a byla určená i pro děti, jejichž vývoj byl ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Pro tyto děti byl ale stejného roku zákon doplněn o § 65, Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (Šándorová, 2017).

1.2.1 Základní činnosti při poskytování rané péče

Základní činnosti při poskytování rané péče jsou jasně definovány v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v § 54 odst. 1., přesněji dle § 19 vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se mění některá ustanovení zákona o sociálních službách.

a) Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

Poradce rané péče má za úkol zhodnotit schopnosti a dovednosti rodiny a zajistit jejich potřeby. Měl by podporovat a upevňovat vztahy v rodině, rodičovské kompetence a jejich dovednosti. Informovat a vzdělávat rodiče v oblasti podpory dítěte a instruovat a zdokonalovat jejich dovednosti v oblasti kognitivní, sensorické, motorické a sociální.

b) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Pomáhá upevňovat vztah s rodinou a snaží se o sociální začlenění osob do společnosti. Seznamuje také rodinu s běžně dostupnými službami a informačními zdroji.

c) Sociálně terapeutické činnosti

Naslouchá rodině a předává jejím členům zkušenosti. Pořádá pobyty a sezení s dalšími rodinami v podobné situaci, kde se vzájemně mentálně podporují.

d) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Pomáhá v komunikaci a vyřizování žádostí, které se týkají vývoje dítěte (Šándorová, 2017).

1.3 Cíle rané péče

Proces rané péče se skládá z hlavních a dílčích cílů. Bezpochyby je hlavním cílem prevence vzniku postižení a snaha o co nejkvalitnější psychomotorický vývoj dítěte. Vytvořit podmínky pro sociální integraci rodiny do společnosti, aby mohla žít co nejkvalitnějším životem. K tomu také patří poskytnout rodině informace spojené s diagnózou, možnostech léčby a možnostmi podpory dalšími odborníky (Šándorová, 2017).

V rámci dílčích cílů rané péče se odborníci i rodiče snaží zamezit nebo předejít sekundárním příznakům postižení a řeší následky spojené se vznikem handicapu. Poradce a další pečující poskytují celé rodině dítěte citovou, emocionální a psychickou podporu a snaží se snížit negativní vlivy spojené s danou diagnózou. Raná péče by se měla z větší části odehrávat v domácím prostředí rodiny. To podporuje dlouhodobé pozitivní účinky terapie, jelikož se dítě nachází v přirozeném prostředí, které zná a má rádo. To také posiluje vztahy a

motivovanost v rodině, které pomáhají dotvářet ideální podmínky jejich života (Šándorová, 2017).

Rodiče vždy musí být dostatečně informováni. Spolu s poradcem rané péče tvoří partnerství, díky kterému se rozhodují o možnostech léčby a podpory jak dítěte, tak pro ně samé (Hradilková, 2018).

1.4 Multidisciplinární tým rané péče

V České republice se multidisciplinární péče často označuje také termínem interdisciplinární nebo transdisciplinární péče. I přesto, že tyto názvy jsou často zaměňovány, tak se ve významu lehce liší. Multidisciplinární tým si předává vzájemně informace, ale cíle jednotlivých odborníků se mohou lišit. Interdisciplinární tým sdílí a koordinuje informace a během pracovních programů, umožňuje spolupráci mezi jednotlivými disciplínami. V rámci transdisciplinárního týmu dochází k výměně rolí specialistů, kteří poté získávají jiný pohled na klienta. Výsledkem této spolupráce vznikají nové metody a koncepty (Jessup, 2007).

V multidisciplinárním a interdisciplinárním týmu nejsou rodiče, tak zapojování do intervencí týmu a na splnění cílů pracují paralelně s odborníky. Naopak v transdisciplinárním týmu jsou rodiče bráni za plnohodnotné členy týmu a pracují s profesionály po boku. Tento přístup není snadné pro dostatečnou flexibilitu odborníků aplikovat. Proto se v praxi setkáváme spíše s prací v multidisciplinárním nebo interdisciplinárním týmu, který není pro odborníky tak náročný (Pretis a kol., 2020).

Základním cílem práce v multidisciplinárním týmu je sjednocený cíl všech odborníků, kteří v týmu pracují. I když se jejich dílčí cíle a práce může lišit, všichni nesou za klienta stejnou odpovědnost. Principem práce v tomto týmu je pravidelné předávání informací. To vede ke kvalitnější péči o klienta. Je to dlouhodobá a komplexní péče, která pozitivně ovlivňuje psychomotorický vývoj dítěte (Hrdá, 2018).

Práce v multidisciplinárním týmu je velice kvalitní forma péče, ve které spolupracují a vzájemně se propojují odborníci různých oborů. Do týmu rané péče v České republice patří zejména poradce rané péče, dále např. ergoterapeut, fyzioterapeut, sociální pracovník, speciální pedagog, porodní asistentky, psycholog, koordinátor sociální služby, pracovníci administrativy a další odborníci, kteří se o dítě starají. Do týmu se mohou zapojovat specialisté i externě. Často to jsou lékaři či zdravotní sestry (Pretis a kol., 2020).

Vývoj týmu má 4 fáze. Jako první se domlouvají na společné identitě a cílech, vzniku týmu. Během druhé etapy řeší, jak budou během procesu komunikovat a určují, kdo bude mít jakou roli v týmu. Ve třetí fázi postupně začínají chápat, jak pracují ostatní členové a postupně se domlouvají, jakým způsobem budou naplňovat stanovené závazky a cíle. Ve čtvrté fázi by měl být tým už dostatečně vyzrálý a pouze rozvíjet schopnosti, které pomohou v naplnění úkolů (Jankovský a kol., 2015).

1.5 Formy rané péče

Existuje několik forem rané péče a poradce rané péče musí všechny vzájemně propojovat. Základní formou je individuální konzultace v rodině. Jelikož celá intervence probíhá v domácím prostředí klienta, je dítě a všichni ostatní rodinní příslušníci ve větší fyzické a mentální pohodě. Poradce má větší možnost pozorovat spontánní hru dítěte a lépe tak pozná, jaké jsou jeho momentální potřeby (Hradilková, 2018).

Se zjištěním, v jakém prostředí dítě vyrůstá, je poradce schopný poznat, jaké má možnosti, a co dítě a jeho rodiče nejvíce potřebují. Poradce je schopný v domácím prostředí zkoušet postupy na stimulaci dítěte, nabízet dítěti i rodičům vhodné hračky a pomůcky, které podporují jeho vývoj a zejména dítě diagnostikovat. I když je pro poradce jednodušší diagnostikovat klienta v upravené místnosti vybavené všemi speciálními pomůckami, které potřebuje, musí být schopný všechny potřebné testovací materiály dopravit do domácnosti klienta. Vše se ale odvíjí od možností rodiny a vzájemné domluvy. V rámci terénní služby může poradce doprovodit rodiče k lékaři, na úřad, do školky, na hřiště a další místa, kde jim pomáhá s nelehkými sociálními dovednostmi (Hradilková, 2018).

Terénní služba je doplněna o ambulantní programy. Tyto konzultace probíhají na odborných pracovištích rané péče. Rodiče sem dojíždí pouze tehdy, pokud je kapacita pracoviště volná a poradci mají tuto možnost. V rámci těchto terapií dochází k různým druhům stimulace, jako je bazální stimulace, zraková stimulace, logopedie, orofaciální stimulace a další. Výběr těchto technik se odvíjí od druhu postižení dítěte a od stanovaného plánu rané péče (Bird a kol., 2010). Na pracovištích mají rodiče často možnost zapůjčení speciálních pomůcek a hraček. Jedná se o žádanou službu, jelikož cena těchto pomůcek je často vysoká. Terapeuti jich mohou vyzkoušet větší množství a vybrat ty, které jsou pro dítě vhodné. A pokud jsou rodiče dostatečně kreativní, mohou se inspirovat a dítěti je doma vyrobit. Samozřejmě všechny pomůcky mohou po domluvě poradci dovézt přímo do rodin a zapůjčit je

tam. Terapeuti mohou také doporučit nebo zapůjčit rodičům i odbornou literaturu, která je více seznámí s problematikou, kterou zrovna potřebují vyřešit (Hradilková, 2018).

Další formou je distanční služba nebo také služba na dálku. Pracovník a rodič se domlouvají pouze telefonicky nebo přes počítač. Tuto službu využívají na předávání informací, posílání zpráv a zodpovězení všech dotazů, na které rodiče potřebují mezi návštěvami odpovědi. Do této formy patří i využití webových stránek zařízení, které mohou obsahovat informace pro rodiče (Hradilková, 2018).

1.5.1 Průběh návštěvy v rodině

Poradce rané péče se na návštěvě v rodině musí vždy řídit několika pravidly, která musí dodržovat. Musí být profesionální, umět reagovat a rodina by měla jeho návštěvu brát pozitivně a vítaně. Samozřejmě nikdy nemůže poradce přesně předpovídat, co se na takové návštěvě může stát, protože každá situace je jedinečná. Pokaždé je v rodině jiná nálada, ale i tak musí poradce umět vždy vhodně a pohotově reagovat. Tato dovednost se nazývá umění návštěv (Hradilková, 2018).

Konzultace musí být vždy s dostatečným předstihem oznámená a obě strany by měly být seznámeny s jejím stručným obsahem. Je možné, že se během návštěvy obsah může změnit, ale i s tím musí rodiče i poradce počítat (Pretis a kol., 2020).

Po příjezdu poradce je důležitý pozdrav a předání informací, co se od poslední návštěvy stalo nového. Zopakuje se časový harmonogram schůzky, a čemu se po celou dobu budou věnovat. Poradce zjistí, co přesně rodiče od schůzky čekají a zda nemají nějaké výhrady k plánu rané péče (Šándorová, 2017).

Následuje rozhovor s rodiči, kde se obě strany domlouvají na všem, co potřebují zařídit nebo vědět, např. zda dítě správně stimuluje, jestli navštěvují nebo nepotřebují doporučit ergoterapeuta, fyzioterapeuta, logopeda nebo další odborníky nebo zda nepotřebují doprovod na zdravotní vyšetření dítěte. Během této části mohou vyřešit vše, co je v silách poradce. Nálada by měla být přátelská a uvolněná. Poradce také nesmí zapomenout na zdravotního sourozence, jak situaci zvládá a jestli nepotřebuje více pozornosti od rodičů nebo psychické podpory od odborníka. Rozhovor je zakončen sdělením úspěchů a neúspěchů dítěte, ale i celé rodiny (Hradilková, 2018).

Po rozhovoru si poradce chvíli pohraje s dítětem. Tím zjistí, v čem se dítě zlepšilo, a co potřebuje ještě dopilovat. Pokud hra není pro dítě vhodná a nebaví jej, ukáže poradce rodičům nové hry a stimuly, které by dítě mohly více zaujmout. Proto často veze do rodiny nové hračky a pomůcky, které by se během intervence mohly dítěti hodit. Rodiče poté všechno zkusí s dítětem sami. Poradce pouze sleduje a jen slovně naviguje. Tím nejlépe poznají, zda se dítěti nové pomůcky a hračky líbí a vyhovují mu. Pokud ano, mohou si je zapůjčit, zakoupit nebo s dostatečnou kreativitou vyrobit. Na závěr zhodnotí rodiče i poradce celou návštěvu, co se jim líbilo a co ne. Domluví se, co by chtěli příští schůzku probrat. To případně mohou domluvit telefonicky mezi návštěvami. Nakonec se domluví na datu příští konzultace a poradce se rozloučí s celou rodinou (Hradilková, 2018).

1.6 Programy rané péče

Podle Hradilkové (2018) jsou programy rané péče rozděleny do tří kategorií. Pomáhají lépe pochopit účel každého programu, jeho cíle a používané metody. Tyto tři programy se prolínají v praxi během konzultací s rodinami a při různých akcích pořádaných poskytovateli rané péče (Hradilková, 2018).

První z těchto programů je zaměřen na podporu rodiny. Jeho hlavním cílem je posilování možností, zodpovědnosti a vědomostí rodičů a poskytování komplexní pomoci všem členům rodiny při zvládnání aktuální situace (Hradilková, 2018).

Druhý program se zaměřuje na podporu vývoje dítěte s postižením. Pracuje s diagnostikou, stimulací a podporou objevování a rozvoje schopností dítěte. Důraz je kladen na využívání silných stránek a kompenzaci slabých stránek dítěte (Hradilková, 2018).

Třetí a poslední program je věnován osvětě a podpoře komunity. Jeho cílem je informovat veřejnost o situaci rodin s postiženými dětmi a podpořit okolí těchto rodin, aby mohlo aktivně přijímat a podporovat dítě s postižením a jeho rodinu jako součást komunity. Tato podpora zahrnuje různé oblasti života, včetně zdravotní péče, vzdělávání a volnočasových aktivit (Hradilková, 2018).

1.7 Poradce rané péče

Poradce rané péče se legislativně řadí jako sociální pracovník. Může se jím stát člověk, který získal titul na vysoké škole nebo vyšší odborné škole. Jedná se především o absolventy oborů sociální práce, speciální pedagogika, sociální pedagogika, psychologie, fyzioterapie či ergoterapie. Jelikož tato práce je multioborová, musí se odborník stále dovzdělávat a doplňovat své znalosti a dovednosti (Hradilková, 2018).

Aby mohl nabídnout, co nejlepší dlouhodobý výkon, musí mít přehled především v oblasti psychologie, medicíny, sociální práce a speciální pedagogiky. V oblasti psychologie musí být seznámen s teorií komunikace, mít schopnost, jak předejít nebo vyřešit krizi a vědět jaké jsou vývojové zákonitosti dítěte raného věku. Z oblasti medicíny je předpokladem znalost klinického obrazu diagnóz, častých u dětí, které mají v péči, jejich projevů a informovanost ohledně možností kompenzace prostřednictvím pomůcek nebo terapie. V rámci sociální práce by měl znát, co to je systém rodiny a jaký je dopad, pokud má rodina krizi. Také jaký je význam komunity, jaké jsou možnosti státní sociální podpory nebo jak zní legislativní rámec sociální práce. V oblasti speciální pedagogiky je důležitá znalost projevů a příčin diagnóz způsobující smyslový nebo vývojový deficit a metody a postupy, které mohou pomoci ve snížení důsledků handicapu (Skalová, 2018).

Hlavním pracovním rysem poradce rané péče je především respekt k ostatním bez ohledu na druh postižení, etniku nebo sociální zajištění. Důležitá je tolerance a empatie, díky které má schopnost lépe porozumět rodině a jejím strastem. Dalšími rysy potřebnými k vykonávání této práce jsou ochota spolupráce, informovanost a profesionalita (Tollan a kol., 2023). Díky těmto vlastnostem by měl být poradce schopen vést strukturovaný rozhovor, stanovit úroveň učení a vývoje dítěte, být emoční podporou pro rodinu, nabídnout rodině program, který bude odpovídat schopnostem dítěte a samostatně si rozvrhnout čas. A jelikož raná péče je terénní služba, musí umět řídit motorové vozidlo (Skalová, 2018).

V zahraničí je poradce rané péče definován jako dospělý, který poskytuje péči malým dětem. Intervence se odehrává především v domácnostech dítěte, ve střediscích rané péče nebo u jiných poskytovatelů sociální péče. Často pracuje v soukromé či veřejné školce, kde v rámci různých programů může být poradce zaměstnán a provádět intervence klientů. Ale jeho role je dost proměnlivá. Poradce rané péče může pracovat na několika pozicích najednou např. jako poskytovatel domácí péče, ředitel zařízení, ve kterém pracuje, administrátor, koordinátora centra, zástupce vedoucího učitele, zastupující učitel anebo asistent pedagoga.

Často kvůli nedostatku odborného personálu a velikosti zařízení musí pracovat na více pracovních pozicích, aby pokryli s ostatními zaměstnanci celý provoz zařízení (Sheppard a Moran, 2022).

Stejně jako v České republice se poradce v zahraničí zaměřuje na děti s postižením. Často spolupracují s poskytovatelem speciálně-pedagogické služby, který také s pravidelností dojíždí do rodin (Sheppard a Moran, 2022).

2 ERGOTERAPIE V RANÉ PÉČI

Každá cílová skupina ergoterapie má svá specifika a ergoterapie v rané péči není výjimkou. Je určena pro děti od narození do 7 let a úzce souvisí s ergoterapií v pediatrii. Ergoterapeut v rámci terapie podporuje účast a participaci v každodenních činnostech dětí a pomáhá jim je zvládnout. Snaží se rozvíjet jejich osobní nezávislost a prostřednictvím hry plní stanovené plány terapie a rané péče. A společně s poradcem rané péče, dětmi a jejich rodinami spolupracují na dosažení co největší soběstačnosti a nezávislosti (Novak a Honan, 2019).

Ergoterapie v pediatrii je stále se vyvíjející obor. Světová zdravotnická organizace WHO, se podílela na vývoji tohoto oboru především zaměřením péče na rodinu dítěte a vznikem Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví. To mnoho ergoterapeutů vedlo k odklonu od přístupu zdola nahoru, který spočívá v intervenci zaměřených pouze na tělesné funkce a na nápravu deficitů dítěte. Začali využívat přístup shora dolů, který se zaměřuje na funkční výkonnost a participaci v ADL (Novak a Honan, 2019).

Ergoterapie v rané péči zahrnuje různé terapeutické aktivity, které jsou přizpůsobeny potřebám dítěte a jeho rodiny. Mezi tyto aktivity patří například trénink motorických schopností, trénink kognitivních funkcí, trénink sociálních a emočních dovedností, trénink schopnosti komunikace a trénink schopnosti adaptace na nové situace. Ergoterapeuti v rané péči také pomáhají dětem a jejich rodinám s výběrem a používáním pomůcek, které jim pomohou zvládat každodenní aktivity. Poskytují rodinám poradenství ohledně péče o dítě, stimulace jeho vývoje a podpory při vyrovnávání se s postižením dítěte. Také spolupracují s ostatními odborníky, jako jsou lékaři, fyzioterapeuti nebo psychologové, aby zajistili komplexní a koordinovanou podporu pro dítě a jeho rodinu. Ergoterapie v rané péči je tedy důležitou součástí multidisciplinárního přístupu, zaměřeného na péči o děti s postižením. Ergoterapeuti pomáhají dětem a jejich rodinám dosáhnout co největší soběstačnosti a nezávislosti, a tím zlepšují jejich kvalitu života (Jelínková, 2023).

Dětští ergoterapeuti pracují nejčastěji v ambulantních zdravotnických zařízeních, ale kvůli jejich velkému nedostatku se často objevují v soukromém sektoru. Tam musí rodiče samostatně platit dětem terapie. Ergoterapeuti často s vlastní iniciativou kontaktují střediska rané péče. Ta, ale také mohou kontaktovat jednotlivé ergoterapeuty, se kterými navážou spolupráci (Jelínková, 2023). Ergoterapeut může v rané péči působit na několika pracovních pozicích.

1. Poskytovatel služby – V tomto případě pracuje ergoterapeut na pozici poradce rané péče. Hlavním cílem je podpořit vztah mezi dítětem a rodičem v jeho přirozeném prostředí. Poskytuje rodičům dostatečné informace o jejich možnostech, tréninku a podpoře dítěte. Snaží se o zlepšení psychomotorického vývoje dítěte prostřednictvím hry, péče o dítě a primárně cílenou intervencí.
2. Koordinátor služby – Na této pozici ergoterapeut řídí ranou péči na manažerské pozici.
3. Hodnotitel/posuzovatel – Ergoterapeut je na této pozici osloven rodiči nebo organizací, aby vypracoval posudek, kvůli žádosti o sociální dávky nebo prosazování práv dítěte.
4. Poradce/konzultant – Na této pozici pracuje ergoterapeut jako externí pracovník, který na žádost rodičů, nebo organizace konzultuje potřebné oblasti (Jelínková, 2023).

2.1 Hra v ergoterapii

Pro děti je hra přirozená aktivita, která je využívána ve všech formách rehabilitace. Díky ní může dítě stále zůstat aktivní a být sociálně začleněno do společnosti. Hlavním cílem hry je podpořit pohodu a radost dítěte. Pomáhá odborníkům odvádět pozornost od negativních vlivů, které dítě zažívá v souvislosti s postižením a pozitivně ovlivňovat jeho psychiku (Moore a Lynch, 2018).

Ačkoliv ergoterapeut není jedinou profesí zabývající se hrou jako smysluplnou činností, tak poskytuje v rámci své činnosti jedinečný pohled na hru jako na zaměstnání, které má samo o sobě význam a důležitost. Používá se jako prostředek k dosažení požadovaného výkonu, výsledku chování nebo ke zlepšení jiné oblasti např. jemné motoriky nebo grafo-motoriky. Hra usnadňuje rozvoj sociálních kompetencí, emočních schopností a odolnosti, kreativity a dovedností řešit problémy (Moore a Lynch, 2018).

Hra je pro dítě jakákoliv činnost, ze které má upřímnou radost a obsahuje motivaci a uspokojení. Musí být však vhodně určena pro danou věkovou kategorii dítěte, jinak může dojít k nezájmu a tím i negativnímu dopadu na dítě. Pomocí cílené ergoterapie hrou může terapeut ovlivňovat motorické, sensorické a kognitivní funkce jedince. Využívá se i u

nácviku všedních denních činností např. při hře s panenkou jí může dítě dát napít, najíst nebo ji oblékat a obouvat (Klusoňová, 2011).

Je pravděpodobné, že některé děti budou vykazovat snížené nebo odlišné formy herního chování. Jsou to většinou děti trpící chronickým somatickým onemocněním např. cystickou fibrózou, autoimunitním onemocněním nebo vrozenou srdeční vadou. Mohou to být také děti, které prodělaly v dětství závažnější onemocnění s možnými celoživotními následky. Děti s těmito onemocněními jsou v pozdějším věku vystaveny výrazně zvýšenému riziku fyzických, sociálních, emocionálních a kognitivních problémů a je pravděpodobné, že jejich vývojové problémy nejsou pouze přímým důsledkem jejich současné nebo předchozí situace. Funkční poruchy ve fyzické, sociální, emocionální a kognitivní oblasti jsou způsobeny buď samotným onemocněním, stresujícími událostmi nebo změnami prostředí vzniklými důsledkem onemocnění. Hravé chování je narušeno také u duševních poruch dětí a dospívajících, jako jsou deprese, úzkost, PAS, poruchy chování, ADHD/ADD a schizofrenie (Nijhof a kol., 2018).

2.2 Základní intervence ergoterapie v oblasti rané péče

Ergoterapeut má mnoho možností, čemu se v rámci ergoterapie v rané péči věnovat, ale závisí především na tom, jaká je největší slabá stránka dítěte, a jaký má stanovený cíl a plán. Při volbě cíle terapie musí ergoterapeut zvážit, jakou má dítě stanovenou diagnózu a zda nepřeceníme jeho síly. Ale oblastí, čemu se můžou během terapie věnovat je mnoho (Novak a Honan, 2019).

2.2.1 Jemná a hrubá motorika

Jemná motorika je termín označující pohyby zajišťované malými svalovými skupinami. Je to motorická schopnost, která umožňuje vědomě kontrolovat a pohybovat malými předměty v omezeném prostoru. Nejedná se pouze o pohyby rukou a prstů, ale i pohyby nohou a úst. Vyvíjí se od útlého dětství, kdy dítě začíná pohybovat prsty, dlaní a pohybovat s předměty. Okolo 3. měsíce začíná vývoj úchopu. V 6 měsících zvládne dlaňový a radiální úchop a mezi 7. až 8. měsícem pinzetový úchop. Od 9. měsíce zvládá kleštičkový úchop (Vyskotová a Macháčková, 2013).

Jemná motorika je důležitá pro kvalitu života a využívána především u zaměřených motorických činností, které jsou typické pro kreativní činnosti. Umožňuje provádět manipulační aktivity, jako jsou grafomotorika, logomotorika, vizuomotorika, mimika nebo oromotorika. I přesto, že se jemná motorika vyvíjí spontánně řízením CNS, můžeme ji vědomě trénovat a zdokonalovat tréninkem. U dětí je využívána k tréninku jemné motoriky hru např. trhání novin, cvrnkání kuliček, modelování nebo práce s pískem. Ale aktivity na zlepšení jemné motoriky mohou být i činnosti prováděné během pADL např. mytí nádobí, utírání prachu nebo věšení prádla (Zelinková, 2017).

Hrubá motorika je zajišťována pohyby velkých svalových skupin. Je to označení základních pohybových dovedností, jako je chůze, běh, lezení, plazení, skákání, udržení rovnováhy, koordinace horních a dolních končetin nebo rytmizace pohybů. Zahrnuje pohyby ve dvou základních skupinách, a to lokomoční a posturální (Zelinková, 2017). Hrubá motorika se vyvíjí postupně a je závislá na ontogenezi dítěte. U novorozence je řízena reflexně na spinální kmenové úrovni. Po 8. měsíci už na míšní kmenové úrovni. Poté dítě začíná lézt a následně i chodit (Volemanová, 2019).

Hrubá motorika je zcela zásadní pro kvalitu jemné motoriky a ovlivňuje učení, chování a rozvinutí kognitivních funkcí (Volemanová, 2019).

2.2.2 Grafomotorika

Slovo grafomotorika je složené z řeckého slova grafo neboli psaní a latinského motus neboli pohyb. Označuje pohybovou aktivitu nebo grafickou činnost (psaní, kreslení, malování, rýsování, obkreslování), jejímž výsledkem je jakýkoliv grafický projev. Její vývoj souvisí s úrovní vývoje svalstva a je zcela individuální. Postupně se zlepšuje s vývojem dítěte a je závislý na koordinaci oko ruka. K jejímu zdokonalení je důležitá i motivace jedince, díky které má dítě možnost se vyjádřit a něco vytvořit. Proto by dítě mělo od rodičů dostávat dostatek podnětů a příležitostí, aby byly schopny se kreativně vyjádřit. Může kreslit na papír, zem, zrcadlo, do písku nebo i v zimě do sněhu (Vyskotová a Macháčková, 2013).

Nejdříve dítě vyjadřuje své myšlenky a vnitřní prožitky kreslením nebo čmáráním a později s vývojem jemné a hrubé motoriky přechází na psaní. S postupným zdokonalováním se dítěti uvolňuje ruka a má větší možnost se soustředit na danou činnost (Vyskotová a Macháčková, 2013). Grafomotorika je ovlivněna mnoha faktory. Jedinec musí mít uvolněnou

celou ruku od ramene po prsty. S jejím vývojem souvisí také stranová lateralita, kterou začíná dítě preferovat od 3 do 6 let věku (Zelinková, 2017).

Ve 2 letech dítě začíná kreslit, jelikož do této doby spíše čmáralo. Kreslí čímkoliv, co zanechá grafickou stopu. A spolu s vývojem jemné motoriky, hrubé motoriky, kognitivních funkcí a příležitostech ke kresbě se postupně zlepšuje. Ale aby dítě mohlo přejít z fáze kreslení do fáze psaní, musí mít správný úchop. Dítě často drží tužku všemi prsty a pohyb vede celým zápěstím, ale s vyššími nároky a zrychlováním písma je nutné pro dítě správný úchop zvládnout. Ukazováček vede pohyb tužky dolů, prostředníček vede tužku nahoru a palec už pouze dopomáhá k posunu tužky dopředu (Zelinková, 2017).

2.2.3 ADL

Aktivity denního života nebo *activities of daily living* jsou součástí každodenních činností člověka a velkou mírou ovlivňují jeho kvalitu života. Díky podpoře a zlepšování životních potřeb se podílí na dobrém psychickém stavu a na samostatnosti. Tu je možné nejlépe ovlivnit výběrem lidí, kterými se člověk s handicapem obklopuje a vhodným podporujícím prostředím, ve kterém žije. ADL se dělí na dvě základní skupiny, pADL a iADL. PADL neboli personální nebo bazální činnosti jsou základní aktivity, které musí člověk zvládat, aby byl schopen se o sebe postarat. Jedná se o činnosti jako sebesycení, osobní hygiena, lokomoce, přesuny, oblékání nebo koupání. Naopak iADL neboli instrumentální denní činnosti, jsou aktivity zaměřující se spíše na širší soběstačnost např. nákup, dojetí si na poštu nebo do banky, práce v domácnosti, telefonování a ovládání mobilního telefonu, pravidelné užívání léků nebo manipulace s penězi (Atchisoň a Dìrette, 2023).

Aby terapeut zjistil, na jaké úrovni kvality života klient je, a jakou oblast potřebuje nejvíce trénovat, existuje několik standardizovaných i nestandardizovaných testů, které pomohou k tomuto zjištění. I přesto, že se liší mírou validity a využitelností v praxi je pro objektivní hodnocení klienta doporučeno několik standardizovaných testů např. Barthel index, test FIM neboli funkční míra nezávislosti nebo Katz index (Silveira a kol., 2018).

Soběstačnost u dítěte i dospělého je ovlivněna mírou handicapu, sociálním zázemím a obecnými životními podmínkami. Aby mohl jedinec tyto tři faktory zlepšit, musí pravidelně zmírňovat nároky prostředí a ovlivňovat funkční míru nezávislosti různými metodami a terapiemi prováděné odborníky např. repetitivní trénink nebo neurovývojové přístupy.

Zvyšování míry nezávislosti by mělo vždy postupovat pomalu a plynule s ohledem na adaptaci na prostředí (Gurková, 2011).

2.2.4 Smyslové a senzorycké vnímání

Percepce a zpracování smyslových informací jsou běžné neurologické procesy, které organizují vnímání našeho každodenního života. Naše smysly využíváme ke kvalitnímu žití, uspokojování potřeb, motorickému učení a plynulému fungování během celého dne (Žáčková a Jucovičová, 2007). Náš mozek přijímá senzorycké informace z našeho těla a okolí, následně je třídí, vyhodnocuje, a nakonec umožňuje tělu reagovat cíleným způsobem. Například při vstupu na schody mozek dostává informace o směru pohybu nahoru a vpřed. Tyto informace většinou mozek automaticky interpretuje a reaguje adaptačními pohyby, jako je krčení a natahování nohou, střídání nohou, opírání se o zábradlí, udržování rovnováhy a sledování cesty. Tyto reakce často probíhají nevědomě. K vnímání využívá člověk kromě známých pěti smyslů, zraku, sluchu, čichu, chuti a hmatu i nervový systém, který zpracovává informace o pohybu, poloze těla a tlaku (Mailloux a Schaaf, 2015).

Poruchy senzoryckého zpracování jsou zdravotní problémy, které se projevují v neschopnosti adekvátně zpracovávat smyslové podněty. Děti s poruchami senzoryckého zpracování mohou mít obtíže s reagováním na smyslové podněty, jako jsou dotek, rovnováha, proprioceptivní vjemy a další. Poruchy senzoryckého zpracování mohou být způsobeny nedostatečným zpracováním podnětů z prostředí a z vlastního těla, což může vést k nepřiměřeným reakcím na podněty. Mohou být diagnostikovány pouze odborníkem, jako je ergoterapeut, klinický logoped, fyzioterapeut nebo speciální pedagog. Ke zlepšení smyslového vnímání je v této době používaná terapie senzorycké integrace, která může pomoci dětem s poruchami senzoryckého zpracování. Je nutné, aby byla vedena vyškoleným terapeutem a v prostředí určeném pro tuto terapii (Mailloux a Schaaf, 2015).

Tyto poruchy mohou být vnímány v každodenních činnostech. Dělí se na poruchy senzorycké integrace, poruchy senzorycké modulace a poruchy senzorycké diskriminace. Poruchy senzorycké integrace nebo zpracování se projevují hyposenzitivitou. Mozek dítěte nedokáže včas registrovat podněty a má sníženou hranici citlivosti. Tu si kompenzují vyhledáváním různým stimulů, díky kterým je u nich patrné stereotypní chování a aktivita. Při poruše senzorycké modulace dítě ztrácí schopnost přizpůsobit se stimulaci. Nedokáže vytvořit adekvátní odpověď. Projevují se častou hypersenzitivitou, pro kterou je typická přecitlivělost

a vyhýbání se podnětům. Tyto děti jsou málo aktivní a často unikají od dané aktivity. Porucha senzorycké diskriminace se projevuje neschopností v rozlišení kvality podnětu. Dětem dělá velké problémy plánování, jsou dost neobratné a nezvládají školní dovednosti (Mailloux a Schaaf, 2015).

Senzorycká integrace je terapeutický přístup nebo schopnost nervového systému adekvátně reagovat na různé podněty. Byla vyvinutá v 70. letech minulého století ergoterapeutkou Annou Jean Ayres. Tento přístup vychází z ergoterapie, psychologie a neurologie (Caldwell, 2022). J. Ayres tvrdí, že ne každá aktivita zaměřená na smyslové vnímání je považována za senzoryckou integraci. Během terapie by dítě mělo aktivně a samostatně provádět jednotlivé činnosti. Terapeut je pouze nabízí, a dítě si z nich samo vybere. A tím spíše bude o danou aktivitu jevit zájem. Pro dobrou terapii a zlepšení stavu dítěte je důležitý vybudovaný vztah mezi dítětem a terapeutem a aktivní zapojení do dané činnosti (Schoen a kol., 2019).

Terapie je zaměřená především na děti, které formou hry a senzomotorických aktivit překonávají přiměřené překážky. Ty vedou v adekvátní odpověď. Vše by mělo probíhat ve speciálně vybavené terapeutické místnosti zaměřené přímo na terapii senzorycké integrace. Pro vytvoření nových nervových drah a spoju v mozku dítěte je důležité, aby se aktivně zapojovalo samo do terapie. Buď výběrem speciálních hraček a pomůcek nabídnutých terapeutem nebo samostatným výběrem aktivity (Schaefgen, 2007).

2.2.5 Orofaciální stimulace

Orofaciální stimulace vychází z konceptu Orofaciální regulační terapie, kterou v 70. letech minulého století vytvořil argentinský lékař Rodolfo Castillo Morales. Byla určena především pro děti s Downovým syndromem. Později se začala aplikovat i na děti s jiným handicapem např. DMO. Lze ji použít i na dospělé s problémem v orofaciální oblasti. Často se jedná o osoby s periferní nebo centrální parézou (Castillo-Morales, 2006).

Orofaciální stimulace je cílená terapeutická metoda, která se zaměřuje na oblast obličeje (faciální) a úst (orální). Jejím cílem je povzbuzení funkcí jazyka, dásní, svalů, vyrovnání napětí v dutině ústní, citlivosti, harmonizace, navození příjemných podnětů, povzbuzení žvýkacích svalů, zmírnění slinění, snížení bolestivých pocitů při sycení a další (Castillo-Morales, 2006).

Orofaciální stimulaci může provádět speciální pedagog, klinický logoped, sociální pracovník i ergoterapeut ideálně spolupracují s rodiči a dalšími odborníky, aby zajistili, že dítě bude ošetřeno krátce před každým jídlem a ideálně během individuálních logopedických a ergoterapeutických intervencí. Jejich práce je přizpůsobena individuálním potřebám každého dítěte. Terapie by měla probíhat v čistém a klidném prostředí, kde se dítě bude cítit dobře. Důležité je před začátkem zajistit správnou polohu těla dítěte. Terapie je nejčastěji prováděna prsty, ale terapeut může využít i různé pomůcky např. míčky, vibrátory, žínky, štětečky nebo vatové tyčinky (Castillo-Morales, 2006).

2.3 Dětská paliativní péče

Paliativní péče je obor, který byl definován v posledních 20 letech. Dětská paliativní péče byla definována v roce 1998 WHO jako: „*aktivní komplexní péče, která se stará o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte a zahrnuje také podporu rodiny.*“ Tuto péči může rodina využívat od začátku stanovení diagnózy a pokračuje, dokud je potřeba (Bužgová a Sikorová, 2019).

Pro kvalitní paliativní péči je důležitý široký multidisciplinární tým, do kterého patří odborníci, ale i rodinní příslušníci postiženého dítěte. Společně vyhodnocují a zmírňují fyzické, psychické a sociální znevýhodnění dítěte. Jedná se o službu, kterou mohou rodiče využít, jak v zdravotnickém, sociálním zařízení, tak i v domácím prostředí. Tato prostředí se mohou kombinovat. Cílem je, co nejvíce zvýšit kvalitu života dítěte i rodinných příslušníků, podporovat je, poskytnout jim odbornou péči a úlevu během onemocnění a truchlení. Tato péče by měla být co možná nejvíce komplexní a dostupná, bez ohledu na bytovou situaci rodiny (Bužgová a Sikorová, 2019).

Pro jedince s nevléčitelným onemocněním existují tři stupně paliativní péče: paliativní přístup, paliativní péče a specializovaná paliativní péče. První stupeň, paliativní přístup, je zaměřen na zavedení základních principů paliativní péče do každodenního života rodiny. S tímto přístupem by měl být seznámen každý zdravotník a odborný personál, který se o rodinu stará. Všichni by měli dbát na přání umírajícího a rodiny spojené s léčbou, péčí a umíráním. Druhý stupeň je paliativní péče. V této fázi je pacient už v pokročilém stádiu onemocnění a odborníci pracují samostatně v rámci své profese. U dětských pacientů je časté, že zdravotníci nepracují přímo v paliativní péči, ale všichni jsou s tímto oborem dostatečně seznámeni, aby mohly rodině poskytnout adekvátní podporu. Nejvyšším stupněm je

specializovaná paliativní péče, která je prováděna v multidisciplinárním týmu složeným z odborníků, kteří všichni prošli odborným vzděláním. Tato fáze nastává, pokud už obecná paliativní péče nestačí. Je více intenzivní a dynamická. Nejčastěji se provádí na specializovaných pracovištích paliativní péče, což jsou mobilní nebo lůžkové hospice. Rodiče mohou využít i denní stacionáře nebo tým paliativní péče v nemocnici (Bužgová a Sikorová, 2019).

3 VÝZNAM RODINY PRO VÝVOJ DÍTĚTE

Rodina je pro dítě prvotní prostředí, ve kterém se setkává se sociálními vazbami. I přestože se vlivem času mění a vyvíjí, je považována za základní jednotku společnosti. Pro dítě je rodina důležitá i pro proces socializace, ve kterém získává znalosti o společnosti a o vztazích (Michalík, 2013).

Rodina je pro člověka nejdůležitější sociální skupinou, kde jednotliví členové mezi sebou mají odlišné vazby, které si vzájemně přizpůsobují. Dle Sobotkové (2012) je rodina systém vztahů, kde se její členové navzájem ovlivňují a tvoří jeden systém. Ten se skládá ze vztahů, většinou mezi matkou, otcem a sourozencem.

3.1 Faktory ovlivňující vývoj dítěte

Podle Matouška a Palzarové (2014) vývoj dítěte ovlivňuje mnoho faktorů a rodina je jeden z nejzásadnějších. Faktory se dělí na dvě části, vnitřní a vnější. Vnitřní faktory nemůže rodina ovlivnit. Je to např. věk, genetické faktory, pohlaví nebo zdravotní stav. Naopak faktory vnější rodina ovlivňovat může. Mezi tyto faktory patří např.:

1. Socioekonomický a kulturní status rodiny – pokud dítě vyrůstá v etnické menšině a sociálně slabší rodině, je pro něj mnohem těžší se ve společnosti prosadit a jeho působení v této skupině ovlivňuje do značné míry jeho vývoj.
2. Struktura rodiny a fungování její domácnosti – dítě bude ovlivněno počtem členů domácnosti, sourozenci, v jakém pořadí byli narozeni a různými rodinnými zvyky a tradicemi.
3. Rodinné hodnoty, cíle a styl výchovy – vývoj dítěte ovlivňuje, v jakém sociálním prostředí se rodina ocitá. Zda má hodně přátel s dětmi stejného věku. A jaké rodina vyznává hodnoty např. náboženské nebo spirituální.
4. Stres a krizové situace – dítě napodobuje rodiče v řešení krizových situací a funguje podle jejich vzoru.
5. Média a jejich reflexe ze strany rodičů – rodiče dítě ovlivňují možností přístupu k různým druhům médií, ať už jde o pohádky, seriály nebo přístup k internetu. Děti skrz ně sledují, často nevhodné situace a jejich řešení neúměrná jejich věku.

6. Možnosti kompenzace nepříznivých vlivů prostředí – tento faktor rodina nemůže přímo ovlivnit. Jedná se o vliv na dítě politikou země, která určuje přístupy ve fungování rodiny. Tímto faktorem jsou nejčastěji ovlivněny děti se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním (Matoušek a Palzarová, 2014).

3.2 Vztahy v rodině

Členové rodiny se vzájemně ovlivňují. A na vývoj dítěte má největší vliv matka, otec, a pokud má dítě sourozence, tak i ten. Matka má s dítětem nejdelší vztah, protože se začíná vytvářet už v prenatálním období dítěte. V časně postnatálním období si s matkou dotváří pevné pouto, díky kterému se dítě cítí v bezpečí. Děti, které toto pouto neměly, mají větší predispozici podlehnout stavům paniky nebo úzkosti. Pro dívku, je tento vztah ještě silnější než pro chlapce, protože se pro ni matka stává vzorem, který napodobuje. Vztah mezi synem a matkou je také důležitý, protože skrz něj chlapec poznává, jak se má k jiným ženám chovat. Buduje jeho sebedůvěru a odhodlanost. Pokud dojde k absenci matky, děti mají problém v chování k ženskému pohlaví (Matějček, 2017).

Vztah dítěte s otcem je o dost slabší než vztah dítěte s matkou. I když mají stejné přístupy a chování k dítěti, tak těhotenství matky a její následná péče, především kojení toto pouto převyšuje. Aby se vztah otce a dítěte mohl přiblížit ke vztahu s matkou, musí si otec vytvořit mnohem komplikovanější cestu k dítěti. Ve zdravém vztahu však není nijak omezen a má ve výchově stejná práva jako matka. Stejně jako u vztahu matky a dcery je otec pro syna vzor, který určuje normalnost jeho chování. Bez něj dochází u chlapce ke ztrátě autority. U dívky je otec hlavní vzor při výběru budoucího partnera. Při absenci otce u dívky dochází k nejistotě ve vztazích a obtížích v partnerském životě (Matějček, 2017).

Sourozenecké vztahy se oproti vztahu s matkou a otcem mohou v různých rodinách lišit. Dítě bez sourozence nemá okolo sebe vliv svých vrstevníků a často získává větší moc, kterou může zneužít. Pokud má dítě více sourozenců, tak vliv na jeho vývoj má především jejich pořadí podle věku. Nejstarší dítě má na začátku života většinu pozornosti, kterou s příchodem dalšího sourozence může ztratit. Může se ji pokusit znovu získat změnou v chování, především snížením jeho vývojového stupně. Pokud, ale rodiče často a pravidelně staršího sourozence zneužívají k hlídání mladšího, může dojít ke zvětšení zodpovědnosti staršího sourozence. To má negativní vliv na staršího. Pokud mu ale pouze předává dovednosti a zkušenosti, tak jsou oba sourozenci pozitivně ovlivněni. Ale role sourozenců a jejich

vzájemný vliv se může v průběhu let měnit, např. pokud je starší sourozenec handicapovaný, tak mladší za něj přebírá odpovědnost (Matoušek a Palzarová, 2014).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

4.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem této práce je zjistit, jaká je role ergoterapeuta v rané péči, a jakým způsobem spolupracuje ergoterapeut a poradce rané péče.

4.2 Úkoly práce

Pro dosažení hlavního cíle je nutné splnit následující kroky

- Načerpat potřebné teoretické znalosti dané problematiky prostřednictvím odborných českých i zahraničních zdrojů
- Vytvořit elektronický dotazník na základě vytvořených výzkumných otázek
- Vyhledat náležité kontakty, rozeslat dotazník a zajistit dostatečné množství respondentů
- Vyhodnotit a interpretovat získané odpovědi
- Využitím zpracovaných odpovědí z dotazníkového šetření zodpovědět výzkumné otázky

5 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

V rámci dotazníkového šetření byly autorkou zvoleny tyto výzkumné problémy.

1. V jakých oblastech procesu rané péče se může ergoterapeut zapojit?
2. Po jaké době od začátku péče o dítě začíná komunikace mezi poradcem rané péče a ergoterapeutem, a jak často probíhá?
3. Jaké problémové oblasti dítěte nejčastěji poradce rané péče konzultuje s ergoterapeutem?

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro praktickou část bakalářské práce byla využita kvantitativní metoda sběru dat prostřednictvím dotazníkového šetření. Sběr dat probíhal během období 1 měsíce na začátku roku 2024, na přelomu ledna a února.

Dotazník byl určen pro poradce rané péče z různých organizací. Pro dostatečné zmapování se jedná o poradce z celé České republiky. Dotazník vyplnilo celkem 76 respondentů ve věku od 20 do 65 let a 100 % z nich byly ženy. Výběrový soubor byl utvořen z respondentů, kteří splňovali následující kritéria.

Základním souborem výzkumného šetření byly všechny osoby, které pracují v České republice jako poradci rané péče. Tedy osoby, které pracují s dětmi s různým typem handicapu od narození do 7 let a jejich rodinami. Pro přijetí do výzkumného souboru nebylo podmínkou pohlaví, věk nebo druh vzdělání. Tato kritéria byla zvolena na základě znění zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Souhrn:

Z celkového počtu 76 respondentů, je zastoupení 76 žen (100 %). Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 40–45 let s celkovým počtem 15 respondentů (20 %). Dále respondenti měli velké zastoupení ve věkových kategoriích 25-30 let, 35-40 let a 45-50 let, s počtem 11 respondentů (15 %) u každé kategorie. Nejčastěji vystudovaným oborem respondentů je speciální pedagogika s počtem 36 respondentů (47 %).

7 METODIKA PRÁCE

Pro vytvoření praktické části bakalářské práce byl využit kvantitativní výzkum, který byl proveden formou dotazníkového šetření a odpovídá zvolenému cíli práce. Pro tento typ práce je charakteristický náhodný výběr a strukturovaný sběr dat pomocí dotazníků, ze kterých jsou následně všechny odpovědi analyzovány statistickými metodami. Tento přístup je typický širokým počtem respondentů, díky kterému je možné získat dostatečné množství informací o rozsahu a frekvenci zkoumaných jevů. Hlavní nevýhodou kvantitativního přístupu je přílišná redukce dat, díky které může dojít k opomenutí fenoménů. Další nevýhodou je lokální zvláštnost, díky které se mohou lišit určené kategorie a teorie využitá výzkumníkem (Hendl, 2023). Podle Gavory (2000) je dotazníkové šetření nejčastěji používanou metodou sběru dat. Jeden z důvodů je, že jeho vypracování není tak časově náročné s ohledem na množství získaných informací.

Podle metodologie kvantitativního výzkumu v kvalifikační práci stanovené Západočeskou univerzitou na Fakultě zdravotnických studií v Plzni se nemusí stanovovat hypotéza práce. Ta může být nahrazena výzkumnými problémy (Beránek et al., 2019). Pro vypracování této bakalářské práce byly zvoleny tři deskriptivní výzkumné problémy.

Jak bylo výše zmíněno, pro účely této bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum provedený prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazník byl sestaven tak, aby zjistil, jaká je role ergoterapeuta v rané péči. Byl sestaven online formou prostřednictvím Formuláře Google. Poté byl rozeslán mezi poradce rané péče přes emailové adresy. Ty bylo možné dohledat na webové stránce Asociace pro ranou péči nebo na stránkách středisek a zařízení, které jsou poskytovateli rané péče. Vždy byl zaslán vedoucímu rané péče pro dané zařízení, který byl požádán o následné rozeslání dotazníku mezi ostatní poradce rané péče. Tato metoda se nazývá technika sněhové koule neboli snowball sampling. Spočívá v postupném nabalování dalších kontaktů, díky oslovení primárního respondenta (v tomto případě vedoucí rané péče), který dotazníky rozešle mezi další kontakty (Hendl, 2023). Autorka rozeslala dotazník celkem mezi 35 zařízení po celé České republice a 31 z nich bylo registrováno pod Asociací rané péče. Jednalo se o státní i nestátní organizace. Především nestátní neziskové organizace, které se buď zabývají pouze ranou péčí, nebo je raná péče jedna z jejich nabízených služeb. Často to byly diakonie, které poskytují komplexní zdravotní, sociální i vzdělávací péči.

Před začátkem samotného výzkumu autorka zavedla do sběru dat i tzv. předvýzkum. První verze dotazníku byla zaslána dvěma poradcům rané péče, kteří ho zkusili vyplnit a následně ho zhodnotili. Tito respondenti byli získáni výše popsanou metodou sněhové koule. Jelikož k němu neměli žádné připomínky, dotazník se stal finální verzí a jejich odpovědi se automaticky mohly začít počítat do výzkumu.

Vypracování dotazníku online formou bylo zvoleno především pro větší počet respondentů, tedy poradců rané péče, kteří pracují po celé České republice. Toto vyplnění nebylo pro respondenty časově náročné, trvalo 5–10 minut. Odvíjelo se to od množství otázek, které jednotlivý respondent zodpověděl a pro všechny byl zcela anonymní. Struktura dotazníku byla navržena s důrazem na jednoduché zobrazení a obsahuje přijatelný počet otázek odpovídajících potřebám cílové skupiny. Dotazník se skládá z 13 otázek. Nebylo však povinností vyplnění všech. Obsahuje 6 uzavřených a 7 polouzavřených otázek. Dotazník byl autorkou rozdělen ve Formuláři Google na 2 sekce. Tyto sekce pro lepší přehlednost neuváděla do přílohy A. První sekce obsahuje 7 otázek, 2 výčtové a 5 výběrových. Slouží především k zodpovězení základních otázek na poradce rané péče, na jejich práci, vzdělání a s jakými diagnózami se nejčastěji setkávají. Druhá sekce obsahuje 6 otázek, 4 výběrové a 2 výčtové. První otázka této sekce, tedy osmá v celkovém dotazníku, slouží také jako otázka filtrační, která vyřazuje poradce rané péče, kteří v rámci péče o dítě nespolupracují s ergoterapeutem. Zbylé otázky se zabývají vztahem mezi poradcem rané péče a ergoterapeutem, jak probíhá jejich spolupráce a co nejčastěji během této spolupráce konzultují.

Odpovědi z online dotazníku v Google Forms byly automaticky zaznamenány pomocí této aplikace. Ta dále poskytuje přehledný souhrn všech odpovědí a výsledků dotazníku. Data získaná z dotazníku byla následně zpracována do přehledných výsečových a sloupcových grafů vytvořených v programu Microsoft 365 Excel a tabulek vytvořených v Microsoft 365 Word. Pro lepší přehlednost byly výsečové grafy popsány procentuálním zastoupením a sloupcové přesným počtem respondentů. Všechny grafy i tabulky jsou doprovázeny související otázkou. Podrobný popis výsledků byl vložen nad tabulku a graf, související s danou otázkou. Popis obsahuje počet respondentů nebo odpovědí, spolu s procentuálním vyjádřením uváděným v závorkách. Procentuální hodnoty jsou zaokrouhleny na celá čísla. Při vyplnění možnosti „Jiné“ u polouzavřených otázek byly odpovědi zpracovány pomocí metody třídění, kdy autorka zjišťovala společné znaky jednotlivých odpovědí. Jelikož se odpovědi liší, autorka je podrobně popsala u každého grafu jednotlivě.

Pro sestavení obsahu kapitoly Diskuze byla využita dostupná literatura, jakož i studie nalezené na internetových platformách jako PubMed, Google Scholar, Sage journals, Cambridge journals, Bookport, Flexibooks, Springer compact, Taylor & Francis a další. V této části práce autorka také reflektuje na obtíže a omezení, které provázely provedení výzkumu. V celém textu práce a v následném seznamu literatury jsou dodržovány citační normy ISO 690 v harvardském stylu (jméno, datum).

7.1 Etika a úskalí

Během zpracovávání dat v dotazníkovém šetření, které bylo součástí této kvalifikační práce, s nimi bylo nakládáno podle etického kodexu ergoterapeuta. Před samotným výzkumem byla autorkou podána žádost o výzkumném šetření (viz. příloha). Celý dotazník, který sloužil k získání informací pro vypracování praktické části bakalářské práce, byl odeslán online prostřednictvím Formuláře Google a byl zcela anonymní. A právě anonymita je dle Kutnohorské (2009) maximálně nutná pro co největší důvěryhodnost, při zpracovávání dat v rámci výzkumného šetření.

Všichni respondenti, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, byli seznámeni s cílem práce. Dotazník vyplňovali dobrovolně a bez jakéhokoli druhu nátlaku. Autorka uvedla přesná data, která v průběhu dotazníkového šetření získala.

8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole jsou představeny výsledky dotazníkového průzkumu. Odpovědi jsou prezentovány pomocí tabulek a grafů s cílem zajistit přehlednost získaných dat. Četnost odpovědí na jednotlivé otázky je znázorněna pomocí malého písmena "n". Procentuální vyjádření je vždy zaokrouhлено na celé číslo a je uvedeno v závorce. Celý dotazník je vložený do přílohy.

1. SEKCE

Tato sekce je složená celkem ze 7 otázek. Ty se zaměřují na základní informace o práci poradce rané péče. Všechny otázky byly pro respondenty povinné k vyplnění.

Otázka č. 1: „Jste muž nebo žena? „

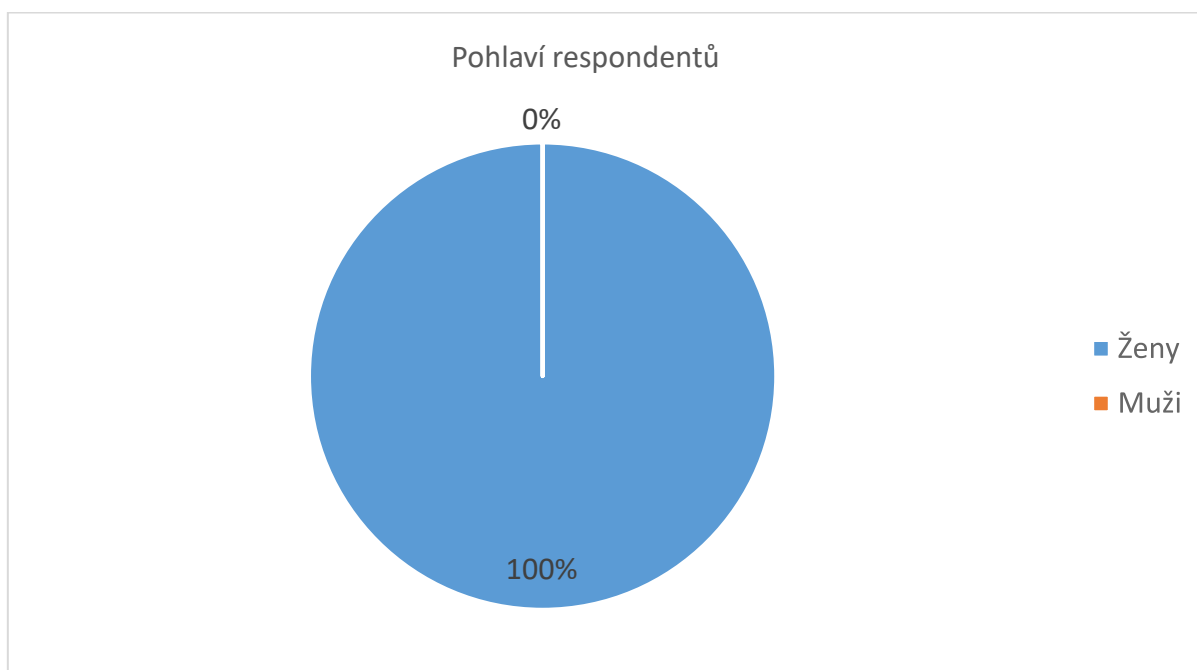
Cílem této otázky bylo zjištění zastoupení jednotlivého pohlaví. Jednalo se o otázku uzavřenou, výčtovou. Celkem ji vyplnilo 76 respondentů a všichni byly ženy. Procentuální zastoupení je tedy 100 % žen.

Tabulka 1 Pohlaví respondentů (n=76)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Žena	76	100 %
Muž	0	0 %

Zdroj: vlastní

Graf 1 Pohlaví respondentů (n=76)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 2: „Kolik Vám je let?“

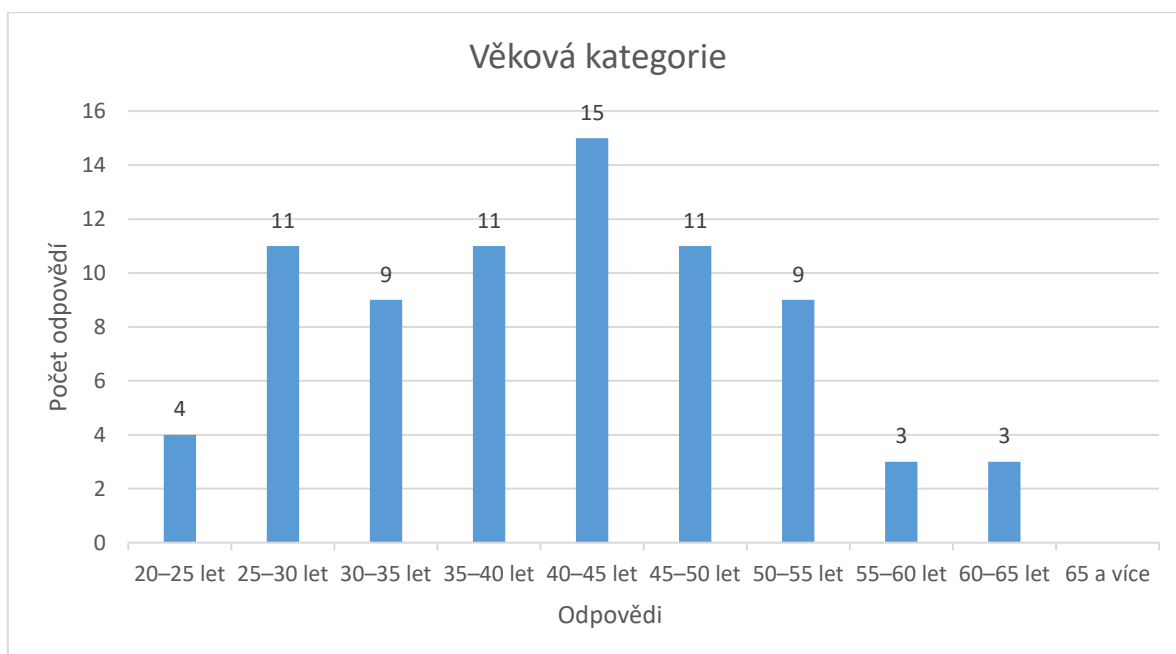
Touto druhou uzavřenou otázkou bylo zodpovězeno, do jaké věkové kategorie respondenti patří. Vyplnilo ji všech 76 respondentů a na výběr měli z 10 možností věkových skupin. Nejvíce odpovědí bylo v kategorii 40–45 let s celkovým počtem 15 respondentů a procentuálním zastoupením 20 %. Následovaly 3 skupiny věkových kategorií, 25-30 let, 35-40 let a 45-50 let, u které každá kategorie s počtem 11 respondentů (15 %) byla na druhém místě. Poté následovaly skupiny ve věku 30-35 a 50-55 let s počtem 9 respondentů (12 %). Dále skupina 20-25 let s počtem 4 respondentů (5 %). S nejmenším počtem odpovědí byly věkové kategorie 55-60 a 60-65 let s počtem 3 respondentů (4 %). Skupinu 65 let a více nevyplnil nikdo, celkový počet je tedy 0 (0 %).

Tabulka 2 Věková skupina respondentů (n=76)

Odpoověď	Počet odpoovědí	Procentuální vyjádření
20–25 let	4	5 %
25–30 let	11	15 %
30–35 let	9	12 %
35–40 let	11	15 %
40–45 let	15	20 %
45–50 let	11	15 %
50–55 let	9	12 %
55–60 let	3	4 %
60–65 let	3	4 %
65 a více	0	0 %

Zdroj: vlastní

Graf 2 Věková skupina respondentů (n=76)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 3: „Ve kterém kraji pracujete?“

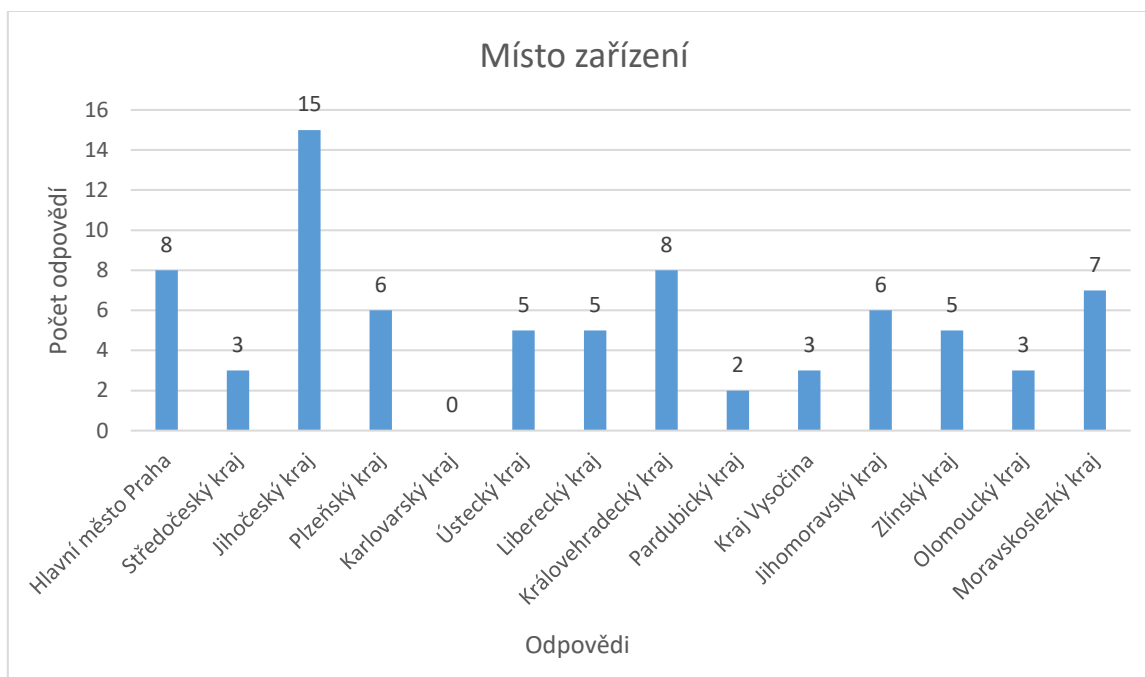
Třetí otázkou byl zjišťován kraj, ve kterém respondent pracuje. Je to otázka uzavřená, takže respondent si mohl vybrat pouze jednu odpověď. Na výběr bylo všech 14 krajů České republiky včetně hlavního města Prahy. Z celkového počtu 76 respondentů, jich nejvíce pracuje v Jihočeském kraji s počtem 15 s 20 % zastoupením. Z Královehradeckého kraje a hlavního města Prahy bylo zastoupení stejné, a to s počtem 8 respondentů (11 %). Další v pořadí je Moravskoslezský kraj s počtem 7 respondentů (9 %). Následuje Plzeňský a Jihomoravský kraj, který měl stejný počet 6 respondentů (8 %). V Ústeckém, Libereckém a Zlínském kraji byl opět počet respondentů stejný, a to 5 respondentů (7 %). Kraj Vysočina, Středočeský kraj a Olomoucký kraj měl 3 respondenty (4 %). Nejmenší počet respondentů měl Pardubický kraj s počtem 2 respondentů (3 %). Karlovarský kraj jako jediný neměl mezi respondenty žádné zastoupení.

Tabulka 3 Místo zařízení (n=76)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Hlavní město Praha	8	11 %
Středočeský kraj	3	4 %
Jihočeský kraj	15	20 %
Plzeňský kraj	6	8 %
Karlovarský kraj	0	0 %
Ústecký kraj	5	7 %
Liberecký kraj	5	7 %
Královehradecký kraj	8	11 %
Pardubický kraj	2	3 %
Kraj Vysočina	3	4 %
Jihomoravský kraj	6	8 %
Zlínský kraj	5	7 %
Olomoucký kraj	3	4 %
Moravskoslezský kraj	7	9 %

Zdroj: vlastní

Graf 3 Místo zařízení (n=76)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 4: „Ve kterých krajích máte klientské rodiny?“

Čtvrtá uzavřená otázka navazuje na třetí otázku. Ptala se respondentů, do kterých krajů dojíždí za rodinami, které mají v péči. Poukazuje na skutečnost, že poradce rané péče musí za rodinami často dojíždět daleko, jelikož tato péče není všude dostupná.

Na výběr bylo opět ze 14 odpovědí, ale respondent si mohl vybrat z více možností najednou. Z celkových 76 respondentů jich nejvíce dojíždí do Jihočeského kraje, 17 respondentů s 22 % zastoupením. Druhým krajem s největším zastoupením je Středočeský kraj s počtem 12 respondentů (16 %). Následuje kraj Vysočina s počtem 11 respondentů (15 %). Do Královehradeckého kraje dojíždí 10 respondentů (13 %) a do hlavního města Prahy, Ústeckého a Libereckého kraje 9 respondentů (12 %). Moravskoslezský a Plzeňský kraj navštěvuje 7 respondentů (9 %), pak Jihomoravský 6 respondentů (8 %), Zlínský kraj 5 respondentů (7 %), Karlovarský 4 respondenti (5 %) a nakonec Pardubický a Olomoucký kraj se zastoupením 3 respondentů (4 %).

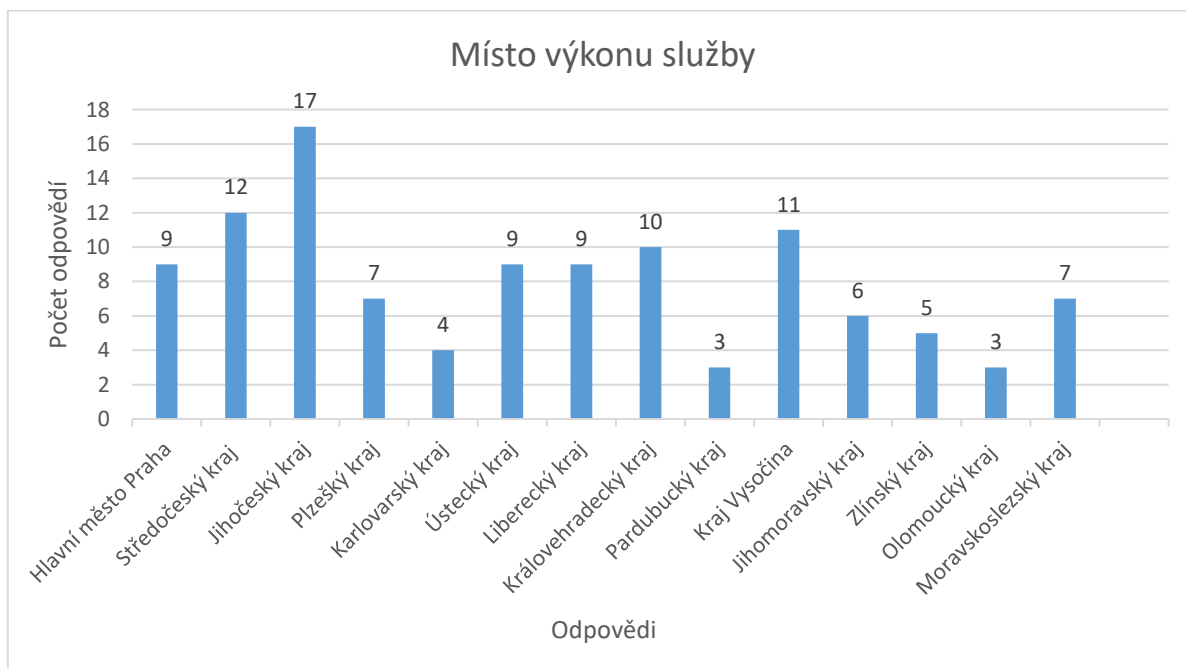
Na rozdíl od výsledů z otázky č. 3, všech 76 respondentů pokryje dohromady všechny kraje České republiky.

Tabulka 4 Místo výkonu služby (n=76)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Hlavní město Praha	9	12 %
Středočeský kraj	12	16 %
Jihočeský kraj	17	22 %
Plzeňský kraj	7	9 %
Karlovarský kraj	4	5 %
Ústecký kraj	9	12 %
Liberecký kraj	9	12 %
Královehradecký kraj	10	13 %
Pardubický kraj	3	4 %
Kraj Vysočina	11	15 %
Jihomoravský kraj	6	8 %
Zlínský kraj	5	7 %
Olomoucký kraj	3	4 %
Moravskoslezský kraj	7	9 %

Zdroj: vlastní

Graf 4 Místo výkonu služby (n=76)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 5: „Kolik rodin máte momentálně v péči?“

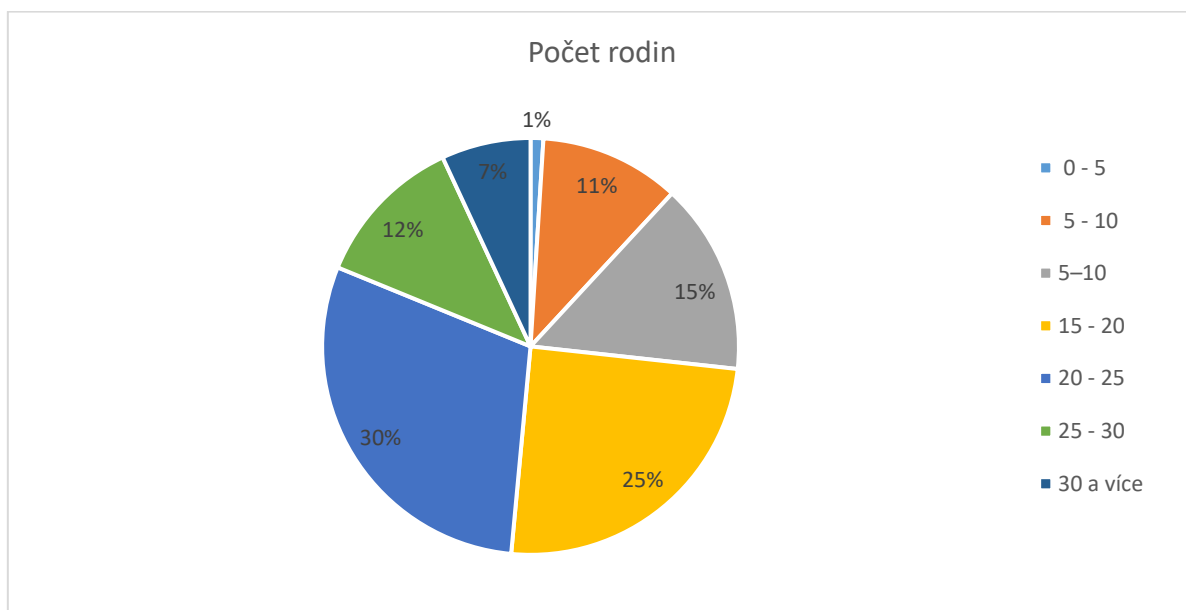
Tato pátá uzavřená otázka byla sestavena tak, aby ukázala, kolik rodin má respondent v péči. Bylo si možné vybrat ze 7 odpovědí. Z celkových 76 respondentů bylo nejvíce odpovědí u možnosti 20–25 rodin s počtem 23 respondentů, a tím 30 % zastoupením. Možnost 15–20 rodin vyplnilo 19 respondentů (25 %). Dále se odpovědi postupně snižovaly. Odpověď 10–15 rodin zvolilo 11 respondentů (15 %), 25–30 rodin 9 respondentů (12 %), 5–10 rodin 8 respondentů (11 %) a 30 a více rodin 5 respondentů (7 %). Možnost 0–5 rodin zvolil pouze 1 respondent (1 %).

Tabulka 5 Počet rodin (n=76)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
0–5	1	1 %
5–10	8	11 %
10–15	11	15 %
15–20	19	25 %
20–25	23	30 %
25–30	9	12 %
30 a více	5	7 %

Zdroj: vlastní

Graf 5 Počet rodin (n=76)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 6: „Jaký obor jste vystudoval/a?“

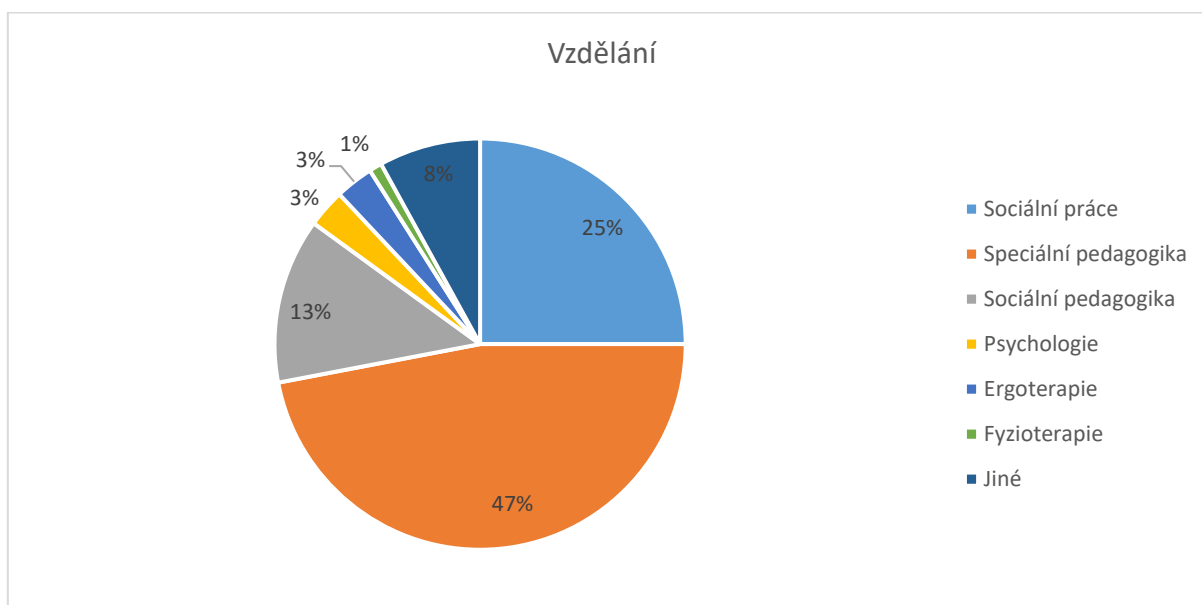
Tato šestá polouzavřená otázka byla koncipována tak, aby představila, jaké mají respondenti dosažené vzdělání, a zda jsou mezi nimi i ergoterapeuti. Bylo možné si vybrat ze 7 odpovědí, včetně možnosti „Jiné“, která sloužila pro případné doplnění jiného druhu vzdělání. Z celkových 76 respondentů má nejvíce z nich vystudovanou speciální pedagogiku s celkovým počtem 36 respondentů s 47 % zastoupením. Druhým nejčastějším druhem vzdělání je sociální práce s počtem 19 respondentů (25 %). Dále pokračuje sociální pedagogika s počtem 10 respondentů (13 %). Obory ergoterapie a psychologie mají stejně velké zastoupení s počtem 2 respondentů (3 %). Obor fyzioterapie vystudoval pouze 1 respondent (1 %). Možnost „Jiné“ zvolilo 6 respondentů (8 %). Ti vystudovali kombinaci oborů (sociální pedagogika + speciální pedagogika, sociální práce + speciální pedagogika, sociální práce + psychologie a sociální pedagogika + poradenství). Jeden respondent má vzdělání v muzikoterapii a další má vzdělání v oboru rehabilitační péče o děti, dospělé a seniory.

Tabulka 6 Vzdělání ($n=76$)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Sociální práce	19	25 %
Speciální pedagogika	36	47 %
Sociální pedagogika	10	13 %
Psychologie	2	3 %
Ergoterapie	2	3 %
Fyzioterapie	1	1 %
Jiné	6	8 %

Zdroj: vlastní

Graf 6 vzdělání (n=76)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 7: „S jakými diagnózami nejvíce pracujete?“

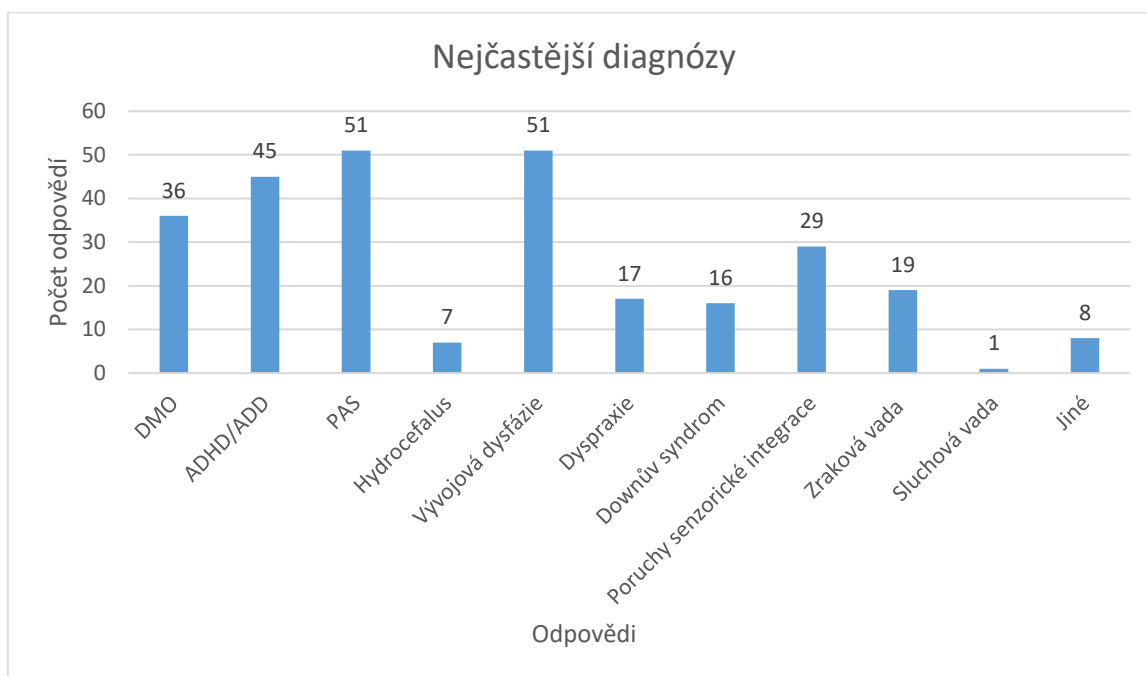
Tato sedmá polouzavřená otázka byla koncipována tak, aby zjistila, s jakými diagnózami nejčastěji poradce rané péče pracuje. Celkem 76 respondentů si mohlo vybrat celkem z 11 možností a zvolit více než jednu odpověď. Mezi nimi byla i možnost „Jiné“, která sloužila k doplnění stanovených odpovědí. Nejčastěji zvolenou odpovědí byly 2 diagnózy, PAS a vývojová dysfázie s počtem 51 respondentů s 67 % zastoupením. Další nejpočetnější diagnózou je ADHD/ADD, kterou zaškrtnulo 45 respondentů (59 %). Dále pokračují diagnózy DMO, kterou vyplnilo 36 respondentů (47 %) a poruchy sensorické integrace s počtem 29 respondentů (38 %). Dále se počet vyplněných odpovědí snižuje. Zrakovou vadu vyplnilo 19 respondentů (25 %), dyspraxii 17 respondentů (22 %) a Downův syndrom 16 respondentů (21 %). Dále diagnózu hydrocefalus vyplnilo 7 respondentů (9 %) a nejmenší počet vyplnění měla sluchová vada s počtem 1 respondenta (1 %). Pro doplnění zvolilo odpověď „Jiné“ 8 respondentů (10 %). 2 respondenti (3 %) doplnili kombinované vady a opožděný psychomotorický vývoj. Další 2 respondenti (3 %) řeší u dětí ohrožený vývoj, kde není stanovená žádná diagnóza. A dále zmíněné diagnózy vyplnil vždy pouze 1 respondent (1 %), tedy geneticky vrozené vady, mentální retardaci, spinální muskulární atrofii a Duchenovu muskulární atrofii.

Tabulka 7 Nejčastější diagnózy (n=76)

Odpoověď	Počet odpoovědí	Procentuální vyjádření
DMO	36	47 %
ADHD/ADD	45	59 %
PAS	51	67 %
Hydrocefalus	7	9 %
Vývojová dysfázie	51	67 %
Dyspraxie	17	22 %
Downův syndrom	16	21 %
Poruchy sensorické integrace	29	38 %
Zraková vada	19	25 %
Sluchová vada	1	1 %
Jiné	8	10 %

Zdroj: vlastní

Graf 7 Nejčastější diagnózy (n=76)



Zdroj: vlastní

2. SEKCE

V druhé sekci byly zjišťovány informace o spolupráci ergoterapeuta a poradce rané péče. Jak často stav klienta společně konzultují a jaké problémové oblasti nejčastěji řeší. Tato sekce je složená z 6 otázek, ale pouze 2 byly povinné k vyplnění.

Otázka č. 8: „Konzultujete stav klienta s ergoterapeutem?“

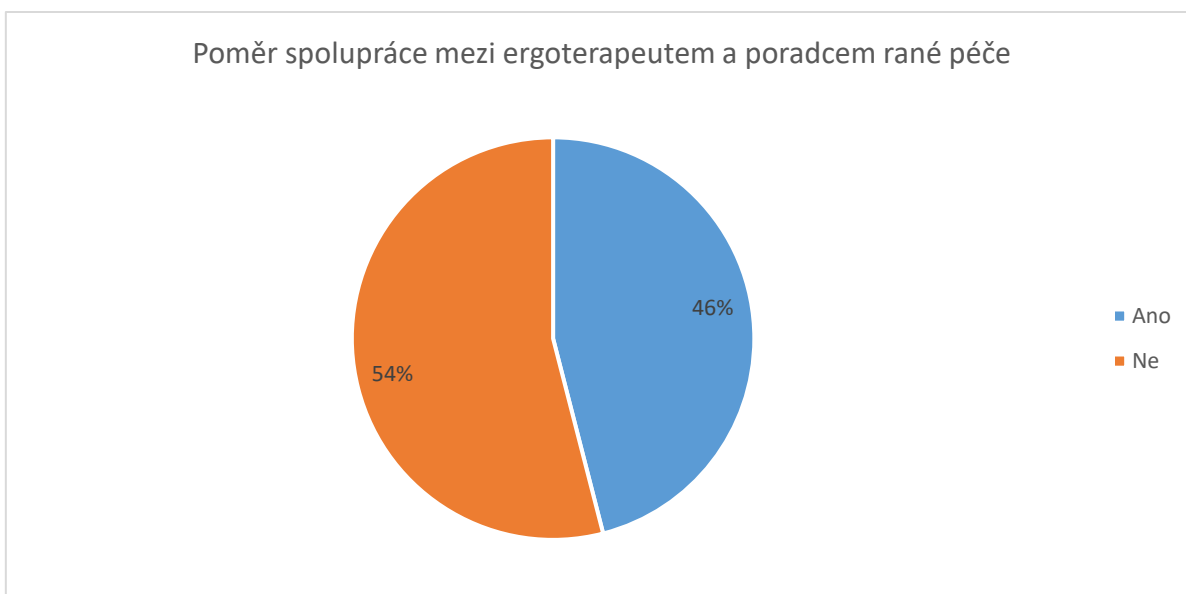
Tato osmá uzavřená otázka byla koncipována tak, aby ukázala, zda poradce rané péče (respondent) konzultuje stav klienta s ergoterapeutem. Otázka byla povinná a sloužila jako otázka filtrační. Pokud respondent vyplnil odpověď ne, musel přeskočit na otázku č. 13. Vyplnilo ji všech 76 respondentů. Odpověď ne vyplnilo celkem 40 respondentů (54 %) a odpověď ano zaškrtnulo 36 respondentů (46 %).

Tabulka 8 Poměr spolupráce mezi ergoterapeutem a poradcem rané péče (n=76)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Ano	36	46 %
Ne	40	54 %

Zdroj: vlastní

Graf 8 Poměr spolupráce mezi ergoterapeutem a poradcem rané péče (n=76)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 9: „Za jak dlouho jste po prvním setkání s klientem kontaktoval/a ergoterapeuta?“

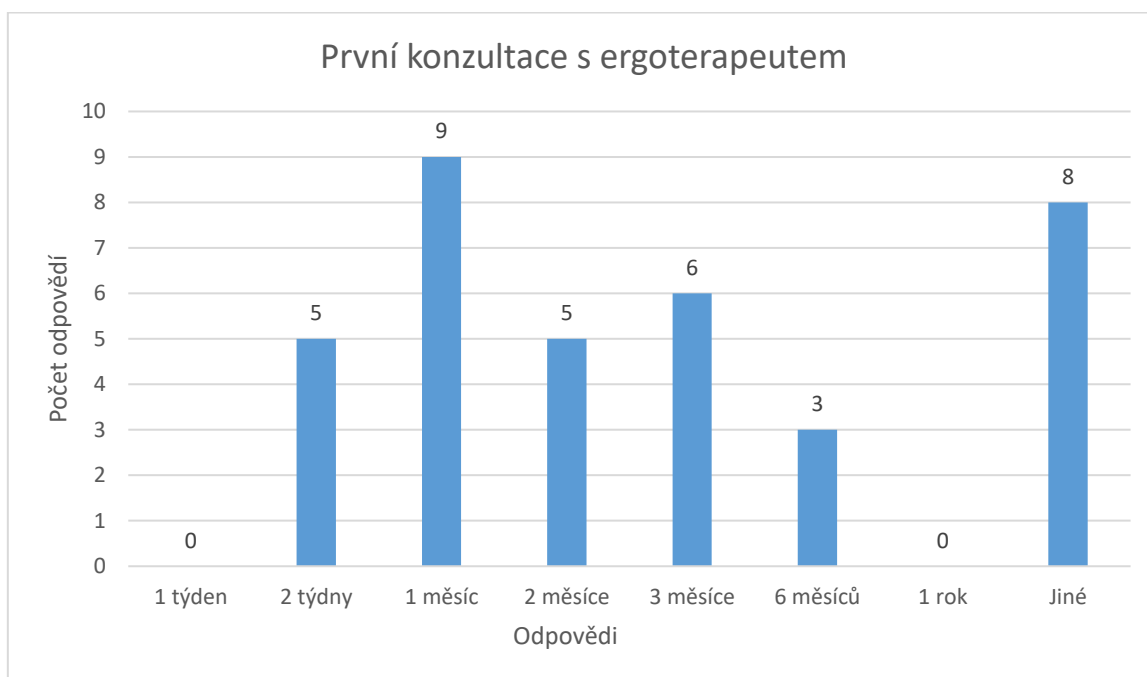
Tato devátá polouzavřená otázka byla koncipována tak, aby ukázala, za jak dlouho po prvním setkání s klientem kontaktoval respondent (poradce rané péče) ergoterapeuta. Otázka nebyla povinná a vyplňoval ji pouze ten, kdo na otázku č. 8 odpověděl ano, tedy 36 respondentů. Respondent mohl zaškrtnout pouze 1 odpověď. Na výběr bylo 8 možností včetně odpovědi „Jiné“. Nejčastěji vyplňovanou možností byl 1 měsíc s počtem 9 respondentů s 25 % zastoupením. Následovaly 3 měsíce s počtem 6 respondentů (17 %) a 2 měsíce a 2 týdny, které dostaly stejný počet odpovědí s počtem 5 respondentů (14 %). 6 měsíců vyplnili 3 respondenti (8 %). Možnosti 1 týden a 1 rok nevyplnil nikdo, proto počet respondentů je 0 (0 %). Odpověď „Jiné“ vyplnilo 8 respondentů (22 %). 6 respondentů (17 %) dopsalo dobu prvního setkání s klientem podle potřeby a motorických schopností dítěte, 2 respondenti (6 %) komunikují s ergoterapeutem na denní bázi, protože pracují v rámci multidisciplinárního týmu rané péče.

Tabulka 9 První konzultace s ergoterapeutem (n=36)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
1 týden	0	0 %
2 týdny	5	14 %
1 měsíc	9	25 %
2 měsíce	5	14 %
3 měsíce	6	17 %
6 měsíců	3	8 %
1 rok	0	0 %
Jiné	8	22 %

Zdroj: vlastní

Graf 9 První konzultace s ergoterapeutem (n=36)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 10: „Jak často konzultujete stav klienta s ergoterapeutem?“

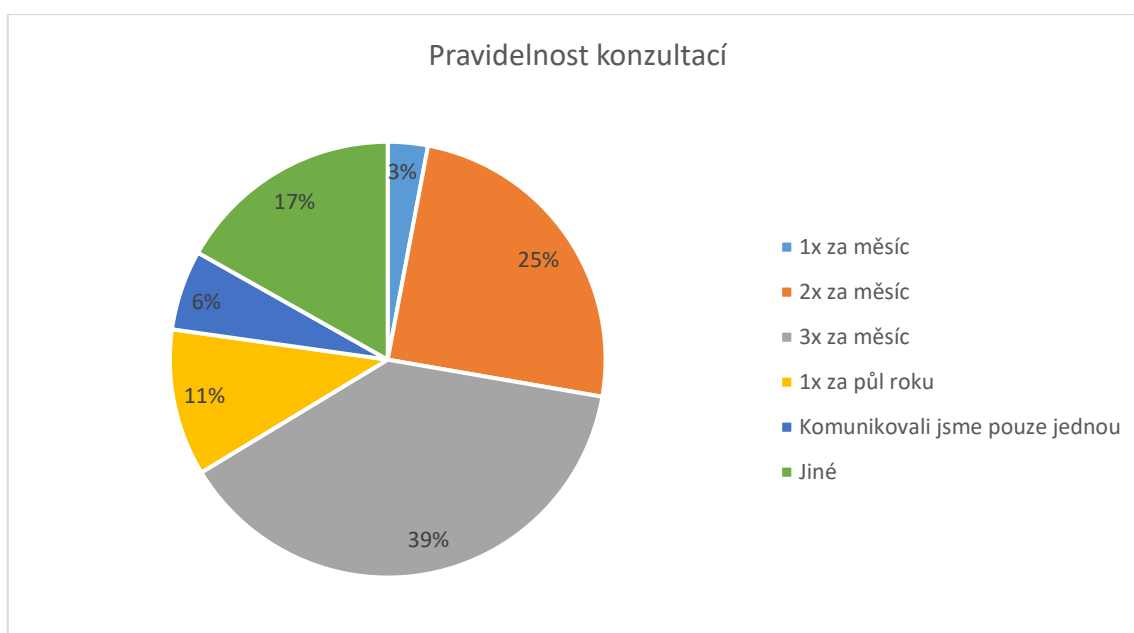
Tato desátá polouzavřená otázka byla koncipována tak, aby ukázala, jak často konzultuje respondent (poradce rané péče) stav klienta s ergoterapeutem. Vyplnit šlo pouze jednu odpověď z šesti možností včetně možnosti „Jiné“. Otázku vyplnilo 36 respondentů. Nejčastěji odpovídaným údajem bylo 1x za 3 měsíce s počtem 14 respondentů (39 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo 1x za 2 měsíce s počtem 9 respondentů (25 %). Následovala odpověď 1x za půl roku s počtem 4 respondentů (11 %). 2 respondenti (6 %) komunikovali pouze jednou. Nejmenší počet odpovědí měla možnost 1x měsíčně s počtem 1 respondenta (3 %). Odpověď „Jiné“ vyplnilo 6 respondentů (17 %), kteří komunikují s ergoterapeutem pouze podle potřeby.

Tabulka 10 Pravidelnost konzultací (n=36)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
1x měsíčně	1	3 %
1x za 2 měsíce	9	25 %
1x za 3 měsíce	14	39 %
1x za půl roku	4	11 %
Komunikovali jsme pouze jednou	2	6 %
Jiné	6	17 %

Zdroj: vlastní

Graf 10 Pravidelnost konzultací (n=36)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 11: „Jaké oblasti s ergoterapeutem nejčastěji konzultujete?“

Tato desátá polouzavřená otázka byla koncipována tak, aby ukázala, jaké problémové oblasti nejčastěji řeší respondent (poradce rané péče) s ergoterapeutem. Na výběr mělo 36 respondentů 10 odpovědí včetně odpovědi „Jiné“ a zvolit mohli více odpovědí najednou. Nejčastěji zaškrtnutou oblastí byla jemná motorika, kterou vyplnilo 26 respondentů (72 %). Následovaly oblasti hrubá motorika s počtem 24 respondentů (67 %), lokomoční a kompenzační pomůcky s počtem 22 respondentů (61 %), poruchy senzoričké integrace s počtem 19

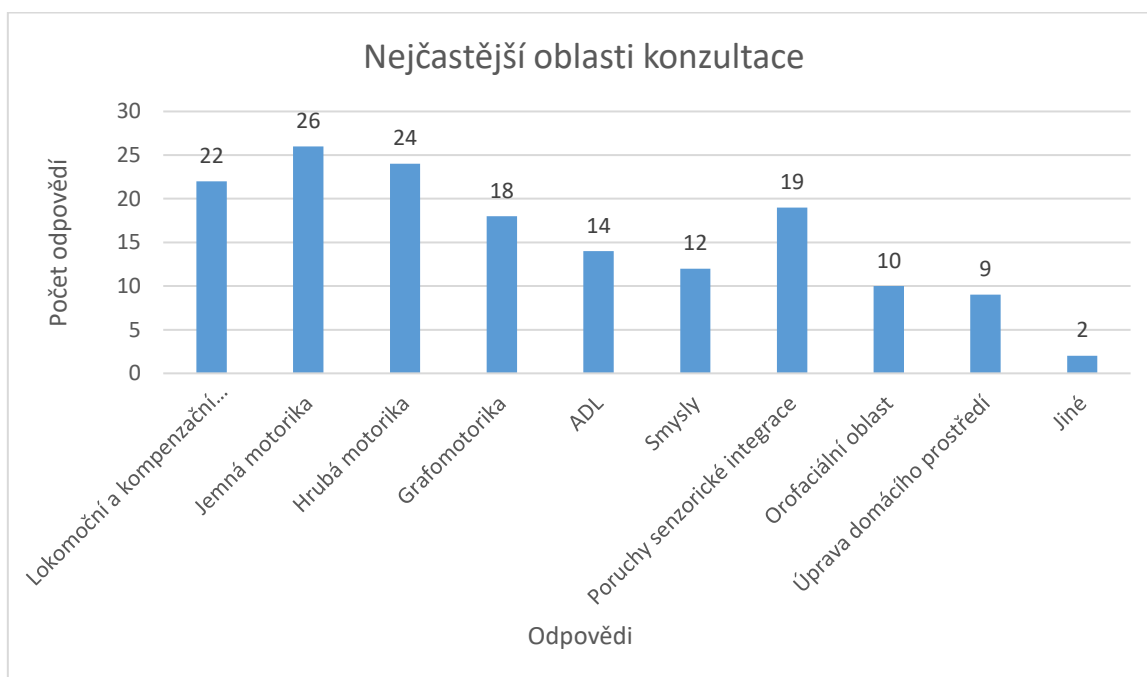
respondentů (53 %), grafomotorika s počtem 18 respondentů (50 %), ADL s počtem 14 respondentů (39 %), smysly s počtem 12 respondentů (33 %) a orofaciální oblast s počtem 10 respondentů (28 %). Nejmenší počet odpovědí měla oblast úprava domácího prostředí s počtem 9 respondentů (25 %). Do kolonky „Jiné“ doplnili svou odpověď jen 2 respondenti (6 %). 1 respondent (3 %) řeší soustředění, spolupráci a alternativní a augmentativní komunikaci a druhý respondent řeší správnou obuv a správný sed.

Tabulka 11 Nejčastější oblasti konzultace (n=36)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Lokomoční a kompenzační pomůcky	22	61 %
Jemná motorika	26	72 %
Hrubá motorika	24	67 %
Grafomotorika	18	50 %
ADL	14	39 %
Smysly	12	33 %
Poruchy senzorycké integrace	19	53 %
Orofaciální oblast	10	28 %
Úprava domácího prostředí	9	25 %
Jiné	2	6 %

Zdroj: vlastní

Graf 11 Nejčastější oblasti konzultace (n=36)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 12: „Které konkrétní oblasti by podle Vás měl v rámci intervencí ergoterapeut řešit?“

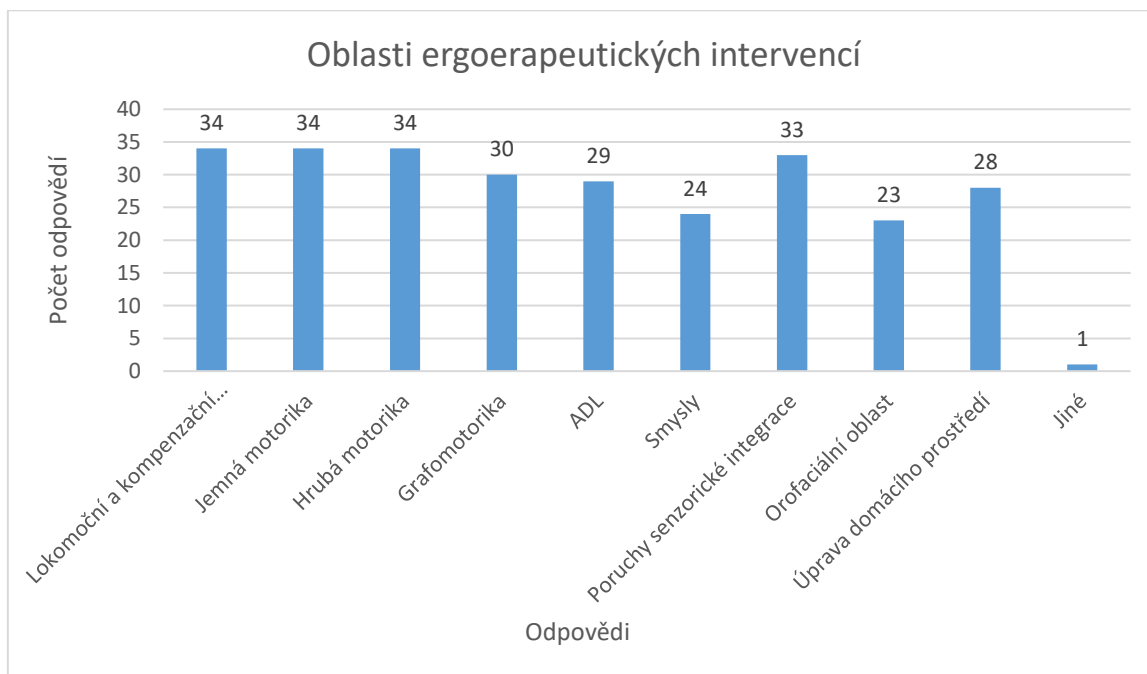
Tato dvanáctá polouzavřená otázka byla koncipována tak, aby ukázala, jaké konkrétní oblasti by podle respondentů (poradců rané péče) měl ergoterapeut řešit. Celkem na otázku odpovědělo 36 respondentů, kteří měli na výběr z 10 odpovědí, včetně odpovědi „Jiné“. Nejčastěji vyplňované odpovědi byly lokomoční a kompenzační pomůcky, jemná motorika a hrubá motorika s počtem 34 respondentů (94 %). Dále odpovědi pokračovaly oblastí poruch senzoričké integrace s počtem 33 respondentů (92 %), grafomotoriky s počtem 30 respondentů (83 %), ADL s počtem 29 respondentů (81 %) a úprava domácího prostředí s počtem 28 respondentů (78 %). Následovala oblast smysly s počtem 24 respondentů (67 %) a orofaciální oblast s počtem 23 respondentů (64 %).

Tabulka 12 Oblasti ergoterapeutických intervencí (n=36)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Lokomoční a kompenzační pomůcky	34	94 %
Jemná motorika	34	94 %
Hrubá motorika	34	94 %
Grafomotorika	30	83 %
ADL	29	81 %
Smysly	24	67 %
Poruchy senzorycké integrace	33	92 %
Orofaciální oblast	23	64 %
Úprava domácího prostředí	28	78 %
Jiné	1	3 %

Zdroj: vlastní

Graf 12 Oblasti ergoterapeutické intervence (n=36)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 13: „Myslíte, že má ergoterapeut v rané péči své místo?“

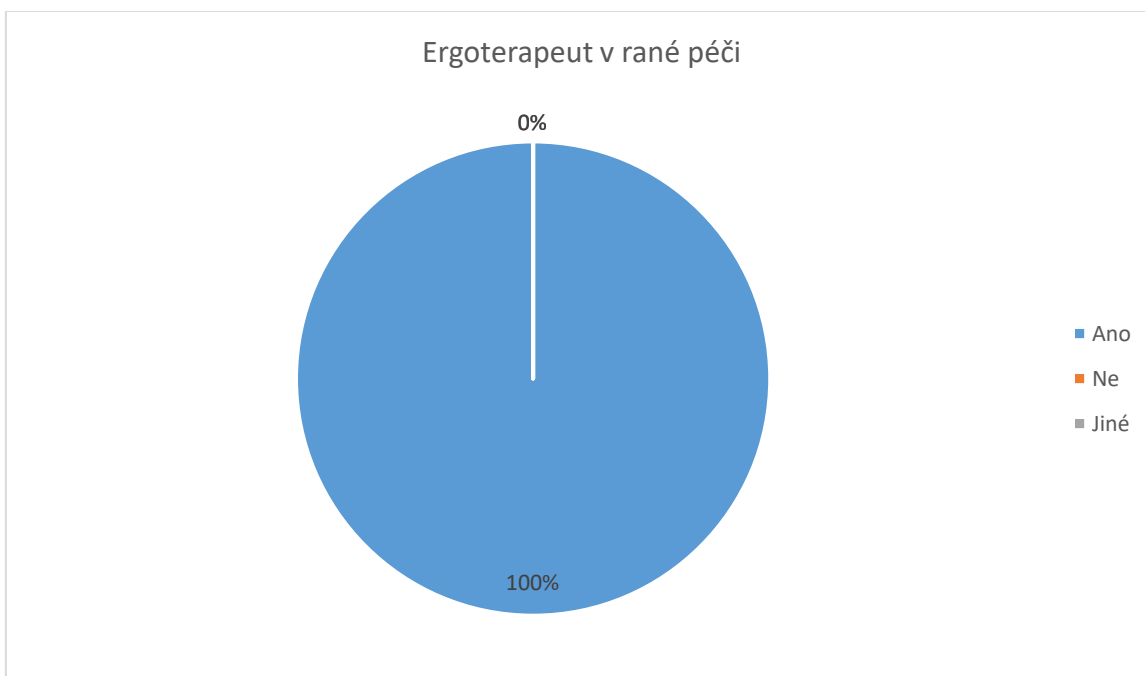
Tato třináctá polouzavřená otázka byla koncipována tak, aby ukázala, zda podle respondentů má ergoterapeut v rané péči své místo. Vyplnilo ji všech 76 respondentů. Na výběr byly 3 možnosti, včetně odpovědi „Jiné“. Ale všech 76 respondentů (100 %) vyplnilo odpověď ano.

Tabulka 13 Ergoterapeut v rané péči (n=76)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Ano	76	100 %
Ne	0	0 %
Jiné	0	0 %

Zdroj: vlastní

Graf 13 Ergoterapeut v rané péči (n=76)



Zdroj: vlastní

DISKUZE

Cílem této práce bylo zjistit, jaká je role ergoterapeuta v rané péči, a jakým způsobem spolupracuje ergoterapeut a poradce rané péče.

Bylo zjištěno, že ergoterapeut, má v rané péči své zastoupení a v tomto oboru pracuje na pozici poradce rané péče, člen multidisciplinárního týmu rané péče, nebo jako konzultant. Ten při potřebě, může poradit ostatním odborníkům v problémových oblastech dítěte, ve kterých ostatní nemají dostatečné znalosti. Ale ukázalo se, že stav dítěte konzultuje méně jak polovina tázaných respondentů, kteří řeší problémové oblasti dětí s různým druhem diagnóz. Podle odpovědí na otázku č. 13, kde se autorka ptala respondentů, zda si myslí, že ergoterapeut má v rané péči své místo, zjistila, že do rané péče ergoterapeut patří. Všichni dotázaní respondenti byly ženy, nejčastěji ve věku mezi 40 až 45 lety, pracující ve všech krajích České republiky, kromě Karlovarského. Ale v otázce č. 4 bylo zjištěno, že poradci jezdí za svými klientskými rodinami nejen do kraje, kde se nachází zařízení, ve kterém pracují, ale dohromady pokryjí celou Českou republiku.

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny tři výzkumné deskriptivní problémy, které byly vybrány na základě cíle práce.

- 1. V jakých oblastech procesu rané péče se může ergoterapeut zapojit?*
- 2. Po jaké době od začátku péče o dítě začíná komunikace mezi poradcem rané péče a ergoterapeutem, a jak často probíhá?*
- 3. Jaké problémové oblasti dítěte nejčastěji poradce rané péče konzultuje s ergoterapeutem?*

Výzkumný problém č. 1: V jakých oblastech rané péče může ergoterapeut pracovat?

První výzkumný problém, který byl stanoven, byl zaměřen na zjištění, v jakých oblastech rané péče ergoterapeut pracuje. Především, zda vykonává práci poradce rané péče nebo v případě potřeby s ním poradce rané péče konzultuje problémové oblasti dítěte. K získání odpovědi na tento výzkumný problém byly do dotazníku vybrány dvě otázky, které získávaly informace o vzdělání respondentů (poradců rané péče) a o tom, zda respondenti konzultují problémové oblasti dítěte s ergoterapeutem. Tato 8. otázka sloužila i jako otázka filtrační, díky níž bylo možné oddělit ty poradce rané péče, kteří s ergoterapeutem nespolu-
pracují.

Autorka z dotazníkového šetření zjistila, že z celkového počtu 76 respondentů, 2 vystudovali obor ergoterapie. Ale mezi respondenty byli primárně absolventi speciální pedagogiky, sociální práce nebo sociální pedagogiky. Podle Asociace rané péče může práci poradce rané péče nejlépe vykonávat absolvent oborů speciální pedagogika, sociální práce, sociální pedagogika, psychologie, ergoterapie nebo fyzioterapie. Ale jelikož práce poradce rané péče není legislativně uzákoněna, může tuto práci vykonávat i člověk s jiným vzděláním. Jelínková (2023) ve své knize Komunitní ergoterapie popisuje roli ergoterapeuta v rané péči a zároveň ukazuje, že ergoterapeut může pracovat na pozici poradce rané péče i konzultanta. Je zde vypracovaná kazuistika, která popisuje ergoterapeutku, která má svou soukromou ergoterapeutickou praxi zaměřenou na děti a současně dojíždí jako poradce rané péče do rodin. Bauerová (2023) ve své diplomové kvalifikační práci s názvem: „Profesní hranice poradců rané péče ve vztahu ke klientům s poruchou autistického spektra“ zkoumala subjektivní zkušenosti poradců rané péče v rámci nastavování hranic s klienty s poruchami autistického spektra při výkonu jejich profese. V rámci práce prováděla rozhovory s poradci rané péče různého vzdělání, mezi kterými byl i ergoterapeut.

Autorka této bakalářské práce také zjistila, že ze 76 tázaných respondentů (poradců rané péče), pouze 36 (46 %) z nich konzultuje stav dítěte s ergoterapeutem. Tuto spolupráci řeší i Muhlenhaupt a kol. (2015) ve svém výzkumu o ergoterapeutických příspěvcích v rané péči. Zde popisuje spolupráci mezi pracovníkem rané péče a ergoterapeutem a potvrzuje ji. Podobnou otázku řeší i Dall'Alba a kol. (2014). Ve svém výzkumu prozkoumával roli ergoterapeutů v rané intervenci u dětí s diagnózou vzácného vývojového postižení. Telefonickou nebo online formou hledal ergoterapeuty, kteří pracují s dětmi ve věku 0 až 6 let. V rámci rozhovorů byla jedna z řešených oblastí i spolupráce v multidisciplinárním týmu. S celkem 10 ergoterapeuty byl proveden rozhovor s cílem získat multidisciplinární perspektivu. A 30 % z tázaných ergoterapeutů komunikuje s pracovníkem rané péče a rodinou, u které raná péče probíhá.

Výzkumný problém č. 2: Po jaké době od začátku péče o dítě začíná komunikace mezi poradcem rané péče a ergoterapeutem, a jak často probíhá?

Druhým výzkumným problémem se autorka snažila zjistit, kdy dochází k prvnímu kontaktu mezi ergoterapeutem a poradcem rané péče, a zda komunikace mezi nimi probíhá pravidelně. K získání odpovědi na tento problém byly do dotazníku vybrány dvě otázky, které se snažily od respondenta zjistit, kdy dochází k první konzultaci mezi respondentem

(poradcem rané péče) a ergoterapeutem a s jakou pravidelností stav klienta konzultují. Obě otázky byly polouzavřené a odpověď „Jiné“ byla v obou případech využita.

Autorka z dotazníkového šetření zjistila, že ze 36 respondentů, kteří konzultují stav klienta s ergoterapeutem, ho nejčastěji kontaktují po 1 měsíci. Celkem tuto možnost vyplnilo 9 respondentů (25 %). Druhou nejčastější vyplňovanou odpovědí byla možnost „Jiné“. Vyplnilo ji 8 respondentů (22 %). Ti komunikují s ergoterapeutem podle osobní potřeby a motorických schopností dítěte nebo fungují v multidisciplinárním týmu rané péče, kde je jejich kontakt na denní bázi. Při hodnocení pravidelnosti konzultací, 14 respondentů (39 %) konzultuje stav klienta 1x za 3 měsíce. 9 respondentů (25 %) konzultuje pravidelně 1x za 2 měsíce. 6 respondentů (17 %) doplnilo svou odpověď do možnosti „Jiné“. Ti komunikují pouze podle potřeby. Studie z roku 2001 potvrzuje pravidelnost konzultací v rámci interdisciplinárního týmu. Popisuje fungování interdisciplinárního týmu jako výzkumného subjektu a poskytovatele služeb. Interdisciplinární výzkumný tým studoval interakci jednoho klinického týmu po dobu 6 měsíců při práci s jedním dítětem v nemocničním programu rané péče. Data byla shromažďována prostřednictvím intenzivních rozhovorů, přímého pozorování rodiny a členů týmu a vybraných videozáznamů z týmových setkání. Byly použity metody kvalitativní analýzy dat. Z výzkumu především vyplynulo, kdo v rámci komunikace v týmu předává, a kdo přijímá rady, a jaké má komunikace podoby. Ergoterapeut, jako specialista, předává rady pracovníkům rané péče pro zlepšení kvality života a soběstačnosti klientů. A jelikož se jedná o práci v interdisciplinárním týmu, tak komunikace mezi odborníky probíhá pravidelně, buď v rámci celého týmu rané péče nebo jednotlivě mezi odborníky (Hinojosa a kol., 2001). Výzkum z roku 2022 z Přerovské univerzity se snažil zjistit, jak fungují centra rané péče, jaké služby jsou v těchto centrech poskytovány, a jaké jsou zkušenosti jejich pracovníků. Výzkum byl proveden dotazníkovým šetřením, které se skládalo z 49 otázek. Výzkum potvrdil, jak je mezioborová spolupráce zásadní. Ale pro větší zkvalitnění služby by měla probíhat s větší pravidelností (Šilonová a Kožárová, 2022).

Výzkumný problém č. 3: Jaké problémové oblasti dítěte nejčastěji poradce rané péče konzultuje s ergoterapeutem?

Třetí výzkumný problém byl zaměřen na nejčastější problémové oblasti dítěte, které poradce rané péče konzultuje s ergoterapeutem. Aby autorka získala přesnou odpověď, do dotazníku, položila jednu otázku, ve které měl respondent možnost vybrat si z více odpovědí, včetně odpovědi „Jiné“. Celkem odpovídalo 36 respondentů, kteří konzultují stav klienta

s ergoterapeutem. Mezi nejčastěji konzultované oblasti patří jemná motorika, hrubá motorika a lokomoční a kompenzační pomůcky. Každá tato oblast získala více než 20 odpovědí. Mezi další často odpovídané oblasti patří grafomotorika, poruchy sensorické integrace nebo ADL.

V odborném článku z roku 2020 z *The American Journal of Occupational Therapy* jsou popsány klíčové principy ergoterapie v rané péči, a to podpora participace, přístup zaměřený na rodinu, smysluplné zaměstnávání, respekt ke kapacitě, možnostem a zdrojům rodiny, přirozené prostředí, respekt k rodinným rituálům a zvyklostem, respekt ke kultuře a evidence based praxe (AOTA, 2020). Podle výše uvedené studie z roku 2014, kde autor řeší roli ergoterapeuta v rané péči u dětí s diagnózou vzácného vývojového onemocnění, určil pomocí polostrukturovaných rozhovorů také nejčastější oblasti ergoterapeutické intervence. Mezi ně patří podpora hry, obtíže v ADL, komunikace, hrubá motorika, jemná motorika, sensorická intervence, poskytování kompenzačních pomůcek do domácnosti a podpora chování (Dall'Alba a kol., 2014). Tato výzkumná šetření tedy potvrdila autorčiny výsledky.

V konečném shrnutí celého výzkumu vyplývá, že i když v dotazníkovém šetření na otázku č. 8 odpověděla většina respondentů záporně – ne, tudíž nekonzultují stav klienta s ergoterapeutem, tak podle 100 % respondentů je ergoterapeut platným členem týmu rané péče. Mezi nejčastějšími oblastmi konzultace je hrubá a jemná motorika, ADL, doporučování kompenzačních pomůcek a sensorická integrace. Tyto oblasti jsou podle respondentů z dotazníkového šetření i mezi nejčastějšími odpověďmi na otázku č. 12, kde autorka řeší, jaké jsou podle respondentů nejčastější oblasti ergoterapeutické intervence. Poradce konzultuje s ergoterapeutem spíše podle potřeby, ale někteří i pravidelně. Podle autorčiných získaných poznatků z tuzemských i zahraničních studií, knih, odborných článků a z vypracovaného výzkumného šetření má ergoterapeut v rané péči své místo. Jak na pozici poradce rané péče, tak i odborného konzultanta. S přihlédnutím na tyto skutečnosti vyplývá, že poradce rané péče a ergoterapeut spolupracují.

8.1 Limitace práce

Autorka shledává za největší limitaci práce nedostatek české i zahraniční odborné literatury, studií a článků, týkající se role ergoterapeuta v rané péči. Autorka dohledávala přes online katalogy vědeckých a univerzitních knihoven a přes online platformy PubMed, Google scholar a další. I přesto, že studií a článků na toto téma existuje malé množství, na

těchto platformách našla vyhovující odbornou literaturu. Zahraniční studie a články častěji řeší roli ergoterapeuta v rané péči než české. Výhodou byly zahraniční internetové stránky, kde si Západočeská univerzita platí přístup k jinak placeným odborným článkům. Mezi ně patřilo např. Cambridge journals, Bookport, Springer compact a další.

I když autorka nedohledala a nenašla všechny poskytovatele rané péče, tak k vyplnění dotazníkového šetření oslovila všechna zařízení, která jsou registrována pod Asociací rané péče, tedy 31. Oslovila ještě další 4 organizace, které pod Asociací nepracují. návratnost dotazníků byla k počtu oslovených organizací poměrně malá.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká je role ergoterapeuta v rané péči, a jakým způsobem spolupracuje ergoterapeut a poradce rané péče. Aby mohl být cíl práce splněn, byly stanoveny tři výzkumné deskriptivní problémy. Autorka pro získání odpovědí zvolila kvantitativní přístup vypracovaný formou dotazníkového šetření. Na všechny problémy získala odpověď.

Teoretická část obsahovala tři hlavní kapitoly. Vymezení pojmu rané péče, kde byly popsány její cíle, formy, průběh a jaké jsou kompetence poradce rané péče. Kapitola ergoterapie v rané péči obsahovala popis, co je náplní práce ergoterapeuta v rané péči a jaké hlavní intervence ergoterapeut v této oblasti řeší. Třetí kapitola se zabývala významem rodiny pro vývoj dítěte. Tam byly popsány faktory ovlivňující vývoj dítěte, a jak dítě ovlivňuje vztahy v rodině. Existuje několik českých publikací, které popisují ranou péči a její průběh. V části o rané péči autorka využila spíše českou literaturu doplněnou o zahraniční. V kapitole ergoterapie v rané péči byla zahraniční literatura použita častěji. V třetí kapitole čerpala autorka nejčastěji z knihy z roku 2017 od Zdeňka Matějčka.

K vypracování praktické části autorka využila kvantitativní sběr dat pomocí dotazníků. Ten obsahoval 13 otázek, pomocí kterých se ptala poradců rané péče z celé České republiky na cíl této kvalifikační práce. Dotazník vyplnilo 76 poradců a celkem 36 z nich konzultuje stav dítěte s ergoterapeutem. Podle získaných odpovědí autorka zhodnotila, že ergoterapeut může v rané péči vykonávat práci poradce rané péče nebo spolu mohou konzultovat stav klienta. První konzultace nejčastěji probíhá 1 měsíc od začátku procesu rané péče nebo podle potřeby poradce a rodiny dítěte. Nejvíce respondentů potvrdilo, že konzultace probíhají nejčastěji 1x za měsíc nebo opět podle potřeby dítěte. A mezi nejčastěji řešené problémové oblasti patří hrubá a jemná motorika, grafomotorika, ADL, doporučování kompenzačních pomůcek a senzorycká integrace.

Autorka si je ale vědomá, že ke každému dítěti se musí přistupovat individuálně, protože do procesu rané péče se mohou dostat děti s různým typem diagnóz a potřeb. Větší pozornost by se v této práci zasloužilo věnovat multidisciplinární spolupráci, která s tímto tématem úzce souvisí. V praxi by mohla tato práce seznámit ergoterapeuty a další odborníky s možnostmi ergoterapeuta v rané péči a pomoci v objasnění mezioborové spolupráce v této oblasti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2020. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. Online. *The American Journal of Occupational Therapy*. Roč. 74, č. Supplement_2, s. 7412410010p1-7412410010p87. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>. [cit. 2024-03-20].

ATCHISOŇ, Benj J. a DIRETTE, Diane K., 2023. *Conditions in Occupational Therapy: Effect on Occupational Performance*. 6 th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. ISBN 978-1496332219.

BAUEROVÁ, Denisa, 2023. *Profesní hranice poradců rané péče ve vztahu ke klientům s poruchou autistického spektra*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.

BERÁNEK, Václav; MARTINEK, Lukáš; PFEFFEROVÁ, Eva; KROCOVÁ, Jitka a Firýtová, Rita. 2019. *Metodika zpracování kvalifikačních prací*. Plzeň, Fakulta zdravotních studií

BIRD, Victoria; PREMKUMAR, Preethi; KENDALL, Tim; WHITTINGTON, Craig; MITCHELL, Jonathan et al., 2010. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. Online. *British Journal of Psychiatry*. Roč. 197, č. 5, s. 350-356. ISSN 0007-1250. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074526>. [cit. 2024-02-10].

BUŽGOVÁ, Radka a SIKOROVÁ, Lucie, 2019. *Dětská paliativní péče*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0584-7.

CALDWELL, Phoebe a HORWOOD, Jane, 2022. *Intenzivní interakce a senzorická integrace: u osob s PAS*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1890-6.

CASTILLO-MORALES, Rodolfo, 2006. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Speciální pedagogika (Portál). Praha: Portál. ISBN 80-736-7105-0.

CLARK, Gloria Frolek a KINGSLEY, Karrie L., 2020. Occupational Therapy Practice Guidelines for Early Childhood: Birth–5 Years. Online. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2020-05-01, roč. 74, č. 3, s. 7403397010p1-7403397010p42. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.743001>. [cit. 2024-03-20].

ČESKO, 2006. *Zákon č. 108/2006, o sociálních službách*. Online. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. [cit. 2024-02-12].

DALL'ALBA, Lucy; GRAY, Marion; WILLIAMS, Gary a LOWE, Sharon, 2014. Early Intervention in Children (0–6 Years) with a Rare Developmental Disability: The Occupational Therapy Role. Online. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. Roč. 24, č. 2, s. 72-80. ISSN 1569-1861. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2014.12.001>. [cit. 2024-03-18].

DOSKOČILOVÁ, Kateřina, 2012. *Naše cesta: metody práce s rodinou v rané péči*. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP. ISBN 978-80-87510-20-9.

GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 978-80-85931-79-2.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

HENDL, Jan, 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.

HINOJOSA, Jim; BEDELL, Gary; BUCHHOLZ, Ester S.; CHARLES, Jeanne; SHIGAKI, Irene S. a kol., 2001. Team Collaboration: A Case Study of an Early Intervention Team. Online. *Qualitative Health Research*. Roč. 11, č. 2, s. 206-220. ISSN 1049-7323. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/104973201129119055>. [cit. 2024-03-20].

HRADILKOVÁ, Terezie, 2015. *Historie rané péče v Čechách*. Online. *Historie rané péče v Čechách*. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/historie-rane-pece-v-cechach/>. [cit. 2024-01-23].

HRADILKOVÁ, Terezie, 2018. *Praxe a metody rané péče v ČR: průvodce sociálním modelem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1386-4.

HRDÁ, Karolína, 2018. *Multidisciplinární tým v akci*. Praha: Domov Sue Ryder. ISBN 978-80-907190-1-9.

JANKOVSKÝ, Jiří; HOLUB, Martin; MATOUŠKOVÁ, Ivana; VRABCOVÁ, Dana; TAJANOVSKÁ, Andrea et al., 2015. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Sešit sociální práce. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-088-4.

JESSUP, Rebecca L, 2007. Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference? Online. *Australian Health Review*. Roč. 31, č. 3, s. 330-331. ISSN 0156-5788. Dostupné z: <https://doi.org/10.1071/AH070330>. [cit. 2024-02-02].

KLUSOŇOVÁ, Eva, 2011. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-535-8.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

MAILLOUX, ZOE, Zoe a SCHAAF, Roseann, 2015. *Clinician's Guide for Implementing Ayres Sensory Integration. Promoting Participation for Children With Autism*. North Bethesda: AOTA Press. ISBN 978-156900-365-7.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2017. *Rodiče a děti*. 3. upravené vydání (ve Vyšehradu první). Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-797-7.

MATOUŠEK, Oldřich a PAZLAROVÁ, Hana, 2014. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: v kontextu plánování péče*. 2., rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0522-7.

MICHALÍK, Jan, 2013. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením - kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3644-9.

MOORE, Alice a LYNCH, Helen, 2018. Play and play occupation: a survey of paediatric occupational therapy practice in Ireland. Online. *Irish Journal of Occupational Therapy*. 2018-04-03, roč. 46, č. 1, s. 59-72. ISSN 2398-8819. Dostupné z: <https://doi.org/10.1108/IJOT-08-2017-0022>. [cit. 2024-02-20].

MUHLENHAUPT, Mary; PIZUR-BARNEKOW, Kris; SCHEFKIND, Sandra; CHANDLER, Barbara a HARVISON, Neil, 2015. Occupational Therapy Contributions in Early Intervention. Online. *Infants & Young Children*. Roč. 28, č. 2, s. 123-132. ISSN 0896-3746. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/IYC.0000000000000031>. [cit. 2024-03-18].

NOVAK, Iona a HONAN, Ingrid, 2019. Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. Online. *Australian Occupational Therapy Journal*. Roč. 66, č. 3, s. 258-273. ISSN 0045-0766. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12573>. [cit. 2024-0-17].

NIJHOF, Sanne L.; VINKERS, Christiaan H.; VAN GEELLEN, Stefan M.; DUIJFF, Sasja N.; ACHTERBERG, E.J. Marijke a kol., 2018. Healthy play, better coping: The importance of play for the development of children in health and disease. Online. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Roč. 95, č. 95, s. 421-429. ISSN 01497634. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.024>. [cit. 2024-02-20].

PEKÇETIN, Serkan a GÜNAL, Ayla, 2017. Early Intervention in Pediatric Occupational Therapy. Online. *Occupational Therapy - Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation*. 2017-07-05. ISBN 978-953-51-3321-6. Dostupné z: <https://doi.org/10.5772/intechopen.68316>. [cit. 2024-03-18].

PRETIS, Manfred; BARLOVÁ, Jitka a HRADILKOVÁ, Terezie, 2020. *Raná péče: příručka pro teorii a praxi*. V Praze: Pasparta. ISBN 978-80-88290-65-0.

SCHAEFGEN, Rega, 2007. *Praxis der Sensorischen Integrationstherapie: Erfahrungen mit einem ergotherapeutischen Konzept*. Stuttgart: Thieme. ISBN 978-3-13-141341-3.

SCHOEN, Sarah A.; LANE, Shelly J.; MAILLOUX, Zoe; MAY-BENSON, Teresa; PARHAM, L. Dianne a kol., 2019. A systematic review of ayres sensory integration intervention for children with autism. Online. *Autism Research*. Roč. 12, č. 1, s. 6-19. ISSN 1939-3792. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/aur.2046>. [cit. 2024-02-28].

SHEPPARD, Mary E. a MORAN, Kaitlin K., 2022. The Role of Early Care Providers in Early Intervention and Early Childhood Special Education Systems. Online. *Early Childhood Education Journal*. Roč. 50, č. 6, s. 891-901. ISSN 1082-3301. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10643-021-01225-x>. [cit. 2024-02-10].

SILVEIRA, Leda Tomiko Yamada da; SILVA, Janete Maria da; SOLER, Júlia Maria Pavan; SUN, Carolina Yea Ling; TANAKA, Clarice et al., 2018. Assessing functional status after intensive care unit stay: the Barthel Index and the Katz Index. Online. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018-05-01, roč. 30, č. 4, s. 265-270. ISSN 1353-4505. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx203>. [cit. 2024-03-02].

SKALOVÁ, Pavla, 2018. *Profil poradce rané péče: kompetence v praxi rané péče*. Online. Ke stažení. Dostupné z: <https://www.arpcr.cz/res/archive/001/000194.pdf?seek=1551739187>. [cit. 2024-02-09].

SOBOTKOVÁ, Irena, 2012. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0217-2.

ŠÁNDOROVÁ, Zdenka, 2017. *Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-054-7.

ŠILONOVÁ, Viera a KOŽÁROVÁ, Jana, 2022. *Podpora inkluzívneho vzdelávania na slovensku a v zahraničí*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. ISBN 978-80-555-2995-0.

TOLLAN, Kristen; JEZRAWI, Rita; UNDERWOOD, Kathryn a JANUS, Magdalena, 2023. A Review on Early Intervention Systems. Online. *Current Developmental Disorders Reports*. Roč. 10, č. 2, s. 147-153. ISSN 2196-2987. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s40474-023-00274-8>. [cit. 2024-02-17].

VOLEMANOVÁ, Marja, 2019. *Přetrvávající primární reflexy: opomíjený faktor problémů učení a chování*. 2. rozšířené vydání. Statenice: INVTS. ISBN 978-80-907369-0-0.

VYSKOTOVÁ, Jana a MACHÁČKOVÁ, Kateřina, 2013. *Jemná motorika: vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4698-2.

ZELINKOVÁ, Olga, 2017. *Dyspraxie: vývojová porucha pohybové koordinace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1266-9.

ŽÁČKOVÁ, Hana a JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, 2007. *Smyslové vnímání*. 2. vyd. Metody reedukace specifických poruch učení. Praha: D H. ISBN 978-809-0357-990.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Dotazník pro poradce rané péče z České republiky
- Příloha B – Žádost o povolení výzkumného šetření

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník pro poradce rané péče z České republiky

Dobrý den,

jsem studentka oboru ergoterapie na fakultě zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. A tímto si Vás dovoluji požádat o vyplnění dotazníku pro účely mé bakalářské práce na téma role ergoterapeuta v rané péči. Dotazník je určen pro poradce rané péče. Prosim, zda by bylo možné abyste, tento dotazník rozeslala mezi ostatní poradce rané péče, kteří s Vámi pracují. Jeho vyplnění by vám nemělo zabrat více než 10 minut a je zcela anonymní.

Předem děkuji za váš čas.

S pozdravem

Adéla Michalová

1. Jste muž nebo žena?
 - a. Žena
 - b. Muž

2. Kolik Vám je let?
 - a. 20–25 let
 - b. 25–30 let
 - c. 30–35 let
 - d. 35–40 let
 - e. 40–45 let
 - f. 45–50 let
 - g. 50–55 let
 - h. 55–60 let
 - i. 65 let a více

3. Ve kterém kraji pracujete?
 - a. Hlavní město Praha
 - b. Středočeský kraj
 - c. Jihočeský kraj
 - d. Plzeňský kraj

- e. Karlovarský kraj
- f. Ústecký kraj
- g. Liberecký kraj
- h. Královéhradecký kraj
- i. Pardubický kraj
- j. Kraj Vysočina
- k. Jihomoravský kraj
- l. Zlínský kraj
- m. Olomoucký kraj
- n. Moravskoslezský kraj

4. Ve kterých krajích máte klientské rodiny?

- a. Hlavní město Praha
- b. Středočeský kraj
- c. Jihočeský kraj
- d. Plzeňský kraj
- e. Karlovarský kraj
- f. Ústecký kraj
- g. Liberecký kraj
- h. Královéhradecký kraj
- i. Pardubický kraj
- j. Kraj Vysočina
- k. Jihomoravský kraj
- l. Zlínský kraj
- m. Olomoucký kraj
- n. Moravskoslezský kraj

5. Kolik rodin máte momentálně v péči?

- a. 0–5
- b. 5–10
- c. 10–15
- d. 15–20
- e. 20–25
- f. 25–30

g. 30 a více

6. Jaký obor jste vystudoval/a?

- a. Sociální práce
- b. Speciální pedagogika
- c. Sociální pedagogiku
- d. Psychologie
- e. Ergoterapie
- f. Fyzioterapie
- g. Jiné

7. S jakými diagnózami v rámci rané péče pracujete?

- a. DMO
- b. ADHD/ADD
- c. PAS
- d. Hydrocefalus
- e. Vývojová dysfázie
- f. Dyspraxie
- g. Downův syndrom
- h. Poruchy sensorické integrace
- i. Zraková vada
- j. Sluchová vada
- k. Jiné

8. Konzultujete stav klienta s ergoterapeutem? (Pokud odpovíte ne, přejděte na otázku č. 13)

- a. Ano
- b. Ne

9. Za jak dlouho jste po prvním setkání s klientem kontaktoval/a ergoterapeuta?

- a. 1 týden
- b. 2 týdny
- c. 1 měsíc
- d. 2 měsíce

- e. 3 měsíce
- f. 6 měsíců
- g. 1 rok
- h. Jiné

10. Jak často konzultujete stav klienta s ergoterapeutem?

- a. 1x měsíčně
- b. 1x za 2 měsíce
- c. 1x za 3 měsíce
- d. 1x za půl roku
- e. Mluvili jsme pouze jednou
- f. Jiné

11. Jaké oblasti s ergoterapeutem nejčastěji konzultujete?

- a. Lokomoční a kompenzační pomůcky
- b. Jemná motorika
- c. Hrubá motorika
- d. Grafomotorika
- e. ADL (aktivity denního života)
- f. Poruchy smyslů
- g. Orofaciální oblast
- h. Úprava domácího prostředí
- i. Jiné

12. Které konkrétní oblasti by podle Vás měl v rámci intervencí ergoterapeut řešit?

- a. Lokomoční a kompenzační pomůcky
- b. Jemná motorika
- c. Hrubá motorika
- d. Grafomotorika
- e. ADL (aktivity denního života)
- f. Poruchy smyslů
- g. Orofaciální oblast
- h. Úprava domácího prostředí
- i. Jiné

13. Myslíte si, že ergoterapeut v rané péči má své místo?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Jiné

Příloha B – Žádost o povolení výzkumného šetření



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Jméno a příjmení studenta: Adéla Michalová
Studijní program/ročník: Ergoterapie/3.
Akademický rok: 2023/24

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v rámci bakalářské práce

Odůvodnění žádosti:

Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací I Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹ BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum: 20. 1. 2024

Podpis: 



Žádost pro oslovenou instituci

Vážená paní proděkanko Pavlíková

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na, jež je součástí závěrečné bakalářské práce studenta/ky Adély Michalové, posluchače/ky bakalářského studijního programu ergoterapie, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zjistit, jaká je role ergoterapeuta v rané péči. Zda v této oblasti poradce rané péče spolupracuje s ergoterapeutem, a co nejčastěji případně v rámci této komunikace řeší.

Sledovaný soubor tvoří poradci rané péče pracující v rámci České republiky

Sběr dat bude proveden prostřednictvím strukturovaného online dotazníku v rámci kvantitativního výzkumu. Dotazník má variabilní počet otázek, který je určen na základě odpovědi každého respondenta a nepřesahuje 13 otázek.

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením PhDr. Ilony Zahradnické. Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

Nesouhlasím

V dne 20.3.2024

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií
.....
..proděkan pro pedagogickou činnost.....
Razítko a podpis zástupce instituce