Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ergoterapie

Adéla Heřmánková

Specifika ergoterapeutické intervence v rámci poskytování služeb rané péče

Specifics of Occupational Therapy in Early Intervention Services

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Ing. Jana Horynová, Ph.D.

Praha, 2025

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní PhDr. Ing. Janě Horynové, Ph.D. za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a podněty.
Dále bych chtěla poděkovat všem ergoterapeutkám, které mi poskytly rozhovory potřebné pro zpracování praktické části této práce.
Poděkování patří i mé rodině a příteli, kteří mi byli velkou oporou při zpracování této práce.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 15.7. 2025

Adéla Heřmánková

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

HEŘMÁNKOVÁ, Adéla. *Specifika ergoterapeutické intervence v rámci poskytování služeb rané péče. [Specifics of Occupational Therapy in Early Intervention Services].* Praha, 2025. 66 s., 2 přílohy. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. PhDr. Ing. Jana Horynová, Ph.D.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Adéla Heřmánková
Vedoucí práce: PhDr. Ing. Jana Horynová, Ph.D.

Název bakalářské práce: Specifika ergoterapeutické intervence v rámci poskytování služeb rané péče

Abstrakt bakalářské práce:

Raná péče je terénní sociální služba, popřípadě doplněná ambulantní formou, která je poskytovaná bezplatně rodinám až do věku sedmi let dítěte s disabilitou. Raná péče je poskytována centry rané péče, ve kterých pracují poradci rané péče v rámci interdisciplinárního týmu. Ergoterapeut se zaměřuje na podporu vývoje dítěte, jeho soběstačnosti, hry a na fungování celé rodiny.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit a popsat specifika ergoterapeutické intervence v rámci poskytování služeb rané péče.

Teoretická část práce se věnuje charakteristice sociální služby rané péče, přehledu odborníků v týmu a možnostem ergoterapeutické intervence.

Ke zpracování praktické části byla využita metoda kvalitativního výzkumu. Ke sběru dat byl použit semistrukturovaný rozhovor se třemi ergoterapeuty pracujícími v rané péči. Získaná data byla dále analyzována pomocí tematické analýzy.

Ergoterapie zatím není v České republice běžnou součástí rané péče, ačkoli může významně přispět ke zvýšení kvality života rodin. Tato práce přináší vhled do fungování spolupráce mezi ranou péčí a ergoterapií.

Klíčová slova: raná péče, raná intervence, ergoterapie, dítě s postižením, interprofesní tým

ABSTRACT OF THE THESIS

Name: Adéla Heřmánková

Thesis supervisor: PhDr. Ing. Jana Horynová, Ph.D.

Title: Specifics of Occupational Therapy in Early Intervention Services

Abstract of the Thesis:

Early intervention is a field-based social service provided to families with a child with a disability up to the age of seven. This service is offered by early intervention centers, where early intervention counselors work as part of an interdisciplinary team. Occupational therapists focus on supporting the child's development, independence, play, and the overall functioning of the family.

The main objective of this bachelor thesis is to identify and describe the specifics of occupational therapy interventions in early intervention services.

The theoretical part of the thesis describes the structure and function of early intervention as a social service, introduces the professionals involved in the interdisciplinary team, and describes the potential roles of occupational therapy.

For the practical part, a qualitative research method was used. Data were collected through semi-structured interviews with three occupational therapists working in early intervention. The data were then analyzed using thematic analysis.

Although occupational therapy is not yet a standard part of early intervention services in the Czech Republic, it can significantly improve the quality of life for families. This thesis shows how cooperation between early intervention services and occupational therapy can work.

Key words: early intervention, early childhood intervention, occupational therapy, child with a disability, interprofessional team

OBSAH

1 ÚVOD ..... - 1 -
2. TEORETICKÁ ČÁST ..... - 3 -
2.1. Raná péče ..... - 3 -
2.1.1. Charakteristika rané péče ..... - 4 -
2.1.2. Průběh rané péče ..... - 5 -
2.1.3. Role rodiny ..... - 6 -
2.1.4. Interprofesní tým ..... - 7 -
2.2. Cílová skupina rané péče ..... - 9 -
2.2.1. Typy disability ..... - 9 -
2.2.2. Metody využívané v rané péči ..... - 13 -
2.3. Ergoterapie v pediatrii ..... - 14 -
2.3.1. Ergoterapeutické metody ..... - 15 -
2.3.2. Ergoterapie v sociálních službách ..... - 17 -
2.3.3. Ergoterapie v rané péči ..... - 17 -
2.3.4. Cíle ergoterapie v rané péči ..... - 18 -
2.3.5. Hra ..... - 19 -
2.3.6. Výkon ADL ..... - 20 -
2.3.7. Rozvoj motoriky ..... - 21 -
2.3.8. Doporučení pomůcek a úprava prostředí ..... - 22 -
3. PRAKTICKÁ ČÁST ..... - 24 -
3.1. Cíle bakalářské práce ..... - 24 -
3.2. Výzkumné otázky ..... - 24 -
3.3. Postup zpracování bakalářské práce ..... - 24 -
3.4. Metody zpracování dat ..... - 26 -
3.5. Výsledky sběru dat ..... - 27 -
3.5.1. Profesní profil ergoterapeuta ..... - 27 -
3.5.2. Spolupráce s rodinou dítěte ..... - 29 -
3.5.3. Oblasti ergoterapie ..... - 31 -
3.5.4. Využívané metody ..... - 32 -
3.5.5. Organizační struktura ..... - 33 -
3.6. Zodpovězení výzkumných otázek ..... - 36 -
4. DISKUZE ..... - 38 -

5. ZÁVĚR ..... **- 42 -**
6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY ..... **- 44 -**
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK ..... **- 51 -**
8. SEZNAM TABULEK A GRAFŮ ..... **- 52 -**
9. SEZNAM PŘÍLOH ..... **- 53 -**
10. PŘÍLOHY ..... **- 54 -**

1 ÚVOD

V rané péči, stejně jako v jiných službách, je preferována interdisciplinární spolupráce, která poskytuje komplexní a efektivní péči o dítě s různými vývojovými problémy. Propojení jednotlivých odborníků zajišťuje větší odbornost a efektivitu tím, že zohledňuje všechny aspekty vývoje dítěte a podporuje holistické vnímání jeho potřeb. Ačkoliv jsou služby rané péče v České republice poměrně dobře pokryté, ve spojení s ergoterapií nenacházíme v odborných zdrojích mnoho informací o fungování této spolupráce. Ve své práci bych se proto chtěla zaměřit i na dostupnost ergoterapie v rané péči a odhalení případných nedostatků.

Definice, principy a fungování služby rané péče jsou ukotveny v zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Raná péče je řazena mezi služby sociální prevence, které napomáhají osobám ve zvládání nepříznivých sociálních situací. Narození dítěte s postižením je jistě jednou z nich. Raná péče je poskytovaná bezplatně rodinám až do věku sedmi let dítěte s disabilitou nebo s ohrožením vývoje v důsledku nepříznivého zdravotního stavu (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách). Preventivní úloha rané péče spočívá ve snižování důsledků primárního postižení a zároveň zabránění vzniku sekundárního postižení. Podporuje tedy psychomotorický vývoj dítěte a jeho integraci do společnosti. Zároveň snižuje potřebu využívání institucionální péče a pobytu dítěte v zařízeních mimo domov (Šándorová, 2017).

Ergoterapie se zabývá především zachováním schopností jedince, které jsou potřebné pro zvládání běžných denních, pracovních a volnočasových činností. Hlavní doménou ergoterapie je tedy maximální soběstačnost jedince a zapojení do společnosti, přičemž pracuje holisticky a plně respektuje osobnost každého jedince (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).

Cíle rané péče se často překrývají s obecnými cíli dětské ergoterapie, zejména podporou správného vývoje dítěte s důrazem na jeho individuální potřeby. Podpora dítěte v rámci ergoterapie zahrnuje zejména podporu dítěte v běžných denních činnostech, podporu jemné a hrubé motoriky, doporučování pomůcek a úpravy prostředí, které umožní dítěti zapojit se do každodenního života. Tím přispívá k lepší kvalitě života dítěte i celé rodiny. Spojení ergoterapie a rané péče má velký potenciál a jistě může přispět k dosažení co nejlepšího funkčního stavu dítěte a napomoci tak fungování celé rodiny.

Raná péče představuje jednu z možností uplatnění ergoterapeutů v České republice. Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit a popsat specifika ergoterapeutické intervence v rámci poskytování služeb rané péče. Ve vztahu k hlavnímu cíli práce byly dále stanoveny dílčí cíle, a to: zjistit, na co se ergoterapie u dětí v rané péči zaměřuje, zjistit, se kterými klienty pracuje a zjistit, jaké jsou možnosti využití ergoterapeutických přístupů a technik.

V praktické části je využit kvalitativní výzkum založený na semistrukturovaných rozhovorech s ergoterapeuty, kteří v oblasti rané péče pracují. Pro zpracování a analýzu získaných dat je použita metoda tematické analýzy, která umožňuje identifikovat hlavní témata a vzorce v odpovědích informantů. Výsledky této práce mohou přispět k lepšímu pochopení fungování týmů v rané péči a podpořit rozvoj multidisciplinární spolupráce s cílem zlepšit péči o děti s vývojovými problémy a jejich rodiny.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Raná péče

Pro důkladné porozumění problematice, kterou se práce zabývá, je nezbytná znalost a také sjednocení základních pojmů. Nejčastěji skloňovaným pojmem s mnoha definicemi je v této práci bezpochyby raná péče. Znalost terminologie a definice pojmů jsou zásadní pro práci všech odborníků, která musí být v souladu s platnou legislativou.

Definice rané péče v České republice je ukotvena v zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence, ke kterým je řazena i raná péče. Služby sociální prevence napomáhají osobám ve zvládání nepříznivých sociálních situací.

Raná péče je definována jako *„terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“* (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 54).

Většina zdrojů věnujících se tématu rané péče vychází z této definice. Občas se setkáme s dalšími pojmy, například termín včasná intervence býval v České republice používán jako ekvivalent výrazu raná péče, nyní je spíše používán tam, kde v sociální práci rozhoduje včasnost podpory pro prospěch člověka (Hradilková, 2018).

Autoři Hartl a Hartlová (2010) definují „ranou intervenci“ jako cílený zásah směřující ke zmírnění obtížné životní situace. V širším pojetí se tento pojem vztahuje nejen na služby rané péče, ale i na další formy podpory – od období těhotenství, přes zdravotní a sociální služby až po vstup dítěte do vzdělávacího systému (Strnadová, 2022). Raná intervence tedy zahrnuje komplexní přístup, jehož cílem je podpora dítěte i jeho rodiny v raných fázích života.

Je důležité zmínit, že pojetí a organizace rané péče se může v jednotlivých státech lišit. Tyto rozdíly se týkají nejen věkového rozmezí dětí, kterým je služba určena, ale i resortu, do nějž raná péče spadá – v některých zemích je raná péče v kompetenci ministerstva zdravotnictví, školství, sociálních věcí či místní správy (Šándorová, 2017). Například na Slovensku nebo v Polsku je služba poskytována od narození do 7 let věku dítěte, zatímco v Rusku se poskytuje pouze dětem od 2 měsíců do 4 let věku. V některých státech navíc pojem raná péče zahrnuje i podporu rodin v nepříznivé sociální situaci, zatímco v České republice je pro tyto případy určena samostatná služba – sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (Šándorová, 2017).

2.1.1. Charakteristika rané péče

Preventivní úloha rané péče spočívá ve snižování důsledků primárního postižení a zároveň zabránění vzniku sekundárního postižení. Podporuje tedy psychomotorický vývoj dítěte a jeho integraci do společnosti. Zároveň snižuje potřebu institucionální péče o dítě, umístění dítěte v pobytových zařízeních sociální péče (Šándorová, 2017).

Služba rané péče poskytuje dle zákona č. 108/2006 Sb. tyto základní činnosti: *a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; c) sociálně terapeutické činnosti, d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí* (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 54).

Hradilková rozděluje 3 programy rané péče, které se v každodenní praxi prolínají. Jedná se o program **podpory rodiny,** jehož hlavním cílem je *„posilování kompetencí, znalostí a zodpovědnosti rodičů a všestranné pomoci všem členům rodiny zvládat situaci.“* Druhý je program podpory vývoje dítěte s postižením, který staví na diagnostice a podpoře schopností dítěte využívat své silné stránky. Třetí je program osvěty a podpora komunit. Ten cílí na informovanost veřejnosti o rodinách dětí s postižením a jejich potřebu podpory a zapojení do komunity (Hradilková, 2018).

Význam rané péče spočívá zejména v podpoře rodiny a podpoře vývoje dítěte s ohledem na jeho potřeby. Podpora rodiny má za cíl, aby se každý člen rodiny cítil kompetentní a sebevědomý ve své roli, kterou pak může plnohodnotně naplňovat (Hradilková, 2018).
Cílů rané péče je několik – hlavním cílem je již zmíněná podpora senzomotorického, emocionálního, sociálního a intelektuálního vývoje dítěte a vytváření podmínek pro integraci a aktivní zapojení do života ve společnosti (Šandorová, 2017).

Společnost pro ranou péči mimo jiné zmiňuje důležitý cíl a to, aby rodiče dětí s postižením měli včas informace, podporu a odbornou pomoc. Dále si klade za cíl zajistit, že veřejnost a odborníci jsou si vědomi, že dítě s disabilitou má právo vyrůstat v rodině a rodina tedy potřebuje podporu od společnosti (Společnost pro ranou péči).

„Raná péče má perspektivně dlouhodobé účinky, protože je převážně terénní (mobilní, domácí) a je vyhledávaná rodiči kvůli své flexibilitě a dostupnosti.“ (Šandorová, 2017, str 48).

V České republice je raná péče poskytována centry rané péče. Některá z nich se zaměřují na konkrétní disabilitu, např. na děti s poruchou autistického spektra (Autis Centrum, 2025), se zrakovým postižením (EDA, 2025) či se sluchovým postižením (Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2025). Centra jsou dále rozdělena podle oblasti působnosti v České republice. Jedno centrum pro ranou péči zpravidla poskytuje služby pro jeden či dva kraje, některá působí po celé

republice. Na webu Ministerstva práce a sociálních věcí je dostupný Registr poskytovatelů sociálních služeb, kde nalezneme konkrétní informace o dostupnosti těchto služeb. V současné době je na území České republiky registrováno 49 subjektů poskytujících službu rané péče. Nejvíce jich nalezneme v Praze a v Moravskoslezském kraji. Naopak nejméně center se nachází v Ústeckém či Karlovarském kraji (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2025). V těchto centrech pracují takzvaní poradci rané péče.

2.1.2. Průběh rané péče

Průběh rané péče v rámci České republiky přehledně zpracovala Hradilková (2018) ve své publikaci Praxe a metody rané péče, a to ve formě jednoduché tabulky. V této práci budou stručně popsány základní body vycházející z této publikace.

Prvním krokem je zajistit, aby se rodiče o službě včas dozvěděli. Informace mohou získat od odborníků, například lékařů nebo vlastním hledáním. Hradilková se ve své publikaci zabývá informovaností rodičů – z šetření se ukazuje, že 63 % klientů se o službě dozví skrze zdravotní služby (od specialistů, pediatrů či neonatologů), 14 % z internetu a médií, dále pak ze sociální sféry, od jiných osob (známí, příbuzní) a ze školství (Hradilková, 2018). Šándorová poukazuje na možné úskalí rané péče, kterým je skutečnost, že první kontakt musí zprostředkovat zájemce o službu a služba je tedy nabídková. Pracovníci rané péče ovšem často poukazují na nedostatečnou spolupráci s pediatry, kteří představují odborníky prvního záchytu. Proto je nutné tuto bariéru odstranit a motivovat zdravotníky ke spolupráci (Šándorová, 2017).

O službu mohou rodiče zažádat elektronicky, telefonicky či osobně v centru rané péče blízko svého bydliště. Následuje informační návštěva v rodině, kde rodiče vyjádří své potřeby a raná péče představí svou nabídku služeb. Na základě toho služba posoudí, zda je rodina vhodným klientem rané péče. Po přijetí podepisuje rodina smlouvu o poskytování služeb (Hradilková, 2018).

Rodinu v dohodnutých termínech navštěvuje poradkyně rané péče, která společně s rodiči stanovuje cíle a sleduje jejich naplňování. „*Interval mezi konzultacemi je 1-3 měsíce a je předmětem vzájemné domluvy, délka konzultace je zpravidla 2 hodiny.*“ (Společnost pro ranou péči, 2025). Rodiče se mohou účastnit aktivit pořádaných centrem. Konzultace v rodině může být také doplněna ambulantní formou, která většinou probíhá v prostorách pracoviště rané péče. (Společnost pro ranou péči, 2025). Součástí služeb rané péče mohou být i doprovody k lékaři či jinému odborníkovi, například ergoterapeutovi. Dle Zatloukalové mohou rodiče využívat také telefonické, emailové nebo online konzultace (Zatloukalová, 2020). Rodiče s poradkyní pravidelně konzultují a vyhodnocují individuální plán (Hradilková, 2018).

Po naplnění potřeb rodiny může raná péče rodině navrhnout návazné služby a sestavit Zprávu o rané péči a ukončit tak poskytování rané péče (Hradilková, 2018).

2.1.3. Role rodiny

Rodina je nejvýznamnější sociální skupinou, která zásadně ovlivňuje psychický vývoj dítěte. Zároveň je pro dítě zprostředkovatelem pro získávání různých zkušeností, na jejichž základě se dítě následně učí (Vágnerová, 2022).

Jedná se o nejdůležitější zdroj prvních informací a pomoci. Raná péče má zájem na rodině jako na významné sociální instituci (Šándorová, 2017).

Podpora rodiny, která pečuje o dítě se zdravotním postižením, je ukotvena v **Preambuli OSN** a to: *"že rodina je přirozenou a základní jednotkou společnosti a má právo na ochranu ze strany společnosti a státu a že osobám se zdravotním postižením a jejich rodinným příslušníkům by měla být poskytována nezbytná ochrana a pomoc, aby rodiny měly možnost přispívat k plnému a rovnému užívání práv osobami se zdravotním postižením."*

Strnadová zmiňuje, že budování vztahu mezi rodičem a dítětem a jeho znevýhodněním je ovlivněno i způsobem, jakým byla rodičům diagnóza sdělena. Sdělování diagnózy odborníci často nezvládají a berou tak rodičům potřebné sebevědomí a podporu, kterou v této chvíli nejvíce potřebují (Strnadová, 2023).

Raná péče nabízí rodičům především informace, odbornou pomoc a také poradenství v péči o dítě. Důležitou součástí je i psychická podpora ve zvládání náročných situací, rovněž i ocenění a povzbuzení (Hradilková, 2018).

Motivovaný a informovaný rodič hraje zásadní roli v poskytování rané péče a je nedílnou součástí poradenského týmu (Šándorová, 2017).

Proto je v rámci rané péče preferován tzv. family-centred approach, tedy přístup zaměřený na rodinu. Pro něj je důležitá práce s dítětem v domácím prostředí, ve kterém se dítě často cítí jistější než v terapeutické místnosti. Zároveň poradce či terapeut snáze odhalí konkrétní potřeby rodiny, dle kterých pak mohou stanovit cíle a plány terapie (Edwards, 2003).

Zásady přístupu zaměřeného na rodinu jsou respektování rozhodnutí rodiny, důraz na silné stránky rodiny a nikoli na její deficity, aktivní spolupráce a intervence v přirozeném prostředí, které zahrnuje kromě domova také mateřskou školu a další komunity, kterými je dítě obklopeno (Dalmau, 2017).

Nutné kroky k zavedení na rodinu orientovaného přístupu do praxe popisuje Dalmau et al. (2017). Jako první je dle něj nutné zmapování kontextu rodiny pomocí rozhovorů o jejich každodenní rutině. Dle toho terapeut následně sestavuje funkční cíle dle priorit rodiny a společně

vytvoří individuální plán podpory, podle kterého následně společně postupují a případně ho upravují dle vývoje dítěte a potřeb rodiny (Dalmau, 2017).

Studie Hughes-Scholes potvrzuje, že programy rané péče by měly být zaměřené na spolupráci s rodinou, která má na vývoj dítěte největší vliv. Zároveň je nutné se soustředit i na posílení sebedůvěry rodičů, která přispívá k celkové kapacitě rodiny. Zdůrazňuje, že rostoucí požadavek na programy rané péče, aby poskytovaly důkazy o efektivitě svých služeb, povede také ke zlepšení kvality poskytovaných služeb (Hughes-Scholes et al, 2019).

Dalmau zmiňuje jako hlavní přínosy na rodinu orientovaného přístupu lepší rozvoj dítěte v přirozeném prostředí, zvýšení kompetencí a sebedůvěry rodičů (empowerment) a celkově větší spokojenost rodin se službami a ve výsledku tak zlepšení kvality jejich života (Dalmau, 2017).

U přístupu zaměřeného na rodinu je stále častěji diskutována také potřeba zaměření se nejen na potřeby dítěte, ale i činnosti rodičů. Péče o dítě s postižením často znamená, že rodiče musí omezit nebo přerušit své pracovní a volnočasové aktivity. Tyto tzv. *parent occupations* zahrnují nejen běžné rodičovské povinnosti, ale také činnosti, které rodičům přinášejí osobní uspokojení a pomáhají jim udržet si duševní zdraví a rovnováhu. Výzkumy ukazují, že ztráta těchto činností může vést k vyčerpání, stresu a snížení kvality života celé rodiny (Chung et al., 2024). Zařazení rodičovských činností do programů rané péče přispívá k celkové spokojenosti rodiny a může tak trvale zlepšit fungování rodiny. Ergoterapeut může rodině pomoci s efektivním plánováním denního režimu, a to díky svým odborným znalostem o významu každodenních aktivit a jejich rovnováhy (Bhopti, 2017).

2.1.4. Interprofesní tým

Interprofesní spolupráce je považována za klíčovou pro poskytování kvalitní péče o děti. Přesto však neexistuje jednotné složení týmů, které by se měly na péči o dítě podílet (De Sam Lazaro, 2021). Minard popisuje v rámci služeb multidisciplinární tým, který úzce spolupracuje s rodinou a může zahrnovat specialistu na vývoj, koordinátora služeb, logopeda, ergoterapeuta, fyzioterapeuta či zdravotní sestru (Minard, 2018). Podle Americké asociace ergoterapeutů pracuje celkem asi 4.6 % ergoterapeutů v oblasti rané péče.

Dle studie Alby je součástí týmů rané péče nejčastěji logoped (až z 93 %), fyzioterapeut, sociální pracovník a psycholog. Dále uživatelé služby pak velmi často spolupracují s odborníky i mimo tým rané péče, a to nejčastěji s lékařem, v 30 % také s ergoterapeutem (Alba, 2014).

V České republice není pevně stanovené složení týmů rané péče. V této službě působí takzvaní poradci rané péče. Podle Asociace rané péče České republiky je poradce rané péče *„absolventem vysoké nebo vyšší odborné školy se zaměřením na sociální práci, speciální*

pedagogiku, sociální pedagogiku, psychologii, fyzioterapii či ergoterapii, který si průběžně doplňuje vzdělání o další potřebné dovednosti a znalosti.“ (Asociace rané péče, 2018).

Asociace rané péče rovněž zdůrazňuje, že poradce rané péče přemýšlí mezioborově, což jeho profesi obohacuje o znalosti a dovednosti z různých oblastí, například z psychologie, speciální pedagogiky, sociální práce či medicíny (Asociace rané péče, 2018).
Následující kapitola proto poskytuje stručný přehled jednotlivých oborů a jejich rolí v rámci poskytování rané péče.

Speciální pedagog

Speciální pedagogika je dle Műllera interdisciplinární obor, který se snaží řešit možnosti podpory osob, u nichž je z různých důvodů narušena schopnost společenské adaptace. K tomu využívá různé specifické metody a techniky a ostatní možné prostředky intervencí (Műller, 2001).

Slowík dále zdůrazňuje orientaci speciální pedagogiky na výchovu, vzdělávání a osobnostní rozvoj člověka se znevýhodněním. Hlavním cílem je dosažení co nejvyšší míry společenské integrace, včetně zapojení do pracovního i společenského života (Slowík, 2016).

Asociace rané péče (2018) považuje za klíčové znalosti speciálního pedagoga, které jsou důležité pro výkon role poradce rané péče, následující:

- *příčiny a projevy diagnóz způsobující různé druhy znevýhodnění*
- *metody a terapeutické postupy zaměřené na snížení dopadů znevýhodnění*
- *speciální pomůcky a možnosti kompenzace potřeb cílové skupiny*
- *možnosti integrace dětí se speciálními potřebami do školního systému*

Psycholog

Psycholog v rané péči hraje významnou roli především v podpoře rodiny. Orientuje se v potřebách jednotlivých členů rodiny po narození dítěte s postižením, nabízí podporu v krizových obdobích a zajišťuje komunikaci náročných témat. Současně působí jako odborník na vývojové zákonitosti dítěte (Asociace rané péče, 2018).

Psycholog zároveň posuzuje mentální úroveň dítěte a případně i osobnost dítěte. Posuzuje školní zralost u předškolních dětí při opožděném vývoji řeči, kognitivní či sociální nezralosti. Jeho úkolem je také diagnostika poruch vývoje intelektu a autismu. Zároveň může vykonávat přímou práci s dětmi formou psychoterapie (Šándorová, 2017).

Sociální pracovník

Sociální pracovník se orientuje v systému sociálních služeb, díky kterému má přehled o možnostech sociální podpory pro osoby se zdravotním postižením. Pomáhá rodinám se získáním příspěvků na péči a také informuje o možné nabídce sociálních služeb, které rodiny mohou využívat (Asociace rané péče, 2018).

Fyzioterapeut

Fyzioterapeut se věnuje prevenci, diagnostice a terapii poruch pohybového aparátu člověka a zároveň ovlivňuje i ostatní systémy. U dětí je hlavním cílem podpora a zlepšení motorického vývoje dítěte (Unie fyzioterapeutů České republiky, 2025). V rámci fyzioterapie v pediatrii jsou využívány specifické metody a přístupy, jako Vojtova metoda reflexní lokomoce, Bobath koncept či Synergická reflexní terapie (Šándorová, 2017).

2.2. Cílová skupina rané péče

Cílovou skupinou rané péče je dle zákona o sociálních službách (2006) dítě a rodiče dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu.

Dle Společnosti pro ranou péči (2025) mohou rodiny služby rané péče využívat od zjištění rizika nebo postižení u dítěte **po nezbytnou dobu**

Raná péče Na Sioně definuje cílovou skupinu rané péče jako **rodiny dětí se specifickými potřebami – děti** předčasně narozené, s nerovnoměrným nebo opožděným vývojem, s mentálním postižením, s pohybovým postižením, s kombinovaným postižením nebo s poruchami autistického spektra (Středisko Na Sioně, 2025).

2.2.1. Typy disability

V rámci rané péče se setkáváme s různými typy disability, přičemž jednotlivá centra rané péče se často specializují na specifické cílové skupiny. Každý typ disability přináší specifické výzvy, které ovlivňují zaměření terapie a celkový přístup v rámci rané péče. Ergoterapeut musí svoji intervenci přizpůsobit konkrétním potřebám dítěte a rodiny a dle toho zvolit vhodné metody a přístupy.

Tělesná (fyzická) disabilita

Tělesné neboli fyzické postižení se vyznačuje omezením hybnosti jedince. Často se vyskytuje v kombinaci s jinými typy postižení, které poté označujeme jako kombinované postižení. Tento druh disability může být vrozený, vzniklý následkem nemoci nebo úrazu (Zikl, 2011).

Tělesné postižení zahrnuje především poruchy pohybového aparátu nebo neurologická onemocnění, která se projevují omezením hybnosti.

„O ranou péči nejčastěji žádají rodiče, jejichž dítě má diagnostikovanou mozkovou obrnu (MO) nebo rozštěp páteře či prožilo nějakou příhodu s trvalými následky (např. úraz), případně je narušení jeho pohybových schopností důsledkem těžkého až hlubokého mentálního postižení." (Hradilková, 2018).

Mezi nejčastější příčiny tělesného postižení u dětí patří mozková obrna, muskulární dystrofie a spina bifida, dále nejrůznější genetická a metabolická onemocnění.

Děti s diagnózou mozkové obrny (MO) bývají výrazně omezeny v oblasti her nebo při výkonu běžných denních činností a omezením v pohybu přicházejí o příležitosti k prozkoumávání okolního světa. Cílem rané péče je minimalizovat opožděný vývoj, zmírnit dopady postižení a podpořit fungování rodiny (Case-Smith, 2013).

Poruchy vývoje intelektu

Dle Národního zdravotnického informačního portálu je porucha vývoje intelektu definována jako neurovývojová porucha, která je charakterizovaná narušením intelektuálních funkcí – inteligenčním kvocientem (IQ) nižším než 70 a deficitem ve 2 nebo více adaptivních chováních ovlivňující běžný život. Mezi intelektuální funkce se řadí například řešení problémů, plánování, akademické učení či abstraktní myšlení. Adaptivní chování se vztahuje na pojmové, sociální a praktické dovednosti potřebné pro každodenní úkoly a fungování v běžném životě (NZIP, 2025).

Tato porucha je dle MKN-11 (2022) rozdělena do čtyř stupňů podle tíže: mírná, středně těžká, těžká a hluboká porucha vývoje intelektu. (Např. mírná porucha odpovídá dřívější „lehké mentální retardaci" v MKN-10).

Dušek (2015) definuje poruchy intelektu buď jako nedostatečný rozvoj intelektu – v tomto případě jde o *mentální retardaci*, nebo jako jeho úbytek v průběhu života, což zahrnuje demenci. Za mentální retardaci považuje takovou poruchu intelektu, která vzniká do dvou let věku dítěte.

„Cílovou skupinou rané péče pro rodiny s dětmi s mentálním a kombinovaným postižením jsou rodiny, kde se narodilo dítě s genetickou odlišností (např. s Downovým syndromem), a rodiny s dětmi, které se začaly v raném vývoji v oblasti mentálních schopností vzhledem k vrstevníkům opožďovat.“ (Hradilková, 2018).

Raná péče je zásadní, protože může zabránit dalšímu poklesu intelektuálního rozvoje a podporovat rozvoj sociálních a kognitivních schopností. Pozitivně ovlivňuje nejen dítě, ale celou rodinu tím, že podporuje rodičovskou kompetenci a optimismus (Guralnick, 2017).

Guralnick uvádí, že pro stanovení individualizované péče může odborníkům pomoci znalost konkrétní etiologie nemoci. Pro příklad u dětí s Downovým syndromem lze očekávat obtíže v exekutivních funkcích či produkci řeči, u dětí s Williamsovým syndromem zase potíže s pozorností a prostorovým vnímáním, ale relativně dobrou krátkodobou paměť. Ačkoli jde pouze o pravděpodobné vzorce, lze díky nim volit vhodné metody a předpovídat vývojové obtíže (Guralnick, 2017).

Ve studii Sacco et al., která sledovala psychomotorický vývoj 141 dětí s Downovým syndromem, více než 90 % účastníků absolvovalo nějakou formu rané péče. Mezi nejčastěji poskytované služby patřila fyzioterapie, logopedie a ergoterapie (zde označovaná také jako behaviorální terapie). Tyto intervence jsou považovány za klíčové při podpoře motorického, jazykového i sociálního vývoje, přičemž ergoterapie se zaměřuje na rozvoj soběstačnosti, jemné motoriky a adaptaci dítěte na každodenní činnosti (Sacco et al., 2022).

Guralnick navrhuje jako rámec pro ranou péči u dětí s poruchou vývoje intelektu tzv. Developmental Systems Approach (DSA). Ten spočívá v propojení 3 klíčových úrovní a to: vývoj dítěte (kognitivní schopnosti, jazykové schopnosti…), rodinné interakce (kvalita komunikace a vztahy) a rodinné zdroje (duševní zdraví, finanční situace…). Tyto úrovně se navzájem ovlivňují, například dítě s vývojovým zpožděním může zatěžovat rodinné vztahy, obzvlášť čelí-li rodiče dalším stresorům. Cílem je tedy identifikovat rizika a podpořit rodinu tak, aby byly podmínky pro rozvoj dítěte optimální (Guralnick, 2017).

Poruchy autistického spektra

Porucha autistického spektra je charakterizována omezenou schopností iniciovat a udržovat sociální interakci a opakujícími se vzorci chování a činností. Porucha nastává v raném dětství, nicméně příznaky se mohou objevit až u starších dětí (MKN-11, 2025).

Poruchy autistického spektra jsou typické širokým a proměnlivým spektrem projevů. Závažnost těchto projevů se může pohybovat od mírné formy až po těžkou (Hradilková, 2018).

Jednotlivci vykazují značné odlišnosti v oblasti intelektuálních a jazykových funkcí. Deficity ovlivňují osobní, rodinné, sociální, vzdělávací i jiné oblasti fungování (MKN-11, 2025).

Jedná se o neurovývojovou poruchu projevující se ve vývoji dítěte v různých oblastech, a to především v komunikaci, v představivosti a hře a schopnosti navazovat sociální vztahy. Lidé s autismem také mají obtíže s reagováním na situace, které prožívají a obtížně rozumí některým podnětům, které vnímají (Hradilková, 2018).

Poradce rané péče může rodičům dětí s PAS pomoci najít vhodné formy komunikace, které budou nejefektivnější pro jejich dítě. Podle Hradilkové (2018) se v práci s dětmi s PAS využívají různé přístupy, jako jsou behaviorální terapie, program TEACCH (Léčba a vzdělávání dětí s autismem a problémy v komunikaci), HANDLE přístup, senzorická integrace a bazální stimulace.

Jedním z účinných přístupů u dětí s poruchou autistického spektra je aplikovaná behaviorální analýza (ABA). Tato metoda se zaměřuje na behaviorální projevy PAS, jako je komunikace, interakce a rozvoj sociálních dovedností. Účinnost ABA byla prokázána v mnoha studiích, přičemž nejvýraznější pokroky jsou zaznamenány u dětí do pěti let věku, což odpovídá cílové skupině rané péče (Kodak a Bergmann, 2020).

Až u 50 % jedinců s PAS s vyskytují problémy s příjmem potravy, jako je odmítání jídla či vybíravost. ABA se ukázala jako efektivní přístup při řešení těchto situací, podobně jako u problémů se spánkem a s nácvikem hygienických návyků (Chung et al., 2024).

Sluchové postižení

Smyslová postižení patří mezi nejčastější, se kterými se u dětí setkáváme, přičemž nejzávažnější formy těchto postižení obvykle ovlivňují zrak a sluch.

Sluch je jedním z klíčových smyslů, který zajišťuje příjem velkého množství informací o okolním prostředí a umožňuje nám na ně reagovat. Hraje zásadní roli ve správném bio-psycho-sociálním rozvoji dítěte. Sluchové postižení u dětí narušuje ontogenetický vývoj řeči, což negativně ovlivňuje schopnost komunikace i proces socializace (Mukšnáblová, 2014).

Dle Hradilkové (2018) jsou klienty rané péče většinou rodiny vychovávající dítě se závažným postižením sluchu. U většiny dětí se jedná o jediné postižení a zhruba 15 % dětí má přidružené ještě další znevýhodnění.

Hradilková (2018) dále zmiňuje jako důležitý milník screeningové vyšetření sluchu a kompenzace sluchové vady před počátkem vývoje řeči. Pro kompenzaci sluchových vad se nejčastěji využívají digitální sluchadla a pro nejzávažnější vady sluchu kochleární implantáty. Dle Zatloukalové se díky sluchovému screeningu snižuje věk dětí, ve kterém je služba zahájena.

Většinou je raná péče zahájena okolo 6. až 9. měsíce. Zároveň uvádí, že bývá služba ukončena v průměru po třech letech, kdy rodiče získají potřebné kompetence v péči o dítě.

V České republice je hlavním poskytovatelem rané péče pro tuto cílovou skupinu Centrum pro dětský sluch Tamtam. Mezi cíle této péče patří rozvoj dovedností, jako je sluchové vnímání a komunikační schopnosti, stejně jako podpora rozumového a sociálního vývoje. Nedílnou součástí rané péče je také poskytování potřebných znalostí a podpory rodičům, aby mohli lépe pečovat o své dítě (Zatloukalová, 2020).

Zrakové postižení

Zrak zajišťuje až 90 % vnímání informací z okolního prostředí a hraje klíčovou roli především v orientaci. Při jeho trvalém postižení může být výrazně ovlivněna komunikace i sociální interakce (Slowík, 2016).

Postižení zraku se dělí na **orgánové** a **centrální**. Orgánové postižení zahrnuje poruchy přímo spojené s okem nebo okohybnými svaly, jako je například dalekozrakost či šilhání. Centrální postižení se týká poškození očního nervu nebo zrakového centra v mozku. Tento typ postižení bývá často spojen s mozkovou obrnou, úrazy nebo operacemi mozku. Projevuje se poruchami vizuální paměti, zpracování zrakových vjemů a jejich rozeznávání (Hradilková, 2018).

V rané péči je pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením zásadní program stimulace zraku. Zraková terapie zahrnuje speciální metody a cvičení, které jsou často doplněny využíváním kompenzačních pomůcek. Tyto postupy pomáhají maximalizovat schopnosti dítěte tak, aby mohlo zvládat běžné denní činnosti, orientovat se v prostoru a pohybovat se co nejvíce samostatně (Eda, 2025).

2.2.2. Metody využívané v rané péči

Metody využívané ranou péčí jsou velmi pestré a podobně jako v ergoterapii se v praxi prolínají, a proto je jejich výčet spíše teoretickým souhrnem možností podpory dítěte. Dle Pretise (2020) patří mezi nejvyužívanější přístupy následující:

- přístupy vycházející z teorie učení
- kognitivní přístup
- přístup podporující soběstačnost
- terapie hrou
- přístup využívající procvičování
- systematický přístup

- motorický přístup

Dle Hutchonové (2019) patří mezi atributy rané péče především tzv. environmental enrichment – tedy obohacení prostředí, které dítě obklopuje a podporuje kognitivní, motorickou a senzorickou stimulaci. Dále zmiňuje například takzvané „odpovědné rodičovství“ (responsive parenting), spočívající v adekvátní reakci rodičů na potřeby dítěte.

O obohaceném prostředí hovoří také Calder. Prostředí by dle něj mělo být obohaceno tak, aby dítěti nabízelo přirozené podmínky k učení. Tyto „přirozené příležitosti“ k učení jsou definovány jako každodenní zkušenosti, které děti získávají při zapojení do rodinných a komunitních aktivit. U dětí se jedná většinou o běžné denní činnosti, jako jsou sebesycení, koupání, spánek a hra (Calder, 2017).

2.3. Ergoterapie v pediatrii

Pro ergoterapeuta pracujícího v pediatrii je důležité znát správný psychomotorický vývoj dítěte, a to především k brzkému odhalení případných odchylek, ale zároveň ke stanovení správného cíle ergoterapie – tedy co by dítě ve svém věku mělo zvládnout a kam terapie směřuje (Case-Smith, 2015).

Psychomotorický vývoj dítěte má zásadní vliv na efektivitu ergoterapeutických intervencí v pediatrii. Znalost vývoje umožňuje ergoterapeutovi přizpůsobit terapie specifickým potřebám dítěte, tak aby bylo schopno dosáhnout co nejvyšší úrovně samostatnosti (Case-Smith, 2015).

Ergoterapeut hodnotí vývoj hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky, ale i úroveň kognitivních funkcí. Přístupy, které ergoterapeut volí, bývají založeny na principu neuroplasticity, která napomáhá optimalizovat fungování mozku a následně vede ke zlepšení motorických a kognitivních funkcí (Krivošíková, 2011).

Neuroplasticita označuje schopnost mozku procházet morfologickými a neurochemickými změnami v důsledku zkušeností. Tvorba nových nervových spojení umožňuje učení se novým dovednostem a také v případě poškození kompenzování ztráty funkcí. Mozek je schopen neuroplasticity celý život, avšak nejefektivnější je v prvních letech života dítěte, kdy dochází k dynamickým změnám (Hadders-Algra et al., 2017).

V současnosti se klade důraz na podporu neuroplasticity u dětí tím, že se motivují k aktivní činnosti. Opakováním činnosti dochází ke zlepšení konkrétní dovednosti (task-specific practice), přičemž aktivita probíhá ve specificky obohaceném prostředí (Červenková, 2020).

Na principech neuroplasticity jsou založeny neurovývojové přístupy jako Vojtova metoda reflexní lokomoce či Bobath koncept, které patří k nejvyužívanějším v rehabilitaci u dětí v České

republice (Červenková, 2020). Ergoterapeuti mají na výběr z široké škály metod a přístupů, které mohou ve své praxi využívat. Studie Case-Smithové naznačuje, že klasické intervence postavené pouze na vývojové teorii mají ovšem menší vliv na motorické výsledky. Jako účinné intervence se prokázalo použití behaviorálních a učebních principů, jako posilování, motivování či „shaping“ (Case-Smith, 2013).

2.3.1. Ergoterapeutické metody

Bobath koncept

Bobath koncept je komplexní terapeutický přístup zaměřený na podporu pohybového zotavení u osob s neurologickým postižením. Klade důraz na obnovu typických pohybů, minimalizaci atypických či kompenzačních pohybových vzorců, důležitá je také integrace všech tělesných segmentů, přičemž kontrola trupu a hlavy má stejný význam jako pohyb končetin. K podpoře výkonu terapeut využívá handling (manuální kontakt), guiding (slovní či fyzické vedení) k ovlivnění smyslových informací a pohybu.

Bobath koncept zdůrazňuje multidisciplinární přístup a komplexní podporu v průběhu celého dne, s cílem zvýšit aktivitu a participaci klienta v běžném životě (International Bobath Instructors Training Association, 2025).

Zaměřuje se na individuální potřeby dítěte, přičemž hlavním cílem je vždy funkční aktivita. Jde o 24hodinový koncept, který propojuje denní péči, hru a zapojení do běžných aktivit s terapeutickými postupy. Prioritou je kvalita života, nikoli pouze kvalita pohybu. Klade důraz na funkční projev člověka a význam jeho aktivního podílení se na běžných denních aktivitách a sebeobsluze (Česká asociace dětských Bobath terapeutů, 2025).

Senzorická integrace

Senzorická integrace (SI) je terapeutický přístup, který vytvořila A. Jean Ayres. Původně byl určen pro děti s obtížemi v učení a chování, ale dnes se uplatňuje u široké škály diagnóz, včetně autismu, dyspraxie a poruch pozornosti. SI je zaměřena na zlepšení smyslového zpracování, seberegulace, motorických dovedností a praxe, což pomáhá lépe reagovat na podněty, učit se a zapojovat se do sociálních situací (Ayres Sensory Integration, 2025).

Terapie vychází z principu, že mozek zpracovává smyslové informace (hmat, pohyb, zrak, sluch a další) a na jejich základě plánuje a realizuje adaptivní reakce. SI se zaměřuje na stimulaci těchto procesů prostřednictvím aktivit, které podporují vytváření komplexnějších reakcí a dovedností. Intervence probíhá ve specializovaném prostředí se smyslovým vybavením, které poskytuje cílené taktilní, proprioceptivní a vestibulární podněty. U dětí se terapie často

provádí formou hry, která přirozeně propojuje smyslové zážitky s plánováním činností a překonáváním výzev (Ayres Sensory Intergration, 2025).

Terapie neklade primární důraz na osvojení konkrétních dovedností, ale na vytváření podmínek, které umožní přirozené adaptivní reakce vedoucí k rozvoji komplexnějších schopností a zlepšení kvality života (Ayres Sensory Integration, 2025).

Dle Schoen je senzorická integrace často vyžadována rodiči dětí s poruchou autistického spektra a bývá využívaná především ergoterapeuty. Výsledky ukazují, že intervence na podkladě senzorické integrace je účinná zejména pro děti s IQ nad 65 a ve věku 4 až 12 let. Podotýká však, že je nezbytné, aby terapeuti poskytující tuto intervenci dodržovali základní prvky intervence (Schoen, 2019).

Bazální stimulace

Bazální stimulace je koncept vyvinutý profesorem Andreasem Fröhlichem. Bazální stimulace pomáhá osobám s narušenou schopností vnímání, komunikace a pohybu, a to nabízením známých informací o sobě samém či okolí a podporuje tak jejich individuální vývoj.

Tento koncept se často využívá u předčasně narozených dětí a její prvky lze využít během každé manipulace s dítětem. Jako příklad lze uvést, že před jakoukoli manipulací s dítětem bychom měli používat iniciální dotek. Ten je stejný pro všechny osoby, které se s dítětem setkají. Dále jsou v rámci konceptu využívány různé formy stimulace – koupele, masáže, polohování, kontaktní dýchání, orální stimulace a další. Obecně jsou zde využívány dva typy stimulací a aktivit – povzbuzovací a zklidňující, které jsou voleny v závislosti na konkrétních potřebách dítěte (Brandová, 2013).

Metody bazální stimulace se využívají i u dětí s komplexnímu potížemi s učením a dále směřuje i k dětem s dalšími diagnózami, jako poruchy regulace nebo ADHD (Pretis, 2020).

HANDLE

HANDLE přístup je zaměřený na diagnostiku a terapii neurovývojových odlišností, zahrnujících poruchy autistického spektra, poruchy učení, poruchy chování, ale i stavy po úrazech mozku či mozkovou obrnu. Samotný přístup HANDLE ovšem upřednostňuje výraz „odlišnosti“ oproti „poruchám“, jako důraz na individualitu a jedinečnost každého jedince. Jedná se o holistický, na člověka zaměřený přístup, přičemž každé chování člověka chápe jako komunikaci, skrze nějž se snaží porozumět danému jedinci. Pátrá po kořenech obtíží, nahlíží na člověka jako na celek, snaží se o podporu neurovývojových systémů, redukci stresu a přetížení a ve výsledku zlepšení kvality života (HANDLE Institut, 2025).

2.3.2. Ergoterapie v sociálních službách

Sociální služby představují jednu z možností uplatnění ergoterapeutů. Dle Krivošíkové (2011) se uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách stále zvyšuje, a to především ve službách pro seniory, pro osoby s duševním onemocněním a v oblasti domácí a komunitní péče. Ergoterapeut v sociálních službách může poskytovat zdravotní péči a nebo může dle zákona o sociálních službách působit jako pracovník v sociálních službách. Zákon určuje i činnosti, které pracovník v sociálních službách může vykonávat. Jedná se například o nácvik jednoduchých denních činností, podporu soběstačnosti, vytváření základních sociálních společenských kontaktů, dále základní výchovnou nepedagogickou činnost a pod dohledem sociálního pracovníka i základní sociální poradenství (Zákon č. 108/2006 o sociálních službách, § 116).

2.3.3. Ergoterapie v rané péči

"Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti." (ČAE, 2008)

Mezi cíle ergoterapie související i s vykonáváním rané péče patří podpora zdraví a duševní pohody.

Činnosti rané péče jsou často velmi úzce spojené s ergoterapií. Pro příklad, tyto služby rané péče popisuje Společnost pro ranou péči (2025):

- zhodnocení aktuální úrovně schopností a dovedností dítěte,
- metody a techniky k podpoře psychomotorického vývoje dítěte,
- doporučení vhodných hraček a pomůcek.

Jedná se o oblasti, na které ergoterapeut v pediatrii běžně cílí své intervence. Ergoterapeut se zaměřuje mimo jiné na zvládání činností běžného dne, rozvoj dovedností, raný vývoj, kompenzační pomůcky a úpravy domácího prostředí. Zaměření dětské ergoterapie se překrývá s cíli popisovanými Společností pro ranou péči a lze tak předpokládat, že ergoterapeut by měl být vhodnou osobou pro poskytování služeb rané péče jako odborník na výše zmíněné oblasti.
Pozorování dítěte v přirozeném prostředí umožňuje ergoterapeutům navrhovat realistické cíle, řešit problémy týkající se domácího prostředí, individualizovat program tak, aby vyhovoval potřebám rodiny (Case-Smith, 2015). Intervence v domácím prostředí ovšem přináší i jisté výzvy

a ergoterapeuti proto musí být kreativní a přizpůsobiví každé situaci, která může nastat (Case-Smith, 2015).

2.3.4. Cíle ergoterapie v rané péči

Americká asociace ergoterapie (AOTA) představuje základní principy ergoterapie v rané péči. Zmiňuje zaměření na zapojení a účast dítěte v činnostech denního života, které jsou smysluplné a skrze které se dítě neustále učí. Zdůrazňuje přístup zaměřený na rodinu a respektování jejich individuálních zdrojů a kapacit i zvyků a rituálů. Jako jeden z principů udává i praxi zaměřenou na důkazy (Stoffel et al., 2014). Americká asociace ergoterapeutů stanovuje také cíle ergoterapie v rané péči:

- podpora vazby mezi dítětem a rodinou prostřednictvím každodenních aktivit a hry,
- podpora rodiny v péči o dítě,
- podpora růstu a vývoje dítěte skrze smysluplné činnosti.

Alba (2014) ve své studii o ergoterapii v rané péči u vzácných onemocněních zjišťuje jako nejčastější oblasti ergoterapie podporu při hraní, běžných denních činnostech, komunikaci a rozvoji hrubé a jemné motoriky. Zdůrazňuje přístup zaměřený na rodinu a zapojení rodičů do terapie.

Ergoterapeut je dle Minarda (2018) považován za důležitou součást týmu rané péče, přičemž se často zaměřuje na jemnou motoriku, senzorické zpracování a běžné denní činnosti. Přesto však neexistuje jasný přehled celkového rozsahu praxe ergoterapeuta. Navzdory zaměření služeb rané péče na rodinu a její kapacitu, žádný z respondentů v průzkumu Fishera (2017) nezahrnul oblasti, jako je zvládání stresu nebo rodičovské dovednosti, které jsou součástí praxe ergoterapie (AOTA, 2014) a mohou být pro rodinu velmi cenné (Minard, 2018).

Ergoterapeut může rovněž doporučit úpravy prostředí, které zvyšují schopnost dítěte zapojit se do každodenních činností, nebo pomoci s nastavením denního režimu dítěte. Důležitou rolí ergoterapeuta je také posilování postavení rodiny jako obhájce potřeb svého dítěte, aby se pečující osoby cítily sebejistě a kompetentně (AOTA, 2014). Ergoterapeut je odborník, který pomáhá dítěti a rodině naplňovat skutečné funkční potřeby potřebné pro každodenní život a vývoj – tedy to, co dítě a rodina doopravdy potřebují, aby mohli fungovat co nejlépe (Lin, 2019).

V České republice nejsou cíle ergoterapie v rané péči a používané metody dosud systematicky popsány. Z dostupných internetových zdrojů a internetových stránek poskytovatelů rané péče ani není zřejmé, zda ergoterapeut v rané péči působí. Vzhledem k odlišnostem fungování jednotlivých center je přítomnost ergoterapeuta pouze volbou, nikoli povinností. Ergoterapeut v rané péči by ovšem měl svoje místo, jako odborník na mnoho různých oblastí, a

především pro jeho jedinečný holistický pohled na člověka. Dle Hradilkové (2018) je fyzioterapeut nebo ergoterapeut jako součást týmu rané péče spíše výjimkou. Jako hlavní důvod uvádí systém financování sociálních služeb, který k této spolupráci není připravený.

Oblasti ergoterapeutické intervence jsou úzce propojené – při nácviku aktivit denního života (ADL) nelze oddělit rozvoj hrubé a jemné motoriky. Terapeut je často rozvíjí prostřednictvím hry, která tvoří základ většiny dětských terapií. Hra přirozeně motivuje dítě a usnadňuje osvojování nových dovedností.

2.3.5. Hra

Hra je jednou ze základních oblastí lidské činnosti (AOTA, 2014). U dětí představuje přirozenou aktivitu a zároveň nejúčinnější prostředek pro jejich rozvoj (Hradilková, 2018).

Ergoterapeuti se často zaměřují na problematiku hry, podobně jako ostatní členové interprofesního týmu. Jejich pohled je však specifický – analyzují a hodnotí hru nejen z hlediska její podstaty, ale také ji využívají jako účinný nástroj terapeutické intervence (Case-Smith, 2015). Definování hry není jednoduché, protože existuje mnoho jejích forem. Přesto se definice hry shodují na tom, že jde o dobrovolnou činnost, která je zábavná nebo příjemná a zároveň klíčová pro osvojení nových dovedností. Mezi tyto dovednosti patří empatie, motorické, kognitivní i sociální schopnosti a zároveň hra podporuje pocit sounáležitosti. Hra tak dětem pomáhá nejen zvládat nové situace, ale i rozvíjet schopnost řešit problémy (Case-Smith, 2015).

Vymezení pojmu hra je zásadní pro vědecké zkoumání jejího vlivu na učení, kvalitu života a duševní zdraví (Case-Smith, 2015). Hra je nedílnou součástí ergoterapie již od jejích počátků. Terapeuti ji využívají jako terapeutický nástroj, ale může být i jejím cílem. Někdy slouží jako odměna nebo motivace pro splnění jiného úkolu (Case-Smith, 2015). Ideální je, když hra probíhá v přirozeném prostředí dítěte, například doma či ve škole, protože právě zde poskytuje optimální výzvy, podporuje vnitřní motivaci, přispívá k úspěchu a napomáhá k vytváření adaptivní reakce (Kramer, 2010).

Existuje mnoho typů a forem her, které různí autoři kategorizují podle různých kritérií. Preference hry závisí na vývojovém stadiu dítěte, jeho zájmech, dovednostech a může se lišit i mezi pohlavími (Case-Smith, 2015).

Whitebread (2012, cit. dle Case-Smith, 2015) rozděluje hry na: hru s předměty, fyzicky náročné hry, hry se symboly, hry s rolemi a hry s pravidly. Některé typy her jsou typické pro určité věkové období, a proto lze jejich prostřednictvím sledovat i vývoj dítěte. Vývojem hry se zabýval také Takata, který rozdělil vývoj hry do několika epoch. V kontextu rané péče, tedy u dětí do sedmi let, jsou relevantní první tři epochy.

- **Senzomotorická epocha** (do 2 let) se vyznačuje zkoumáním prostoru a manipulací s předměty. Dochází k propojení senzorických a motorických zkušeností.
- **Symbolická epocha** (2–4 roky) se od předchozí liší rozvojem jazykových dovedností, představivosti a schopností vytvářet vztahy mezi předměty.
- **Dramatická a předherní epocha** (4–7 let) je charakterizována pochopením základních pravidel a postupným nahrazováním představivosti realitou (Takata, cit. dle Krivošíkové, 2011).

Děti s různými typy postižení mohou mít omezené možnosti zapojení do hry. Například děti s tělesným postižením tráví často většinu času v postýlce obklopené hračkami pro mnohem menší děti, což omezuje jejich přístup k podnětům. Děti s poruchou autistického spektra mohou mít narušený rozvoj hry a často ulpívají na jednoduchých činnostech. U složitějších her mohou mít problémy s dodržováním pravidel (Hradilková, 2018).

Pro podporu hry je zásadní vhodné prostředí, vybavení a příležitosti, které nabízí. Herní prostory, hračky a pomůcky by měly být co nejvíce flexibilní (Case-Smith, 2015).

„Pracoviště rané péče disponují širokou paletou vhodných hraček a her pro specifické skupiny dětí a zapůjčují je do rodin." (Šándorová, 2017, s. 109). Klíčové však je hledat způsoby, jak dětem umožnit jakoukoli formu objevování a hry. Často nejsou potřeba speciální hračky – vhodně upravené prostředí, například rozmístění matrací na podlaze, může vytvořit bezpečný prostor pro objevování a umožnit nové aktivity i dětem s tělesným postižením (Hradilková, 2018).

2.3.6. Výkon ADL

Základy pro zvládání běžných denních činností (ADL) se začínají formovat již v kojeneckém věku a postupně se zdokonalují během dětství a dospívání. Schopnost dítěte samostatně vykonávat činnosti, jako je koupání, oblékání či používání toalety, je ovlivněna nejen kulturou a očekáváním rodičů, ale i fyzickým prostředím (Case-Smith, 2015).

Intervence zaměřené na zvládání ADL zahrnují nácvik strategií, využití adaptací (například kompenzačních pomůcek) a úpravu prostředí. Klíčové je postupné stupňování činností a začlenění nácviku do každodenní rutiny (Kramer, 2010).

Při práci s dítětem je nezbytné analyzovat příčiny případného selhávání v jednotlivých úkolech. Může se jednat o omezené motorické schopnosti (například nedostatečný rozsah pohybu či posturální nestabilitu), kognitivní obtíže (zapamatování si nebo opakování předvedené činnosti) nebo poruchy smyslového zpracování, kvůli nimž dítě odmítá určité materiály nebo například štítky na oblečení (Case-Smith, 2015). Na základě této analýzy pak ergoterapeuti ve

spolupráci s rodinou hledají nejvhodnější způsoby, jak dítěti umožnit co největší míru samostatnosti.

Při hodnocení schopností dítěte je důležité zohlednit, zda výkon ADL odpovídá jeho věku. Podle Krivošíkové se vývoj soběstačnosti obvykle řídí následujícím pořadím činností: sebesycení, osobní hygiena, kontinence, přesuny, oblékání a koupání (Krivošíková, 2011).
Ergoterapeut v rané péči podporuje účast dítěte v každodenních činnostech a rozvíjí především krmení/sebesycení, osobní hygienu a kontinenci s nácvikem na toaletu. Při edukaci rodičů je kladen důraz na strukturované prostředí, a především rutina v denních činnostech. Jako účinná se prokázala eliminace trestajících přístupů, zejména při nácviku hygienických návyků. V oblasti stravování se osvědčuje opakovaná expozice novým potravinám spojená s pozitivním posílením. Využívá se rovněž tzv „division of responsibility“, kde se odpovědnost dělí mezi rodiče, kteří rozhodují o tom kdy, kde a co se bude jíst, a dítě se rozhoduje, zda jíst bude a kolik (Satter, cit. dle Gronski, 2021).

2.3.7. Rozvoj motoriky

U zdravě se vyvíjejících dětí je motorické učení spojeno s vysokou variabilitou pohybů a strategií posturální kontroly, což umožňuje aktivní učení a výběr nejefektivnějších pohybových vzorců prostřednictvím zpětné vazby.
Ergoterapeuti často ve svých intervencích u dětí kladou důraz na vývoj motoriky, protože úzce souvisí s dalšími oblastmi, které dítě vykonává, jako je hra, sebeobsluha nebo sociální interakce (Case-Smith, 2013).

U každého typu disability se porucha motoriky projevuje různě. Děti s tělesnou disabilitou mohou mít obtíže v koordinaci pohybů, svalové síle a celkové hybnosti končetin. U sluchově postižených může být motorika ovlivněna poruchou rovnováhy. U mentální disability je vývoj motoriky často opožděn v závislosti na úrovni mentálního postižení (Pipeková, 2006).

Děti s mozkovými lézemi mají omezený repertoár pohybů a vyžadují tak více specifického tréninku k osvojení motorických dovedností.

Účinné intervence by měly zahrnovat příležitosti k aktivnímu průzkumu, zkoušení a opakování úkolů odpovídajících vývojové úrovni. U dětí s těžšími formami DMO je nezbytné nastavit realistické cíle, rozdělit úkoly na menší kroky a kombinovat senzorické podněty a obohacení prostředí, které podporují aktivní pohyb iniciovaný samotným dítětem (Hutchon, 2019).

Znalost vývoje jemné motoriky je pro práci ergoterapeuta zásadní. Jemná motorika je nezbytná nejen k sebeobslužným aktivitám, ale i hře a později také ke školním dovednostem. Ergoterapeut u dětí hodnotí vývoj jemné motoriky vzhledem k věku a také lateralitu. Kromě toho se zabývá stejně jako u dospělé populace koordinací obou rukou, koordinací oko-ruka, přesností, rychlostí a kvalitou provedení jednotlivých úchopů (Krivošíková, 2011).

Vzhledem k tomu, že děti se nejlépe učí prostřednictvím hry, využívají ergoterapeuti herní aktivity k rozvoji jak hrubé, tak jemné motoriky. Hra přirozeně motivuje dítě, což mu usnadňuje osvojení nových dovedností a podporuje jeho celkový vývoj (Case-Smith, 2015).

2.3.8. Doporučení pomůcek a úprava prostředí

K výkonu práce ergoterapeuta neodmyslitelně patří doporučování kompenzačních pomůcek a úprava domácího prostředí. Ergoterapeut má na výběr široké spektrum pomůcek, jejichž doporučení závisí především na typu disability. Významnou roli v této oblasti hrají také centra rané péče, která často provozují půjčovny rehabilitačních pomůcek. Poradce rané péče by měl být schopen rodinám doporučit vhodné pomůcky a případně zajistit jejich zapůjčení před pořízením vlastního vybavení (Hradilková, 2018).

U **dětí s tělesným postižením** jsou kompenzační pomůcky přirozenou součástí života. Jedním z prvních kroků je správné polohování dítěte, které nejen předchází vzniku dekubitů, ale také napomáhá lepšímu uvědomění si vlastního těla. K polohování lze využít speciální polohovací pomůcky, ale i běžně dostupné polštáře, míče, vaky či u nejmenších dětí plyšové hračky. Další často využívanou pomůckou jsou vertikalizační stojany a terapeutické židličky, které podporují rozvoj jemné motoriky, sociálních a komunikačních dovedností. Důležitou oblastí jsou také pomůcky umožňující samostatný pohyb, jako jsou chodítka, lezítka a vozíky. Pořízení vozíku je pro rodiny často náročné a bývá odkládáno. Ergoterapeut nebo poradce rané péče by měl rodině vysvětlit, že vozík může dítěti poskytnout první možnost osamostatnění, na rozdíl od pasivního převážení v kočárku (Hradilková, 2018).

Pro **děti s poruchou zraku** jsou vhodné pomůcky a hračky s vysokým barevným kontrastem. U novorozenců a nejmenších dětí se doporučují černobílé pomůcky, přičemž s rozvojem barvocitu jsou vhodné výrazné a kontrastní barvy. Hračky bývají často multisenzorické – doplněné o zvukové a hmatové prvky. Užitečnou pomůckou může být také světelný panel, který pomáhá slabozrakým dětem lépe vnímat barvy a tvary předmětů (Hradilková, 2018). Ergoterapeuti často využívají běžně dostupné předměty, jako jsou rolničky k ozvučení objektů nebo terapeutické fazole a luštěniny k rozvoji hmatového vnímání. Starším

dětem lze doporučit pomůcky pro psaní Braillovým písmem, lupy a další kompenzační pomůcky, jejichž doporučování však obvykle spadá mimo kompetence ergoterapeuta.

U **dětí s poruchou autistického spektra** se často využívají vizuální pomůcky, například strukturované přehledy denních aktivit, pořadí činností nebo časové harmonogramy, které bývají individuálně přizpůsobeny potřebám dítěte. Pro zvládání smyslového přetížení mohou být vhodné houpačky, relaxační vaky nebo prvky z multisenzorických místností (Hradilková, 2018). S doporučováním pomůcek úzce souvisí **úprava domácího prostředí**. Správná úprava prostředí zajišťuje dítěti dostatečný přísun podnětů a vymezení vhodného prostoru pro hru, jídlo a odpočinek. U dětí s tělesným postižením je nezbytné zajistit bezbariérové prostředí a vhodné rozmístění pomůcek pro lokomoci či vertikalizaci. Důležité je také plánování budoucích potřeb dítěte – například úprava domácnosti s ohledem na pozdější využití vozíku (Hradilková, 2018). Ergoterapeut může doporučit bezbariérové úpravy, jako jsou schodišťové plošiny nebo přizpůsobené vozidlo, které usnadní přepravu dítěte v budoucnu (ČAE, 2008).

Další oblasti ergoterapeutické intervence

Oblast působení ergoterapeutů je velmi široká a zahrnuje i správnou manipulaci s dítětem, tzv. **handling**, a to při činnostech, jako je nošení, koupání a přebalování dítěte. Správná manipulace pomáhá předcházet vzniku patologických pohybových stereotypů, optimalizuje svalový tonus a podporuje aktivní hybnost. Zároveň je důležité rodičům připomínat **zásady správné ergonomie**, zejména při péči o větší dítě, aby předcházeli přetížení a bolestem pohybového aparátu. Ergoterapeut může rodiče instruovat ohledně správného polohování dítěte, zajištění stabilní polohy při hře a dalších činnostech s cílem maximální podpory funkčního pohybu. S tím souvisí také nácvik správné techniky krmení (Jelínková, 2023).

V závislosti na typu postižení se může ergoterapeut zaměřovat i na další oblasti. Raná péče pokrývá poměrně široké věkové rozmezí dětí, a proto je i působení ergoterapeutů velmi různorodé. U předškolních dětí může být nezbytný **nácvik sociálních dovedností** a správného chování v kolektivu. U dětí s poruchou autistického spektra (PAS) nebo mentálním postižením se ergoterapeut může zabývat nácvikem komunikačních dovedností. V takových případech je nezbytná úzká spolupráce s logopedem a speciálním pedagogem při hledání vhodných strategií a alternativních forem komunikace (Hradilková, 2018).

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. Cíle bakalářské práce

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit a popsat specifika ergoterapeutické intervence v rámci poskytování služeb rané péče. Ve vztahu k hlavnímu cíli práce byly stanoveny dílčí cíle, a to:

- Zjistit, na co se ergoterapie u dětí v rané péči zaměřuje,
- Zjistit, se kterými klienty pracuje,
- Zjistit, jaké jsou možnosti využití ergoterapeutických přístupů a technik.

V České republice neexistuje mnoho zdrojů o propojení rané péče a ergoterapie. Tato práce by proto měla podat podrobný přehled a charakteristiku možností využití ergoterapie v rané péči.

3.2. Výzkumné otázky

V návaznosti na cíle práce byly stanoveny výzkumné otázky:

- Jaká je role ergoterapeuta v rámci poskytování rané péče?
- Jakým způsobem ergoterapeut spolupracuje s rodinou dítěte v rané péči?
- V čem se liší ergoterapie poskytovaná v rané péči od ergoterapie poskytované ve zdravotnictví?
- Jaké metody a přístupy ergoterapeuti v rané péči využívají?

3.3. Postup zpracování bakalářské práce

V počáteční fázi tvorby bakalářské práce byla provedena analýza dostupné literatury. Teoretická část práce vychází z podrobného studia odborných zdrojů, které byly vyhledávány především v databázích EbscoHost, Google Scholar, BOOKPORT a UKAŽ. Při vyhledávání byla použita klíčová slova: *Early Intervention, Early Childhood Intervention, Occupational Therapy, Paediatric Occupational Therapy, Children with Disability* a jejich české ekvivalenty. Nejdříve byly zpracovány souhrnné články, které poskytly co nejširší pohled na danou problematiku. Následně byla vyhledána nejaktuálnější literatura zaměřená na současné trendy v rané péči v České republice i v zahraničí. Česká odborná literatura se propojením ergoterapie s ranou péčí zabývá jen minimálně, proto byly klíčové informace čerpány především ze speciálně-pedagogických a psychologických zdrojů.

K realizaci praktické části byl využit kvalitativní výzkum, který umožňuje hlubší vhled do problematiky. Dle Hendla využívá kvalitativní výzkum k hloubkovému studiu nejrůznější

formy rozhovorů a pozorování s cílem zachycení zvláštnosti případů. Nejčastěji probíhá jako terénní výzkum v přirozených podmínkách (Hendl, 2016).

K získání dat byl využit semistrukturovaný rozhovor se třemi ergoterapeuty pracujícími v rámci sociální služby raná péče. Okruhy otázek byly stanoveny na podkladě zjištěných informací z nastudované literatury a následně byly formulovány i konkrétní otázky k rozhovoru.

První okruh otázek byl zaměřen na údaje o informantech, konkrétně na jejich praxi v oboru, dosažené vzdělání, absolvované kurzy, předchozí zkušenosti a také na jejich cestu do rané péče.

Další okruh se zabýval rolí ergoterapeuta v týmu rané péče, konkrétně komunikací a spoluprací s ostatními odborníky v týmu.

Třetí okruh se zabýval spoluprací ergoterapeuta s rodinou dítěte, a to jak z formálního hlediska, tedy jak dlouho ergoterapeut s rodinou spolupracuje a jak dlouhé jsou jednotlivé konzultace, tak i z praktického hlediska, tedy jak konkrétně s rodiči spolupracuje, jak je zapojuje do terapie a jaké jsou možnosti podpory rodičů.

Čtvrtý okruh se týkal samotné ergoterapie, zjišťovaly se informace o zaměření ergoterapie, využívaných metodách a technikách ergoterapie a o stanovování krátkodobých a dlouhodobých cílů pro klienty.

Otázky z pátého okruhu byly zaměřeny na organizační strukturu a financování služby. Zde byla diskutovaná forma poskytování služby, výhody a nevýhody terénní práce, organizační problémy a také financování služby.

Poslední okruh otázek se zabýval nedostatky v systému, konkrétně dostupností poskytovaných služeb, překážkami v poskytování péče i výzvami, které práce v rané péči přináší.

Zvolenou cílovou skupinou pro sběr dat byli ergoterapeuti pracující v rámci sociální služby rané péče. Původním záměrem bylo zmapovat situaci ve Středočeském kraji a v Praze, ale z důvodu absolutního nedostatku ergoterapeutů v rané péči v těchto krajích byla následně poptávka po ergoterapeutech rozšířena na celou Českou republiku. Kontakty na centra rané péče byly vyhledávány pomocí Registru poskytovatelů sociálních služeb dostupného na webu Ministerstva práce a sociálních věcí. Následně byla kontaktována jednotlivá centra, a to emailem či telefonicky. Pracovníci z center byli dotazováni, zda v jejich týmu působí ergoterapeut, či s ergoterapeutem spolupracují.

Celkem bylo osloveno 30 center rané péče. Odpověď poskytlo 25 pracovišť – ostatní centra opakovaně nereagovala na emaily. Z těchto 25 pracovišť pouze 5 odpovědělo kladně, tedy že s ergoterapeutem spolupracují a splňují stanovená kritéria. Kritéria pro zařazení informantů zahrnovala ergoterapeuty s minimálně dvouletou praxí v oblasti rané péče, a to buď pracující

terénní formou přímo v rané péči, nebo pracující v rané péči v rámci ambulantní činnosti. Byly vyloučeny osoby se vzděláním v ergoterapii, které však v rámci své profese působí pouze jako poradci rané péče a nevyužívají ergoterapeutické metody. S rozhovorem ovšem souhlasily pouze 3 ergoterapeutky. S těmito informantkami byly následně provedeny semistrukturované rozhovory. Při sběru dat byla využita online platforma Google Meet a MS Teams. Rozhovory trvaly v rozmezí od 45 minut do 90 minut. Všechny informantky byly předem informovány o účelu výzkumu, způsobu zpracování dat a zajištění jejich anonymity. Účast byla dobrovolná a informantky udělily informovaný souhlas s nahráním rozhovoru a se zaznamenáním a využitím dat pro účely této práce. Rozhovor se držel hlavní linie připravených otázek, avšak vzhledem k rozdílným specifikům pracovišť a individuálním pozicím jednotlivých ergoterapeutek některé otázky nemusely přesně odpovídat situaci v daném zařízení. Informantky proto mohly své odpovědi rozšířit a částečně se mírně odklonit od původního tématu, což umožnilo zachytit i doplňující informace důležité pro komplexní pochopení problematiky. Veškeré záznamy byly anonymizovány.

3.4. Metody zpracování dat

Ke zpracování dat byla využita metoda tematické analýzy. Wolgemuth et al. (2024) popisuje tematickou analýzu jako nejběžnější přístup zpracování kvalitativních dat. Dle Roberts et al. (2019) tematická analýza pomáhá upřesnit a rozpoznat obsah zjištění.

Tematická analýza byla zvolena pro svou flexibilitu a schopnost identifikovat vzorce napříč rozhovory, což umožnilo zachytit společné znaky a specifika výpovědí.

Jednotlivé rozhovory byly přepsány do písemné podoby a následně opakovaně pročítány za účelem hlubšího seznámení s daty. Ve fázi počátečního kódování byly označovány úseky textu relevantní k výzkumným otázkám. Kódy představovaly určité myšlenky, vzorce nebo opakující se významy v datech. Tyto kódy byly následně seskupovány a přiřazovány ke konkrétním výpovědím informantů. Slučováním kódů vznikla širší témata, která představují klíčové aspekty ergoterapie v rané péči vyplývající z rozhovorů. Výsledkem tematické analýzy bylo pět hlavních témat: Role ergoterapeuta v rané péči, Spolupráce s rodinou dítěte, Oblasti ergoterapie, Využívané metody a Organizační struktura. Každé téma je popsáno a dále obsahuje několik podtémat (kódů), která blíže specifikují jednotlivé oblasti. Následně jsou doplněny konkrétními výpověďmi informantek (How to Do Thematic Analysis, 2020).

3.5. Výsledky sběru dat

3.5.1. Profesní profil ergoterapeuta

Následující tabulka představuje složení informantek, které se rozhovoru účastnily. Vykazují značné rozdíly, například délka praxe v ergoterapii v rané péči se pohybuje v rozmezí od 3 do 13 let. I pozice ergoterapeutek na pracovištích jsou rozdílné, jedna z nich pracuje jako ergoterapeut, ale rodinu zároveň navštěvuje jiná, "hlavní" poradkyně rané péče pro danou rodinu. Další dvě informantky jsou hlavními poradkyněmi rodin.

Tabulka č. 3.5.1.1. – Údaje o informantkách

informantka	**Vzdělání**	**Kurzy**	**počet let praxe v ergoterapii (v rané péči)**	**pozice v rané péči**
A	Bc. Ergoterapie (ZČU)	Terapie autismu, kinesiotaping, HANDLE (v průběhu)	4 (3)	poradce se specializací, ergoterapeut (nad sebou hlavního poradce rodiny)
B	Bc. Ergoterapie (UJEP)	Týmová spolupráce, RP jako možnost podpory rodin, Vedení rozhovoru s rodiči, Základní postupy v ABA, Krizová intervence	12 (12)	odborný poradce rané péče v oblasti ergoterapie (=hlavní poradce rodiny)
C	Bc. Ergoterapie (+fyzioterapie)	kurz poradce rané péče, kurz Portage, kurz Senzorické integrace	20 (13)	poradce rané péče, odborný pracovník (=hlavní poradce rodiny)

Role ergoterapeuta v rané péči

Ergoterapeut v rámci rané péče hraje důležitou roli v podpoře psychomotorického vývoje dítěte, rozvoji jemné motoriky a sebeobslužných dovedností. Zároveň často spolupracuje s dalšími odborníky, ať už v rámci svého týmu, nebo externě.

Jedním z klíčových aspektů práce ergoterapeuta je podpora pohybového vývoje, což je zvlášť důležité, pokud v týmu rané péče chybí fyzioterapeut. Jedna z informantek uvedla konkrétně:

„V týmu rané péče se zaměřuju hlavně na podporu pohybového vývoje dětí, podporu vývoje jemné motoriky, sebeobsluhy. V týmu nemáme přímo fyzioterapeuta, takže v rámci svých vědomostí a možností práce ergoterapeuta zastávám pohybový vývoj já jako ergoterapeut."

Spolupráce v týmu

Spolupráce s dalšími odborníky, jako jsou fyzioterapeuti, logopedi nebo psychologové, je nezbytnou součástí práce ergoterapeuta. I když tito specialisté nejsou vždy součástí týmu rané péče, existují možnosti mezioborové spolupráce, jak popisuje informantka B:

„V našem zařízení, mimo teda ranou péči, pracuje fyzioterapeut, klinický logoped a klinický psycholog. Nejsou přímo v rané péči, ale můžeme společně kdykoliv spolupracovat. Zároveň máme hodně společných klientů, které společně konzultujeme a probíráme, jaké jsou další možnosti péče a co jim nabídnout."

V případech, kdy ergoterapeut narazí na problém, který přesahuje jeho kompetence, má možnost konzultovat problém s dalšími odborníky.

„Pokud u klienta řeším nějaký závažnější problém, na který nestačí moje znalosti, oslovím např. fyzioterapeuta nebo speciálního pedagoga."

Struktura týmu rané péče se liší podle jednotlivých zařízení, přičemž ergoterapeut obvykle spolupracuje se speciálními pedagogy, psychology a logopedy. Jak popsala jedna z informantek:

„V týmu jsem tam já jako ergoterapeut. Jsou tam holky, které mají speciální pedagogiku nebo vyloženě logopedii… máme psychology, máme i externího psychologa, máme i psycholožku, kterou máme přímo v místě. … A ještě jsme v kontaktu s SPC, speciálně pedagogické centrum, se kterým se domlouváme, případně i na návštěvě do školek nebo do škol."

Z výše uvedených výpovědí vyplývá, že role ergoterapeuta v rané péči je komplexní. Kromě přímé práce s dítětem se ergoterapeut podílí i na mezioborové spolupráci a poskytuje podporu rodinám, čímž přispívá k celkovému rozvoji dítěte v jeho přirozeném prostředí.

Cesta k rané péči

Klíčové zjištění analýzy byla různorodost cest, kterými se ergoterapeuti dostali k práci v centrech rané péče. Někteří terapeuti aktivně hledali práci v této oblasti. První informantka uvádí:

„No ze začátku jsem na to cílila já, ta iniciativa tam nebyla spíš naopak byli zdrženliví a já jsem si jako říkala, co tam budu dělat a teď jsou rádi, že tam jsem jako ergoterapeut.“ „Já fakt o to svoje místo bojovala a všem jsem tam vysvětlovala, jak moc je důležitý ergoterapeut v rané péči.“

Jiná centra sháněla do svého centra přímo ergoterapeuta, jak popisuje druhá informantka: *„Zařízení, kde pracuju, shánělo přímo ergoterapeuta do multidisciplinárního týmu.”*

Třetí informantka uvedla, že uspěla ve výběrovém řízení, přičemž zařízení neshánělo přímo ergoterapeuta.

Informantky se shodly na tom, že role ergoterapeutů v rané péči je nezastupitelná. Zdůraznily také potřebu většího počtu pracovních míst pro ergoterapeuty v této oblasti, aby bylo možné zajistit komplexní podporu rodinám s dětmi se specifickými potřebami.

3.5.2. Spolupráce s rodinou dítěte

Zapojení rodičů

Důležitou oblastí intervence je podpora rodičů v péči o dítě. Informantky se shodují, že hlavním úkolem je ukázat rodině principy, jak s dítětem pracovat a pomoci mu k co největší soběstačnosti.

„Snažím se naučit rodiče, jak mohou podporovat vývoj svého dítěte právě oni. Když si hraju s dítětem, přizvu ke hře rodiče a já se naopak snažím jít do ústraní, aby byla hra převážně přes rodiče. Nebo názorně ukazuju, jaké aktivity mohou dělat rodiče s dětmi. Do terapie se je snažím zapojit vždy, aby si dané aktivity vyzkoušeli, společně přicházíme na možná úskalí, které aktivity mohou přinést a snažíme se je vyřešit.”

„Já vždycky rodičům, řeknu nějaké principy, které by mohli s tím dítětem dělat. Občas jim vytvořím nějakou pomůcku nebo vyloženě třeba karty, abych jim to vizualizovala…“

Emoční podpora

Ergoterapeut v rané péči pracuje s dítětem, ale především také poskytuje podporu jeho rodině. Rodiče se často ocitají v náročných situacích, kdy se cítí vyčerpaní nebo nejistí ohledně výchovy svého dítěte. Na otázku, zda ergoterapeut řeší podporu rodičů ve výchově dítěte, informantka A odpověděla:

„Určitě hodně. Já jsem se právě kvůli tomuhle musela spojit i s našima psychologama, co tam máme, abych vždycky věděla, jak mám zareagovat, co mám dělat, protože třeba příklad, kdy se stala věc, že se mi ta maminka rozbrečela a já jsem nevěděla, co mám dělat…“

Emoční podpora rodičů je proto důležitou součástí práce ergoterapeuta. Rodiče často pochybují o svých výchovných schopnostech, a proto je důležité je ujistit, že dělají pro své dítě to nejlepší:

„…je to takovej tenkej led a fakt se obávám těhlech situací, ale samozřejmě vždycky se snažím prostě ty rodiče podpořit i ze svého pohledu, že se vždycky snažím jim říct, hele, děláš to prostě nejlíp, jak dovedeš.“

Důležitá je podpora i ostatních členů rodiny v jejich roli, otců, prarodičů a sourozenců.

„I tatínkům říct, děláte to fakt, jak nejlíp dovedou, protože málo se chválí tatínci… A oni si fakt chudáci myslí, že jako jsou úplný nic, že to všechno, protože máma, ale ty tatínci jsou taky skvělí, když vydrží a zvládnou to.“

Ergoterapeut se snaží zahrnout sourozence dítěte, aby se necítili opomíjení a aby rodina fungovala jako celek:

„Ale hlavně hodně do té konzultace beru ty sourozence, …, že třeba občas jako odskočím od toho dítěte, pro který tam primárně sem a třeba něco tak jako povím tomu sourozenci, nebo ho pochovám, aby ti sourozenci neměli pocit, že oni jsou jako vzduch.“

Metody práce s rodinou

Práce ergoterapeuta s rodinou vyžaduje individuální přístup a jasnou strukturu. Snahou je rodičům předat praktické strategie, které jsou pro ně zvládnutelné a efektivní:

„…snažím se hodně strukturovat. Jo, jako prostě pojďme si říct nedělejte třeba 40 věcí. Pojďme dělat jenom 1 věc…“

Důležitou součástí intervence je rozhovor s rodiči, při kterém se probírá, jaké pokroky dítě udělalo a jaké cíle si rodina stanoví do budoucna. Zároveň je nutné i konkrétní dovednosti vyzkoušet přímo s rodiči a dítětem.

„Na začátku intervence vyslechnu rodiče, společně si promluvíme, co se od minule dařilo nebo nedařilo, čeho by dosáhli rádi do budoucna, zaměříme se na nějaký další dílčí krok. V další části intervence si zkusíme danou aktivitu prakticky společně s dítětem.“

Dalším důležitým aspektem je schopnost rodičů rozpoznat hranice dítěte a včas přizpůsobit svou reakci:

„To já třeba těm rodičům řeknu: ‚A teď je ten moment, kdy to dítě už nemůže. Teď je ten moment, kdy zastavíte a necháte ho být.“

Mnoho rodičů je vystaveno velkému množství informací od různých odborníků, což může vést k psychickému vyčerpání:

„Spousta maminek jsou hodně jako najetý informacemi, a ještě dostávají hromadu informací od fyzioterapeuta od tohohle, fakt od spousty lidí a jsou úplně na hranici toho vyhoření…“

Z výše uvedeného vyplývá, že podpora rodiny je nedílnou součástí práce ergoterapeuta v rané péči. Vedle přímé práce s dítětem se ergoterapeut snaží posílit rodiče v jejich roli, pomoci jim lépe zvládat výchovné výzvy a vytvořit pro dítě stabilní a podpůrné rodinné prostředí.

3.5.3. Oblasti ergoterapie

Na základě analýzy získaných dat byly identifikovány hlavní oblasti, na které se ergoterapie u dětí zaměřuje. Mezi nejčastěji zmiňované patří sebeobsluha, podpora psychomotorického vývoje, rozvoj komunikace a socializace, ale také edukace a podpora rodiny.

Sebeobsluha

Sebeobsluha je klíčovou složkou ergoterapeutické intervence. Informantky uváděly, že se zaměřují na dovednosti spojené s oblékáním, osobní hygienou a stravováním. Některé děti mají v těchto oblastech výrazné obtíže, což může být způsobeno senzorickou hypersenzitivitou nebo naopak sníženým vnímáním podnětů. Jak uvedla jedna z informantek:

„Zaměřujeme se hlavně na oblékání, hygienu a taky hodně jídlo.”

Stravovací návyky se ukázaly jako významná výzva, kdy se u dětí objevuje buď odmítání potravy, nebo naopak přejídání. Další informantka popsala svou práci s rodinami následovně:

„Rodičům třeba říkám, co a jak můžou dělat, jak mu to vysvětlovat v rámci sebeobsluhy. Třeba teď řešíme sebeobsluhu nebo jídlo, když nepapá, protože ty děti vyloženě mívají problém s jídlem buď nejí anebo jí až moc a přejídají se.”

Psychomotorický vývoj

Další klíčovou oblastí je celkový **psychomotorický vývoj**, zahrnující hrubou a jemnou motoriku, ale také využití hry jako prostředku rozvoje. Jedna z informantek po výzvě k seřazení jednotlivých oblastí uvedla:

„Tak na prvním místě je to určitě ta podpora vývoje dítěte a s tím pak souvisí edukace té rodiny. Dál je to určitě podpora hrubé a jemné motoriky, hry, sebeobsluhy, jako jinde v ergo…“

Komunikace a socializace

Komunikace a socializace jsou další důležitou oblastí, na kterou se ergoterapie zaměřuje. Rodiče i terapeuti často řeší otázku, jak dítěti pomoci s rozvojem neverbální i verbální komunikace, gest a interakcí s okolím.

„…řešíme hodně tu komunikaci a gesta. Zároveň hodně řešíme i navázání, aby se rodiče s tím dítětem dokázali navázat.”

V některých případech probíhají i nácviky socializace v přirozeném prostředí, což popisuje následující výrok:

„Teď budeme mít vyloženě nácvik socializace… Půjdeme na hřiště, potkáme různé děti a já budu učit chlapečka, aby navazoval kontakty."

Edukace rodičů

Neméně důležitá je také **podpora rodiny a edukace rodičů**. Terapeuti se snaží rodičům poskytovat informace o tom, jak dítě podpořit v každodenním životě a jak s ním pracovat v domácím prostředí. Jedna informantka uvedla, že i ergoterapeut se v rámci svých dovedností může zabývat sociálním poradenstvím.

„No a ještě bych zmínila i sociální poradenství, co je teda v mých kompetencích a pak samozřejmě podpora i té rodiny jako celku."

Shrnutím těchto oblastí lze konstatovat, že ergoterapie u dětí je komplexní a zasahuje nejen do rozvoje dovedností dítěte, ale hlavně i podpory rodiny.

Individuální přístup

Z rozhovorů s ergoterapeutkami je patrné, že individuální přístup je klíčovým principem jejich práce. Každé dítě i rodina mají jedinečné potřeby, které je nutné zohlednit při plánování a realizaci intervencí.

„Vždycky se řídím podle aktuálního rozpoložení dítěte."

Ergoterapeut v rané péči tedy nepostupuje podle pevně daného schématu, ale flexibilně přizpůsobuje metody práce aktuálním možnostem dítěte a rodiny. Přitom respektuje potřeby rodičů a intervence směřuje k jejich cílům.

„V rané péči se musím zaměřovat na cíle, jaké má rodina. Neměla bych do intervencí promítat své cíle, cíle, které si myslím, že by byly vhodné. Vždy se musím řídit podle toho, co chce rodina, čeho chce dosáhnout."

Tento přístup pomáhá rodičům cítit se více zapojeni do procesu terapie a zároveň zajišťuje, že se podpora zaměřuje na oblasti, které jsou pro ně skutečně důležité. Individuální přístup tak přispívá k efektivitě rané péče a k celkovému zlepšení kvality života dítěte i jeho rodiny.

3.5.4. Využívané metody

Neurovývojový přístup

Tento přístup považují ergoterapeuti v rané péči za jeden z nejdůležitějších. Informantky zmiňují jeho všestranné využití při práci s dětmi s různými vývojovými potížemi. Mezi konkrétní metody patří HANDLE přístup, Senzorická integrace, Bobath koncept, bazální stimulace

a neurovývojová stimulace. Informantky také zmiňovaly, že z některých metod využívají pouze jejich prvky a nemají příslušné vzdělání k jejich plnému využívání.

„Používám neurovývojové přístupy, protože se u nás na ně klade největší důraz."

Biomechanický přístup

V závislosti na konkrétních diagnózách a potřebách dětí využívají terapeuti i další metody, například u dětí lze k podpoře motorických funkcí využít kinesiotaping.

„Měla jsem teď holčičku, u který jsem využila i kinesiotaping. Ta to opravdu potřebovala, protože hodně chodila po špičkách, měla až násilně zkrácený svaly."

Individuální přizpůsobení

V praxi je běžné kombinování různých přístupů a metod k přizpůsobení intervencí konkrétnímu dítěti. Terapeuti si tak vybírají z přístupů prvky, které jsou v danou chvíli nejvhodnější.

„Z každého přístupu nebo techniky si vždy jen vyzobnu, co je potřeba."

Využívané pomůcky

Informantky uvedly využívání nejrůznějších pomůcek běžně užívaných ergoterapeuty i v jiných zařízeních, jako jsou skládačky, korálky, terapeutické fazole, kinestetický písek, pomůcky pro grafomotoriku a další.

3.5.5. Organizační struktura

Terénní práce

Terénní práce v oblasti terapeutické podpory dětí přináší řadu výhod, ale i určitá omezení. Mezi hlavní přínosy, které informantky zmiňují, patří přímý kontakt s prostředím, ve kterém dítě vyrůstá. Terapeut tak může lépe porozumět sociálnímu zázemí rodiny a celkovému uspořádání domácnosti, což mu umožňuje přizpůsobit terapeutické cíle aktuálním potřebám. Práce v domácím prostředí rovněž usnadňuje spolupráci s celou rodinou a umožňuje prioritizaci cílů dle konkrétní situace. Výhodou je i to, že rodina nemusí řešit dopravu a dítě se často projevuje přirozeněji.

Na druhou stranu však může domácí prostředí snižovat ochotu dítěte ke spolupráci, protože se cítí příliš uvolněně. Omezené mohou být i možnosti využití terapeutických pomůcek či hraček, a dalším faktorem je časová náročnost spojená s cestováním terapeuta.

„..ne vždycky děcka v domácím prostředí chtějí pracovat. Jak jsou doma, tak ne úplně vždycky chtějí spolupracovat."

Tabulka č. 3.5.5.1. – Výhody a nevýhody terénní práce

Výhody	Nevýhody
Přímý kontakt s prostředím	Zhoršená spolupráce a pozornost dítěte
Spolupráce s celou rodinou	Omezené možnosti pomůcek a hraček
Individuální přizpůsobení	Doba strávená na cestě (pro terapeuta)
Autentický projev dítěte	
Rodina nemusí řešit dopravu	

Potřebné vzdělání

Vysokoškolské vzdělání v ergoterapii dle výpovědí neposkytuje dostatečnou přípravu pro práci v rané péči. Informantky se shodují na tom, že velkou část znalostí a dovedností získávají až v praxi a prostřednictvím odborných kurzů. Jak uvedla jedna z nich*:*
„Informace jsem po škole získala a stále získávám hlavně na odborných kurzech a nejvíc zkušeností jsem získala až při práci s rodinami.“ To potvrzuje důležitost dalšího vzdělávání a nutnost rozšiřování kvalifikace na odborných kurzech.

Zároveň je patrné, že ergoterapeutům často chybí specifická příprava pro práci s určitými skupinami dětí, například s poruchami autistického spektra. Jedna z informantek v této souvislosti poznamenala:
„Komunikace jako s autistou, jak s ním komunikovat, co můžu, nemůžu, co očekávat, co vlastně jim nedělat, co dělat, to mi nikdo neřekl.“

Tento nedostatek vzdělání v oblasti komunikace a podpory rodin ukazuje, že současný systém vysokoškolského vzdělávání nepokrývá potřeby praxe v rané péči.

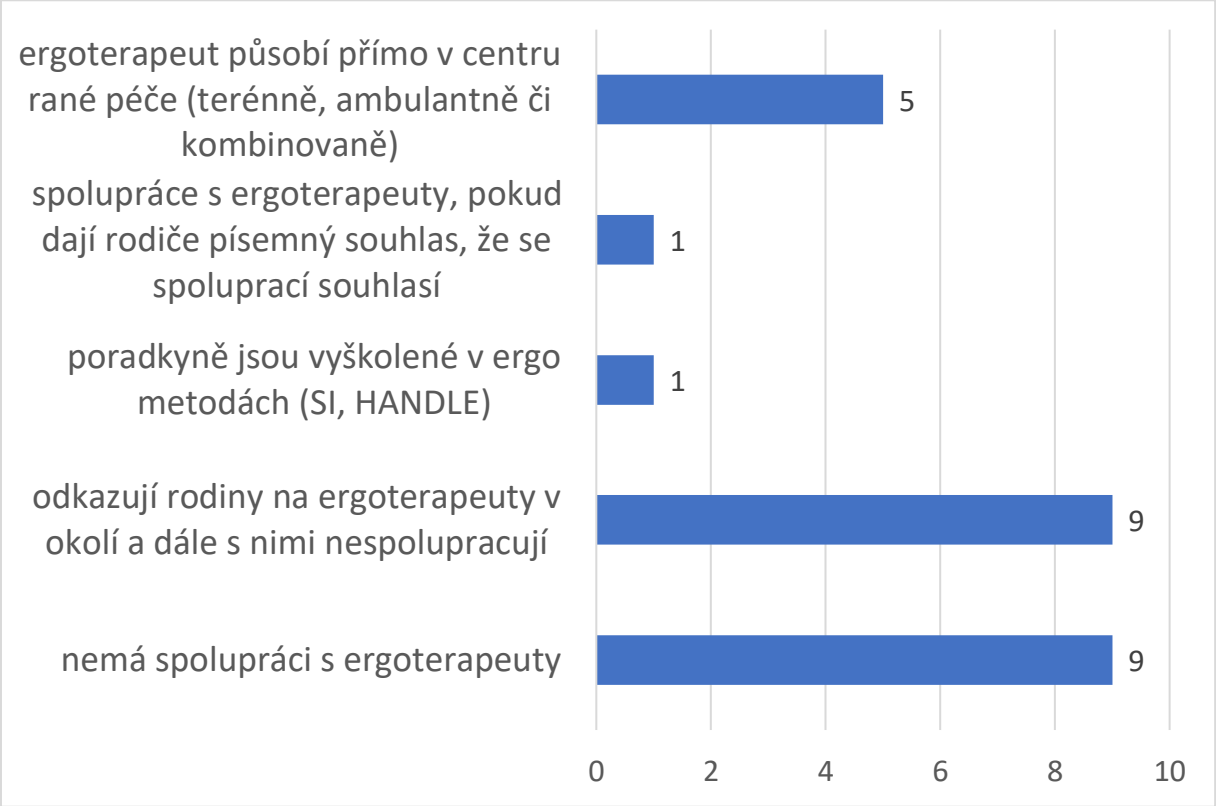
Vzdělání potřebné pro práci ergoterapeutů v rané péči tedy často přesahuje rámec bakalářského studia a zahrnuje specializované kurzy zaměřené nejen na terapeutické metody, ale i na práci s rodinou a komunikaci s dětmi se specifickými potřebami.

Nedostatky v systému

Hlavním nedostatkem v systému bylo zjištění absolutního nedostatku ergoterapeutů v rané péči. Toto tvrzení vyplývá již z poptávacího emailu zaslaného do 30 center rané péče. Od celkem 25 center byla získána odpověď. Kladnou odpověď, tedy že v týmu působí ergoterapeut, poskytlo 5

center. Jedno centrum se vyjádřilo, že s ergoterapeutem by mohli spolupracovat pouze tehdy, pokud by rodiče dali písemný souhlas, že s touto spoluprací souhlasí. Jedno centrum na otázku reagovalo tak, že nedostatek ergoterapeutů řeší vyškolením poradců rané péče v různých ergoterapeutických metodách, jako senzorická integrace nebo HANDLE. Dalších devět center rané péče reagovalo, že rodičům předávají kontakty na ergoterapeuty v okolí a dále s nimi nespolupracují, případně je součástí podpory rané péče pouze doprovod k danému odborníkovi, nikoli terapie jako taková. Zbytek center (9) vyjádřilo, že s ergoterapeuty vůbec nespolupracují. Některá vyjádřila, že ergoterapeuty nemají, protože služba je pouze terénní, což svědčí o neinformovanosti některých odborníků, protože i ergoterapeut může vykonávat terénní práci. Téměř polovina center nicméně prokázala zájem o přítomnost ergoterapeuta ve svém týmu, ale poukazovala na všeobecný nedostatek ergoterapeutů jako takový, a především pak dětských.

Graf č. 3.5.5.1. – Formy spolupráce rané péče s ergoterapeuty



3.6. Zodpovězení výzkumných otázek

V této kapitole jsou na základě analýzy rozhovorů zodpovězeny jednotlivé výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je role ergoterapeuta v rámci poskytování rané péče?

Z výpovědí informantů vyplývá, že odpověď na tuto otázku není jednoznačná. Role ergoterapeuta v rané péči je totiž velmi různorodá a do značné míry závisí především na typu zařízení, ve kterém působí. Ergoterapeut může fungovat jako hlavní poradce rané péče pro rodinu, nebo do rodin docházet společně s dalšími odborníky. Možné je i poskytování ambulantní ergoterapie, pokud to umožňují podmínky pracoviště.

Ergoterapeut zastává v rané péči roli odborníka především v oblastech soběstačnosti, hry, motoriky a senzorického zpracování. Zároveň se podílí na edukaci rodičů a úpravě prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Ergoterapeut doplňuje interdisciplinární tým a spolupracuje s dalšími odborníky, jako jsou například speciální pedagogové nebo fyzioterapeuti.

Výzkumná otázka č. 2: Jakým způsobem ergoterapeut spolupracuje s rodinou dítěte v rané péči?

Spolupráce s rodinou probíhá zejména prostřednictví přímé práce v domácím prostředí. Ergoterapeuti kladou důraz na individuální potřeby každé rodiny, a i cíle intervence vždy stanovují dle přání a potřeb rodiny. Je důležité, aby rodiče byli aktivními účastníky celého procesu. Dle informantek vychází zaměření intervencí z reálných a každodenních situací, které se s rodinami snaží řešit. Rodina je tedy aktivním zdrojem nápadů a podnětů pro práci, nikoli pouze pasivním příjemcem služeb.

Výzkumná otázka č. 3: V čem se liší ergoterapie poskytovaná v rané péči od ergoterapie poskytované ve zdravotnictví?

Hlavním rozdílem je odlišnost prostředí, kde terapie probíhá. Zatímco ve zdravotnictví se nejčastěji poskytuje v ambulantních prostorách zdravotnických zařízení, v rané péči probíhá v přirozeném prostředí dítěte – doma, v mateřské škole či na hřišti. Ergoterapie v rané péči je také mnohem více flexibilní a více reflektuje konkrétní přání a potřeby rodiny. Důraz je kladen nejen na podporu dítěte, ale také na fungování celé rodiny, což bývá ve zdravotnických zařízeních méně časté.

Výzkumná otázka č. 4: Jaké metody a přístupy ergoterapeuti v rané péči využívají?

Z rozhovorů vyplývá, že využívání konkrétních metod a přístupů není jednotné. Informantky se shodují ve využívání přístupu orientovaného na rodinu. Další využívání metod je velmi individuální a vychází z potřeb klienta. Informantky pracují s dětmi s různými typy obtíží, a proto je pro ně nezbytná znalost širokého spektra přístupů. Informantky zmiňují, že metody a přístupy v praxi nejčastěji kombinují a využívají prvky z různých metod. Nejčastěji se jedná o prvky senzorické integrace, neurovývojové stimulace a Bobath konceptu. Nejdůležitější je ovšem individuální přizpůsobení potřebám dítěte a jeho rodiny a každé konkrétní situaci.

4. DISKUZE

Tato bakalářská práce si kladla za cíl zjistit a popsat specifika ergoterapeutické intervence v rámci poskytování služeb rané péče, a to prostřednictvím provedení semistrukturovaných rozhovorů s ergoterapeuty působícími v této sociální službě.

Centra rané péče byla kontaktována prostřednictvím emailových adres dostupných na Registru poskytovatelů sociálních služeb. Celkem bylo kontaktováno 30 poskytovatelů rané péče s dotazem, zda v jejich službě působí ergoterapeut nebo zda s ergoterapeuty spolupracují. Kladnou odpověď poskytlo celkem pět center rané péče. Pouze tři ergoterapeutky ovšem souhlasily s provedením rozhovoru. Rozhovory probíhaly pomocí videohovoru skrze online platformu Google Meet a MS Teams. Videohovor představuje větší časovou flexibilitu jak pro informanty, tak i pro tazatele. Online prostředí nicméně může ovlivnit otevřenost informantek a jejich výpovědí, také do jisté míry omezuje možnost neverbální komunikace.

Výsledky výzkumu byly analyzovány pomocí metody tematické analýzy. Tematická analýza byla zvolena z důvodu flexibility interpretování výsledků. Umožňuje zachycení společných znaků, ale i specifik jednotlivých výpovědí. Tematická analýza se ukázala jako vhodná pro práci s malým souborem kvalitativních dat. Umožňuje identifikovat opakující se vzorce, je flexibilní při interpretaci výsledků. Flexibilita s sebou ale přináší problém s definicí. Wolgemuth et al. (2024) upozorňuje, že zpracovaná data by měla být seskupena v témata s konkrétním významem. Tematická analýza dále nese riziko subjektivity při kódování – interpretace textu může být ovlivněna osobou výzkumníka. Proto byly rozhovory čteny a analyzovány opakovaně, aby se toto riziko minimalizovalo. Nízký počet informantek mohl způsobit, že některá důležitá témata nebyla zachycena.

Jedním z hlavních témat práce, které se objevovalo i v rozhovorech, je nejasná a proměnlivá role ergoterapeuta v rané péči. Zatímco v zahraniční literatuře je ergoterapeut považován za důležitou součást týmu rané péče (Minard, 2018; Lin, 2019), v České republice není chápání role ergoterapeuta jednotné. Z české literatury není patrné, jakým způsobem ergoterapeut v rané péči pracuje a na jaké oblasti se může specializovat. Přítomnost ergoterapeuta závisí spíše na iniciativě jednotlivých organizací. Tento stav může být důsledkem absence legislativního ukotvení práce ergoterapeutů v sociálních službách. Proto ergoterapeut zatím není běžnou součástí týmů rané péče, přestože jeho kompetence odpovídají službám rané péče. Toto zjištění ukazuje na potřebu osvěty ergoterapie mezi poskytovateli rané péče. Poskytovatelé rané péče by si měli být vědomi, proč by ergoterapeut mohl být cennou součástí týmu a čím konkrétně může být pro tým přínosem. Důležitou součástí je ale i iniciativa ergoterapeutů. Jedna z informantek si sama vybojovala místo

v centru rané péče tím, že zaměstnavateli popsala svoje kvality a dovednosti i s odkazem na fungování spolupráce v zahraničí. I ergoterapeuti a studenti ergoterapie by proto měli být více informováni o fungování služeb rané péče.

Role ergoterapeuta je dále nejednoznačná vzhledem k odlišnému fungování spolupráce v jednotlivých centrech. Bylo zjištěno, že některé ergoterapeutky působí přímo jako poradkyně rané péče s odbornou způsobilostí. Z toho vyplývá, že jejich práce je následně více zaměřená na podporu rodiny a konzultace konkrétních oblastí. Pouze jedna ergoterapeutka pracuje přímo na pozici ergoterapeut. To znamená, že kromě ergoterapeutky dochází do rodin ještě jiný (hlavní) poradce rané péče. Tento přístup podporuje multidisciplinární spolupráci – rodinu navštěvuje více odborníků (speciální pedagog, ergoterapeut) a každý nabízí svůj odborný pohled a znalosti. Rodiny sice mohou kromě rané péče navštěvovat například soukromé ergoterapeutické ambulance, které ale kapacitně bývají naplněné a nedisponují možností docházet přímo do rodin.

Důležitou oblastí rozhovorů bylo zjištění, že ergoterapeutky vnímají spolupráci s rodinou jako zásadní součást své práce. Přístup zaměřený na rodinu byl v literatuře opakovaně označován jako klíčový při poskytování rané péče. Tento přístup předpokládá aktivní zapojení rodičů do plánování a respektování potřeb rodiny (Dalmau, 2017, Hughes-Scholes, 2019). Rozhovory potvrdily, že ergoterapeut se snaží být průvodcem pro rodinu, nikoli direktivním odborníkem. S rodinou projednává konkrétní cíle a plány, respektuje jejich přání a bere v potaz zvyklosti rodiny v kontextu jejich sociálního a kulturního prostředí.

Informantky v rozhovorech popisovaly využívání různých terapeutických přístupů a metod. Všechny ergoterapeutky ale využívají spíše základní prvky jednotlivých technik. Ergoterapeutky nejčastěji kombinují různé neurovývojové přístupy (bazální stimulace, senzorická integrace, neurovývojová stimulace, HANDLE). Žádná z ergoterapeutek nezmínila využívání standardizovaných nástrojů a při vstupním vyšetřování dítěte vychází zejména z pozorování, které však bývá obtížně objektivizovatelné. To může způsobit, že pokrok dítěte během intervence není pro rodiče dostatečně zřejmý, na rozdíl od situace, kdy jsou využívány objektivní metody hodnocení. Z těchto zjištění vyplývá, že ergoterapeuti v rané péči často pracují bez jednotné metodiky. Tato forma práce poskytuje vysokou míru flexibility a poskytování individualizované péče. Na druhou stranu to může komplikovat vyhodnocování efektivity intervence i služeb. Hughes-Scholes et al. (2019) se domnívá, že pokud budou poskytovatelé rané péče poskytovat důkazy o efektivitě svých služeb, povede to také ke zlepšení kvality péče. Ergoterapeut by měl klást větší důraz na využívání standardizovaných, objektivních metod a zároveň využívat výzkumy podložené metody, které přispívají i většímu uznání profese širokou veřejností.

Z rozhovorů vyplývá několik oblastí, na které se ergoterapeutky ve své práci zaměřují. Dle zahraniční literatury (Alba, 2014, Minard, 2018) je ergoterapeutická intervence zaměřená na účast dítěte v aktivitách denního života, podporu vývoje dítěte, podporu vývoje motoriky či komunikaci. Tato teorie se potvrzuje i v praxi českých ergoterapeutek. Žádná z ergoterapeutek nezmínila jako oblast své intervence úpravu domácího prostředí. Tato skutečnost může být způsobena faktem, že všechny ergoterapeutky nejčastěji pracují s dětmi s neurovývojovými obtížemi. Úprava prostředí se častěji týká dětí s tělesnou disabilitou. Ergoterapeutky se spíše zabývají doporučením pomůcek, a to především vhodných hraček. Informantky zároveň zmiňovaly, že činnosti, které s rodinami řeší, jsou často v kompetenci i ostatních poradců rané péče. Využít ale mohou odborných znalostí ergoterapeuta v oblastech, jako je vývoj jemné a hrubé motoriky, vhodná úprava činností a podpora v běžných denních činnostech. Součástí práce v rané péči je podpora rodičů i celé rodiny v péči o dítě (Lin, 2019, Minard, 2018). Z rozhovorů vyplývá, že ergoterapeutky rodiče do terapie zapojují vždy, snaží se o podporu rodičů a vyslechnou přání rodičů. V některých oblastech, jako je například zvládání stresových situací, odkazují rodiče na psychology, se kterými spolupracují. Ergoterapeutky se často necítí dostatečně kompetentní k tomu poskytovat vhodnou podporu v psychosociální oblasti. Důvodem může být nedostatečné zaměření výuky na oblasti jako vedení podpůrného rozhovoru a nutnost doplňování těchto znalostní na odborných kurzech.

Vysokoškolské vzdělání se ukazuje jako nedostatečné pro poskytování kvalitní péče v rané péči. Všechny ergoterapeutky si vzdělání průběžně doplňují o odborné kurzy. Možným vysvětlením je pravděpodobně minimální zmínka o této sociální službě i omezené zaměření výuky na ergoterapii v pediatrii. Každá z informantek nicméně studovala na jiné vysoké škole, každá tedy přicházela s různým základem. Řešením by bylo zařazení výuky o rané péči do studijního plánu vysokých škol.

Jedním z klíčových specifik práce ergoterapeuta v rané péči je terénní forma práce, která přináší výhody jako přímý kontakt s prostředím a možnost individualizace podmínek, zároveň rodina nemusí zajišťovat dopravu k odborníkovi a dítě se doma často projevuje autenticky. Nevýhodou může být ale určitý dyskomfort pro terapeuta, kdy má omezené možnosti pomůcek a hraček a některé děti se v domácím prostředí hůře soustředí a spolupracují. Nevýhodou je také často dlouhá doba, kterou stráví ergoterapeutky na cestě k rodinám. I proto ergoterapeutky zmiňují, že za den zvládají v průměru dvě konzultace v rodinách. Ergoterapeutky se však shodují, že terénní práce je klíčová a nezastupitelná pro poskytování dostupné a kvalitní péče.

Zásadním zjištěním při provádění výzkumu byla obtížná dostupnost ergoterapie v rané péči. Již v počáteční fázi sběru dat byly patrné značné limity ve fungování této spolupráce –

z celkem 25 poskytovatelů rané péče pouze 5 z nich disponovalo ergoterapeutem. To ukazuje na kritický nedostatek ergoterapeutů i systémové podpory od státu. Významným faktorem je geografická dostupnost – ergoterapie je dostupnější v místech, kde se nacházejí vysoké školy s oborem ergoterapie. Některá centra vyjádřila přání ergoterapeuta ve svém týmu mít nebo alespoň externě spolupracovat, ale opakovaně upozorňovala na nedostatek ergoterapeutů v některých regionech. Na seznamu poskytujících ergoterapii dostupném na webu České asociace ergoterapeutů se nejméně poskytovatelů ergoterapie nachází na území Libereckého kraje (4 pracoviště, ve všech 4 případech se jedná o nemocniční péči), kraje Vysočina a Karlovarského kraje.

Navzdory malému počtu informantek lze konstatovat, že tento výzkum přinesl důležitá zjištění o aktuálním stavu ergoterapie v rané péči v České republice. Malý počet účastníků ve výzkumu přímo reflektuje současnou situaci – tedy nízké profesní zastoupení.

Jednoznačným přínosem práce je otevření tématu, které je v České republice nedostatečně probádané. Práce může inspirovat poskytovatele rané péče, profesní organizace i ergoterapeuty, kteří mohou sami cíleně oslovovat centra rané péče ke spolupráci, o kterou centra rané péče projevují zájem.

Při reflektování výsledků práce je nutné uvést také některé limity výzkumu. Výzkumný vzorek byl tvořen pouze třemi informantkami, což je velmi malý počet. Tento vzorek byl navíc velmi různorodý – informantky působily v různých organizacích a regionech, což může snižovat srovnatelnost jednotlivých výpovědí. Výsledky tedy nelze zobecnit na celou populaci ergoterapeutů v rané péči. Dalším limitem byla forma sběru dat – rozhovory probíhaly prostřednictvím online platformy, což mohlo ovlivnit hloubku sdílení a neverbální komunikaci.

Z výsledků práce vyplývá několik doporučení. Je nezbytné nadále zvyšovat povědomí o roli ergoterapie mezi odbornou a laickou veřejností. V sociálních službách není role ergoterapeuta vždy plně pochopena a naplno využit jeho potenciál. S tím souvisí i zajištění systematického financování pozic ergoterapeutů v sociálních službách. Vhodným navázáním na tuto práci by bylo vytvoření metodických materiálů a doporučení pro práci ergoterapeutů v rané péči. Tyto materiály by byly přínosné pro poskytovatele rané péče, tedy v čem může být ergoterapeut pro tým přínosem, i pro ergoterapeuty, ve formě přehledu konkrétních metod, které mohou při práci v rané péči využívat. Nadále je potřeba dalšího výzkumu a zkoumání vlivu ergoterapie na rozvoj dítěte v rámci rané péče ideálně s využitím objektivních metod výzkumu.

5. ZÁVĚR

Ergoterapie poskytovaná v rámci sociální služby raná péče představuje málo prozkoumanou oblast, přestože její přínos pro rodiny dětí s disabilitou je zásadní. Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit a popsat specifika ergoterapie v rámci rané péče.

Teoretická část práce uvádí vymezení klíčových pojmů, charakteristiku rané péče a popis role rodiny i celého týmu. Dále se věnuje i kompetencím ergoterapeuta a specifikům jeho přístupu k dítěti a celé rodině.

V praktické části byla pomocí kvalitativního výzkumu zodpovězena otázka, jaká jsou specifika ergoterapeutické intervence v rámci poskytování služeb rané péče v České republice. Na základě rozhovorů s ergoterapeuty pracujícími v této sociální službě bylo zjištěno, že ergoterapie v rané péči klade důraz především na individualizovaný přístup v přirozeném prostředí dítěte. Nezbytná je podpora celé rodiny, nejen dítěte samotného. Velký důraz je kladen i na edukaci a aktivní zapojení rodičů do celého terapeutického procesu. Ergoterapeut tak není pouze poskytovatelem své odborné intervence, ale také průvodcem a oporou pro rodinu v náročném období.

Výsledky ukazují, že ergoterapeut se podílí zejména na rozvoji psychomotorického vývoje dítěte a sebeobslužných činnostech. Ve své práci čerpá z různých konceptů, nejčastěji z neurovývojových, jako je senzorická integrace či HANDLE přístup. V praxi se tyto metody nejčastěji kombinují dle konkrétních potřeb dítěte. Nutnou součástí práce ergoterapeuta v rané péči je rovněž průběžné doplňování vzdělání na odborných kurzech zejména v oblasti podpory rodiny. Zásadní pro poskytování kvalitní péče je mezioborová spolupráce, která umožňuje komplexní podporu dítěte a rodiny. Ergoterapeuti spolupracují nejčastěji se speciálními pedagogy, fyzioterapeuty a psychology, a to jak v rámci organizace rané péče, tak i s externími odborníky.

Důležitým zjištěním je i různorodost pracovních pozic jednotlivých ergoterapeutek. Dvě ze tří informantek pracují jako poradce rané péče s odbornou specializací ergoterapie. Pouze jedna působí přímo jako ergoterapeut, kromě ní tedy dochází do rodin další poradkyně rané péče. Tato různorodost ukazuje, že postavení ergoterapeutů v rané péči není systémově jednotné a vyžaduje institucionální a legislativní ukotvení.

Lze konstatovat, že ergoterapie má potenciál stát se plnohodnotnou součástí podpory dětí a rodin v rané péči. Výsledky této práce potvrzují naplnění stanovených cílů, tedy zjištění a popsání specifik práce ergoterapeuta v rané péči. Tento výzkum upozorňuje na potřebu dalšího rozvoje tohoto profesního uplatnění.

Na základě zjištěných závěrů lze formulovat určitá doporučení. Nutným krokem je zvyšování povědomí o roli ergoterapeuta mezi odbornou i laickou veřejností a systematické financování těchto pozic v rámci sociálních služeb. Vhodným navázáním na tuto práci by bylo vytvoření metodických materiálů a doporučení pro práci ergoterapeuta v rané péči, které by sloužily poskytovatelům služeb i ergoterapeutům. Nezbytný je další výzkum s využitím objektivních metod k potvrzení vlivu ergoterapie na podporu dítěte a rodiny.

6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BHOPTI, Anoo, 2017. Promoting the occupations of parents of children with disability in early childhood intervention services – Building stronger families and communities. Online. *Australian occupational therapy journal.* Roč. 64, č. 5, s. 419-422. ISSN 0045-0766. Dostupné z: https://doi.org/10.1111/1440-1630.12297. [cit. 2025-04-22].

BRANDOVÁ, Petra. *Bazální stimulace u předčasně narozených dětí z pohledu ergoterapeuta*. Bakalářská práce, vedoucí Kryski, Marcela. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze, 2013.

CALDER, Samuel; WARD, Roslyn; JONES, Megan; JOHNSTON, Jenelle a CLAESSEN, Mary. The uses of outcome measures within multidisciplinary early childhood intervention services: a systematic review. Online. *Disability and rehabilitation*. 2018, roč. 40, č. 22, s. 2599-2622. ISSN 0963-8288. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1353144. [cit. 2025-06-07].

CASE-SMITH, Jane. *Case-Smith's Occupational Therapy for Children and Adolescents*. 8. vyd. St. Louis: Elsevier, 2015. ISBN 978-0-323-12235-9

CASE-SMITH, Jane; FROLEK CLARK, Gloria J a SCHLABACH, Theresa L. Systematic review of interventions used in occupational therapy to promote motor performance for children ages birth-5 years. *The American journal of occupational therapy* [online]. 2013, roč. 67, č. 4, s. 413-424. ISSN 0272-9490. [cit. 2025-03-24]. Dostupné z: https://doi.org/10.5014/ajot.2013.005959.

COLLABORATIVE FOR LEADERSHIP IN AYRES SENSORY INTEGRATION. *About Ayres Sensory Integration* [online]. [cit. 2025-05-05]. Dostupné z: https://www.cl-asi.org/about-ayres-sensory-integration

ČERVENKOVÁ, Barbora, 2020. Raná intervence u předčasně narozených dětí s rizikem rozvoje dětské mozkové obrny. Online. *Listy klinické logopedie.* Roč. 4, č. 1, s. 32-36. ISSN 2570-6179. Dostupné z: https://casopis.aklcr.cz/pdfs/lkl/2020/01/06.pdf . [cit. 2024-07-14].

ČESKÁ ASOCIACE DĚTSKÝCH BOBATH TERAPEUTŮ. *Bobath koncept NDT* [online]. Ostrava: ČADBT. [cit. 2025-05-05]. Dostupné z: https://www.cadbt.cz/bobath-koncept-ndt/

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. ©2008–2019 [cit. 2025-04-23]. Dostupné z: http://ergoterapie.cz/

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 1876-4398. Dostupné z: https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1016/j.hkjot.2014.12.001. [cit. 2024-12-30].

DALMAU, Mariona; BALCELLS-BALCELLS, Anna; GINE, Climent; CANADAS, Margarita; CASAS, Olga et al. How to implement the family-centered model in early intervention. Online. *Anales de psicología (Murcia, Spain)*. 2017, roč. 33, č. 3, s. 641-651. ISSN 0212-9728. Dostupné z: https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.263611. [cit. 2025-04-15].

DE SAM LAZARO, Stephanie L a RILEY, Bonnie R W. Maximizing the use of the intraprofessional team to develop interprofessional pediatric primary care teams. Online. *Journal of interprofessional care*. 2021, roč. 35, č. sup1, s. 44-48. ISSN 1356-1820. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1982882. [cit. 2025-03-24].

Delve Tool. *How to Do Thematic Analysis. Essential Guide to Coding Qualitative Data*. Online. Dostupné z: https://delvetool.com/blog/thematicanalysis. [cit. 2024-07-12].

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

Eda. Raná péče. Online. Dostupné z: https://www.eda.cz/. [cit. 2024-07-15].

GRONSKI, Meredith P. Occupational therapy interventions to support feeding and toileting in children from birth to age 5 years. Online. *The American journal of occupational therapy*. 2021, roč. 75, č. 5. ISSN 0272-9490. Dostupné z: https://doi.org/10.5014/AJOT.2021.049194. [cit. 2025-04-22].

GURALNICK, Michael J. Early Intervention for Children with Intellectual Disabilities: An Update. Online. *Journal of applied research in intellectual disabilities*. 2017, roč. 30, č. 2, s. 211-229. ISSN 1360-2322. Dostupné z: https://doi.org/10.1111/jar.12233. [cit. 2025-04-21].

HARTL, Pavel;HARTLOVÁ, Helena *Velký psychologický slovník*. 4. vydání, Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

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

HUGHES-SCHOLES, Carolyn H. a GAVIDIA-PAYNE, Susana. Early Childhood Intervention Program Quality: Examining Family-Centered Practice, Parental Self-Efficacy and Child and Family Outcomes. Online. *Early childhood education journal*. 2019, roč. 47, č. 6, s. 719-729. ISSN 1082-3301. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/s10643-019-00961-5. [cit. 2025-03-24].

HUTCHON, Betty; GIBBS, Deanna; GARNIESS, Phillip et al., 2019. Early intervention programmes for infants at high risk of atypical neurodevelopmental outcome. Online. *Developmental Medicine and Child Neurology*. Roč. 61, č. 12. ISSN 1469-8749. Dostupné z: https://doi.org/10.1111/dmcn.14187 . [cit. 2024-07-30].

CHUNG, Kyong-mee; CHUNG, Eunsun a LEE, Hoomyung. Behavioral Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Brief Review and Guidelines With a Specific Focus on Applied Behavior Analysis. Online. *Soa--ch'ŏngsonyŏn chŏngsin ŭihak = Journal of child & adolescent psychiatry*. 2024, roč. 35, č. 1, s. 29-38. ISSN 1225-729X. Dostupné z: https://doi.org/10.5765/jkacap.230019. [cit. 2025-04-22].

IBITA. *Bobath Concept Definition.* Online. Dostupné z: https://ibita.org/bobath-concept-definition/. [cit. 2025-05-05].

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

JELÍNKOVÁ, Jana. *Komunitní ergoterapie*. Prague: Karolinum Press, 2023. ISBN 9788024655345.

KODAK, Tiffany; BERGMANN, Samantha. Autism spectrum disorder: characteristics, associated behaviors, and early intervention. Online. *Pediatric Clinics of North America*, 2020 Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.02.007. [cit. 23. 4. 2025].

KRAMER, Paula a HINOJOSA, Jim**.** *Frames of Reference for Pediatric Occupational Therapy*. 3. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. ISBN 978-1-4511-1126-7.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

LIN, Ling-yi a CHERNG, Rong-ju. Outcomes of utilizing early intervention services on the motor development of children with undefined developmental delay. Online. *Journal of occupational therapy, schools & early intervention*. 2019, roč. 12, č. 2, s. 157-169. ISSN 1941-1243. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/19411243.2018.1512437. [cit. 2025-05-05].

MINARD, Carey. The underutilization of occupational therapy in transdisciplinary early intervention services. Online. *Journal of occupational therapy, schools & early intervention*. 2018, roč. 11, č. 1, s. 15-20. ISSN 1941-1243. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/19411243.2017.1408441. [cit. 2025-04-23].

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5034-7.

MÜLLER, Oldřich. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 978-80-244-0231-4.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. Mentální postižení. Online. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2025. Dostupné z: https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/3374. [cit. 23. 4. 2025].

NOVAK, Iona and HONAN, Ingrid. Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. Online. *Australian Occupational Therapy Journal.* 2019, roč. 66, č. 3, s.258-273. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12573. [cit. 2024-03-16].

ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením.* Online. New York: OSN, 2006. Dostupné z: https://osn.cz/wp-content/uploads/2022/08/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf. [cit. 2025-04-23].

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

PRETIS, Manfred; BARLOVÁ, Jitka; HRADILKOVÁ, Terezie a KLOUDOVÁ, Věra. *Raná péče: příručka pro teorii a praxi*. Praha: Pasparta Publishing, s. r. o, 2020. ISBN 978-80-88290-65-0.

Profil poradce rané péče. Online. Praha: Asociace rané péče České republiky, říjen 2018. Dostupné z: https://www.arpcr.cz/res/archive/001/000194.pdf?seek=1551739187. [cit. 2025-03-24].

ROBERTS, Kate, DOWELL, Anthony a NIE, Jing-Bao, 2019. Attempting rigour and replicability in thematic analysis of qualitative research data; a case study of codebook development. Online. *BMC Medical Research Methodology.* Roč. 19, č. 1. ISSN 1471-2288. Dostupné z: https://doi.org/10.1186/s12874-019-0707-y. [cit. 2024-07-12].

SACCO, Silvia; BOUIS, Charles; GALLARD, Jennifer; PICHOT, Aude; BLONDIAUX, Elodie et al. Psychomotor development in infants and young children with Down syndrome—A prospective, repeated measure, post-hoc analysis. Online. *American journal of medical genetics. Part A*. 2022, roč. 188, č. 3, s. 818-827. ISSN 1552-4825. Dostupné z: https://doi.org/10.1002/ajmg.a.62587. [cit. 2025-04-22].

SATTER, Ellyn. The feeding relationship: Problems and interventions. Online. *The Journal of pediatrics*. 1990, roč. 117, č. 2, s. S181-S189. ISSN 0022-3476. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/S0022-3476(05)80017-4. [cit. 2025-04-23].

SCHOEN, Sarah A.; LANE, Shelly J.; MAILLOUX, Zoe; MAY-BENSON, Teresa; PARHAM, L. Dianne et al. A systematic review of ayres sensory integration intervention for children with autism. Online. *Autism research*. 2019, roč. 12, č. 1, s. 6-19. ISSN 1939-3792. Dostupné z: https://doi.org/10.1002/aur.2046. [cit. 2025-04-23].

SLOWÍK, Josef**.** *Speciální pedagogika: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9426-1.

Společnost pro ranou péči. *Raná péče.* Online. Dostupné z: https://www.ranapece.cz/. [cit. 2024-02-28].

STOFFEL, Ashley a SCHLEIS, Rhonda, 2014. Frequently Asked Questions (FAQ): What is the Role of Occupational Therapy in Early Intervention. Online. *The American Occupational Therapy Association. ISSN* 1943-7676. Dostupné z: https://www.ocecd.org/Downloads/AOTA%20Early%20Intervention%20FAQ%20Final3.pdf. [cit. 2024-07-17].

STRNADOVÁ, Anna. Kvalita života rodin dětí se zdravotním postižením a související hodnoty v rámci služby raná péče. Online. *Paidagogos (Veseličko)*. 2023, roč. 2022, č. 1-2. ISSN 1213-3809. Dostupné z: https://www.paidagogos.net/. [cit. 2024-03-18].

Středisko Na Sioně. *Středisko Na Sioně.* Online. Dostupné z: https://www.strediskonasione.cz/ [cit. 2025-04-23].

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize (MKN-11).* Online. Ženeva: WHO, 2025. Dostupné z: https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/cs#334423054. [cit. 2025-04-23].

ŠÁNDOROVÁ, Zdenka a FALTOVÁ, Barbora. Služba sociální prevence raná péče – alternativa pro ústavní péči i výzva pro sociální pedagogiku. Online. *Sociální pedagogika*. 2015, roč. 3, č. 2, s. 51-63. ISSN 1805-8825. Dostupné z: https://www-ceeol-com.ezproxy.is.cuni.cz/search/article-detail?id=745465. [cit. 2024-03-18].

ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. Raná péče v systému sociální politiky a sociálních služeb v České republice. Online. *Problemy edukacji, rehabilitacji i socjalizacji osoḇ niepelnosprawnych*. 2017, č. 24, s. 97-106. ISSN 2391-9973. Dostupné z: https://www-ceeol-com.ezproxy.is.cuni.cz/search/article-detail?id=745465. [cit. 2024-03-18].

The HANDLE Institut. *What is HANDLE?* Online. Dostupné z: https://handle.org/What-is-HANDLE. [cit. 2025-06-22].

Unie fyzioterapeutů České republiky. Online. *UNIFY ČR*. Dostupné z: https://www.unify-cr.cz/. [cit. 2025-04-23].

VÁGNEROVÁ, Marie a LISÁ, Lidka. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Online. Praha: Karolinum, 2022. ISBN 978-80-246-5024-1. Dostupné z: https://www.bookport.cz/kniha/vyvojova-psychologie-10360/. [cit. 2024-03-18].

WOLGEMUTH, Jennifer R.; GUYOTTE, Kelly W. a SHELTON, Stephanie Anne. *Expanding Approaches to Thematic Analysis: Creative Engagements with Qualitative Data*. Oxford: Taylor & Francis Group, 2024. ISBN 9781040088739.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1752–1798. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108, [cit. 2024-07-14].

ZATLOUKALOVÁ, Markéta, 2020. Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.: rodiny nás nejvíce potřebují v prvním roce. Online. *Listy klinické logopedie*. Roč. 4, č. 2, s. 99-100. ISSN 2570-6179. Dostupné z: https://casopis.aklcr.cz/pdfs/lkl/2020/02/19.pdf. [cit. 2024-07-14].

ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3856-7.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL – activities of daily living/ běžné denní činnosti

AOTA – American Occupational Therapy Association

ČAE – Česká asociace ergoterapeutů

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

PAS – Poruchy autistického spektra

SI – Senzorická integrace

8. SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 3.5.1.1 – Údaje o informantkách

Tabulka č. 3.5.5.1. – Výhody a nevýhody terénní práce

Graf č. 3.5.5.1 – Formy spolupráce rané péče s ergoterapeuty

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas
Příloha č. 2 – Otázky semistrukturovaného rozhovoru

10. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas ergoterapeuta

Název bakalářské práce: Specifika ergoterapeutické intervence v rámci poskytování služeb rané péče

Autor BP: Adéla Heřmánková

Stručná anotace BP (shrnutí tématu a průběhu zpracování BP):

Tato bakalářská práce se zabývá zmapováním práce ergoterapeutů v centrech rané péče v České republice.

Základní otázkou této práce je: Jaká jsou specifika ergoterapeutické intervence v rámci poskytování služeb rané péče? Jaké přístupy a nástroje ergoterapeuti při práci používají? Na co se ergoterapie v rané péči nejčastěji zaměřuje?

Autorka pro získání dat využije semistrukturovaný rozhovor, který provede osobně, nebo telefonicky. Při rozhovoru si autorka bude pořizovat audionahrávku a psát si poznámky za účelem získání maximálního množství informací k následnému zpracování. Nahrávky poslouží pouze pro analýzu autorkou práce a její vedoucí.

Jméno a příjmení ergoterapeuta:

Pracoviště:

Prohlášení:

1. Já, níže podepsaná/ý souhlasím s mojí účastí za účelem zpracování bakalářské práce. Má účast je zcela dobrovolná.

2. Svou účast za účelem zpracování bakalářské práce mohu kdykoliv zrušit.

3. Při účasti budu poskytovat pouze pravdivé informace.

4. Beru na vědomí, že informace získané o mně budou zpracovány zcela anonymně a že budu v této bakalářské práci uveden pod pseudonymem.

5. Beru na vědomí, že moje osobní data budou uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle

platných zákonů ČR.

6. Souhlasím, že výsledky této bakalářské práce budou publikovány.

7. Beru na vědomí, že za účast na této bakalářské práci není finanční odměna.

8. Souhlasím s tím, že bude během rozhovoru pořízena audionahrávka a zároveň bude rozhovor zaznamenáván pomocí poznámek.

9. Tento informovaný souhlas je ve dvou stejnopisech. Jeden obdržím já, druhý bude mít autor práce.

Datum:

Podpis ergoterapeuta: Podpis autora BP:

Příloha č. 2 – Otázky semistrukturovaného rozhovoru

1. Údaje o terapeutovi

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Kolik let máte praxi v ergoterapii?
3. Jak dlouho pracujete v sociální službě rané péče?
4. Absolvoval/a jste vzdělání nebo kurzy, které Vás připravily na práci v oblasti rané péče? Pokud ano, jaké?
5. Měl/a jste předchozí zkušenosti s ergoterapií u dětí raného věku předtím, než jste začal/a pracovat v rané péči? Pokud ano, jaké?
6. *Jaká je Vaše konkrétní pracovní pozice v rámci služby rané péče?*
7. Jak jste se do sociální služby raná péče dostal/a? (Sháněla raná péče přímo ergoterapeuta do svého týmu?)

2. Role ergoterapeuta

1. Z jakých odborníků je složen tým rané péče, ve kterém pracujete?
2. Jak byste popsal/a svou roli v týmu rané péče? *Pracuje v týmu více ergoterapeutů?*
3. Je někdo v týmu, kdo podle Vás provádí činnosti, na které by byl vhodnější odborný pohled ergoterapeuta?
4. S kým v týmu nejčastěji spolupracujete?
5. Komunikujete a spolupracujete s ostatními odborníky, *(spec. pedagog, pediatři, fyzioterapeuti, psychologové, sociální pracovníci). Pokud ano, jak?*
6. Na jakých oblastech spolupracujete *se speciálním pedagogem, fyzioterapeutem, logopedem nebo psychologem?*
7. Probíhají v rámci týmu pravidelné konference/porady?

3. Spolupráce s rodinou

9. Kolik času Vám obvykle zabere práce s jedním klientem?
10. Jak dlouho obvykle spolupracujete s jednou rodinou?
11. Jak probíhá Vaše spolupráce s rodinou dítěte během intervence?
12. Jak zapojujete rodiče do terapie?
13. Je součástí ergoterapie i podpora rodičů v péči o dítě? (Například podpůrné rozhovory nebo je zaměření terapie spíše na dítě…)

4. Ergoterapie

1. Jak probíhá doporučování rodin na ergoterapii?
2. S jakými diagnózami a funkčními problémy se u dětí doporučených na ergoterapii nejčastěji setkáváte?
3. Od kolika let s dětmi pracujete? V kolika letech dítěte Vás rodina obvykle navštíví poprvé? Do kolika let věku dítěte s rodinami spolupracujete?
4. Na jaké oblasti je zaměřena Vaše práce?
   (ADL, hra, psychomotorický vývoj, edukace rodičů, ergonomie, manipulace s dítětem – přebalování, koupání, jemná motorika, grafomotorika, kompenzační pomůcky, úprava prostředí)
   Můžete vypsat několik položek (výše uvedené položky jsou jen návrhy) – položky prosím seřaďte dle četnosti, jak často se na ně zaměřujete.
5. Jak konkrétně u dítěte podporujete hru?
6. Na jaké ADL se u dětí zaměřujete?
7. Jaké nástroje nebo techniky využíváte při poskytování intervencí?
8. Jak přizpůsobujete intervenci individuálním potřebám dítěte?
9. Používáte při práci nějaké speciální pomůcky nebo nástroje? Pokud ano, jaké?
10. Provádíte u svých klientů vstupní vyšetření? Pokud ano, jaké nástroje při něm používáte?
11. Vypracováváte z terapií závěry? Pokud ano, jakou formou?

10. Provádíte při ukončení intervence výstupní vyšetření?

11. Jak volíte cíle ergoterapie pro své klienty? Jedná se o ergoterapeutické cíle (například podle pravidla SMART)? Na co se cíle nejčastěji zaměřují? Stanovujete nějaké krátkodobé a dlouhodobé cíle?

12. Můžete stručně popsat, jak vypadá jedna ergoterapeutická intervence?

5. Organizační struktura

1. Pracujete spíše terénně, ambulantně, nebo kombinovaně? Poskytujete i jiné formy podpory, například telefonické konzultace nebo videohovory?
2. *Pokud pracujete terénně* – Jaké výhody a nevýhody podle Vás přináší terénní forma práce?
3. S jakými organizačními problémy se nejčastěji setkáváte?
4. *(Jak vypadá Váš pracovní den? Například kolik rodin navštívíte, jak dlouho trvá jedna intervence…)*

6. Nedostatky v systému

1. Vnímáte nějaké nedostatky v rámci poskytování ergoterapie v rané péči? Pokud ano, jaké? (např. omezené kompetence, nedostatečná spolupráce týmu, nízká dostupnost služby, nedostatek domácích návštěv apod.)

2. Co byste navrhoval/a pro zlepšení ergoterapie v této oblasti?
3. Poskytlo Vám Vaše vzdělání dostatečnou přípravu pro práci v rané péči?
4. Jak hodnotíte dostupnost služeb rané péče pro rodiny ve Vaší lokalitě?