

Sociální začlenění předčasně narozených dětí

Lenka Feithová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka FEITHOVÁ**
Osobní číslo: **H108050**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Sociální začlenění předčasně narozených dětí**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu **IMS Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách (IMS 2009)**. Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na porovnání psychomotorického vývoje předčasně narozených dětí s normami vývojové psychologie;
- na vliv výchovy a prostředí na rozvoj těchto dětí;
- na analýzu konkrétních kazuistik a specifikace problémů z hlediska sociální pedagogiky;
- na zhodnocení a porovnání perspektivy sociálního začlenění těchto dětí;

Součástí práce bude kvalitativní výzkum zaměřený na zjištění vlivu výchovy a prostředí na kvalitu sociálního začlenění předčasně narozených dětí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Bláha, I.A. Sociologie dětství. Brno: Komenium, 1948.

Borek, I., Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče. Brno: Mikada, 2001. ISBN 80-7013-338-4

Dokoupilová, M., Narodilo se předčasně: Průvodce péčí o nedonošené děti. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-552-3

Dunovský, J. a kol.. Sociální pediatrie- vybrané kapitoly. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-254-9

Fendrychová, J., Borek, I. Intenzivní péče o novorozence. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-447-4

Kraus, B. Sociální aspekty výchovy. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999. ISBN 80-7041-135-X

Matoušek, O. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: Slon, 2003. ISBN 80-86429-19-9

Pelikán, J. Výchova jako teoretický problém. Ostrava: Amosium Servis, 1995. ISBN 80-85498-27-8

Přadka, M. Vybrané problémy vztahu výchovy a prostředí. Brno: UJEP, 1983.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.
Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce:

16. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2013

V Brně dne 16. března 2012


prof. PhDr. Pavel Múhlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. František Vízdal, CSc.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

LENKA FEITHOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 15.4.2013

Lenka

Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce „Sociální začlenění předčasně narozených dětí“ se zabývá problematikou předčasných porodů a jejich možným vlivem na začlenění do společnosti. Práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou. Teoretická část se zaměřuje na příčiny předčasných porodů, psychomotorický vývoj, sociální začlenění a vlivy výchovy a prostředí. Praktická část obsahuje kazuistiky předčasně narozených dětí s analýzou expertních posudků. V závěru práce jsou zodpovězeny výzkumné otázky a doporučení s využitím sociální pedagogiky.

Klíčová slova:

předčasný porod, nedonošený novorozenec, sociální začlenění, výchova, prostředí.

ABSTRACT

The Bachelor thesis “Social integration of premature babies” deals with premature birth issues and their possible influence on integration into the society. The thesis is divided into theoretical and practical part. Theoretical part is aimed at causes of premature birth, psychomotor development, social integration and influence of upbringing and environment. Practical part contains case history of premature birth children with analysis of expert opinion. In the conclusion of the thesis there are answered researched questions and recommendation with usage of social pedagogy.

Keywords:

premature birth, premature neonate, social integration, upbringing, environment.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc. za velmi dobré metodické vedení a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych ráda poděkovala své rodině za podporu, kterou mi poskytovali, při zpracovávání bakalářské práce i po dobu celého studia.

Lenka Feithová

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DĚTI	12
1.1 PŘEDČASNÝ POROD A JEHO PŘÍČINY	12
1.2 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEC	14
1.3 KOMPLIKACE SPOJENÉ S PŘEDČASNÝM NAROZENÍM	15
1.4 RŮST A VÝVOJ DÍTĚTE	18
2 SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ	22
2.1 PRŮBĚH A FÁZE SOCIALIZACE.....	22
2.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ.....	25
2.3 VLIV VÝCHOVY A PROSTŘEDÍ	27
2.4 EMOČNÍ VZTAH K DÍTĚTI	31
2.5 DÍLČÍ ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
3 KVALITATIVNÍ VÝZKUM	36
3.1 POUŽITÁ METODA, STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	36
3.2 KAZUISTIKY PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ	37
3.3 DÍLČÍ ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI	46
3.4 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	48
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52

ÚVOD

Snad všichni rodiče se shodnou na tom, že jejich největším přáním je, aby jejich děti byly šťastné a úspěšné. Základem tohoto je zdárný vývoj dítěte. Sociální pedagogika má ze své podstaty právě na správný vývoj dítěte významný vliv a může pomoci tam, kde „startovní podmínky“ dítěte nejsou zdaleka optimální.

Téma mé bakalářské práce „Sociální začlenění předčasně narozených dětí“ jsem si vybrala především ze dvou důvodů. Jednak jsem svojí odborností dětská zdravotní sestra. Pracovala jsem na dětském a novorozeneckém oddělení nemocnice a tím jsem se k této problematice dostala profesně. Druhým a podstatným důvodem byla osobní zkušenost, kdy se mi narodila dvojčata v 28. týdnu těhotenství. Měla jsem tedy možnost vše zažít z „druhé strany“. Z pohledu matky, snažící se o co nejlepší vývoj svých dětí. A to jak po stránce fyzické, psychické, tak i po stránce co nejlepšího sociálního začlenění.

Cílem mé bakalářské práce je popsat a analyzovat kvalitu života a míru sociálního začlenění předčasně narozených dětí. Dále provést analýzu jednotlivých kazuistik, které dané problematice odpovídají. Na základě výzkumných otázek následně vyhodnotit jeho výsledky a ze zjištěných údajů navrhnout, jakým způsobem může sociální pedagogika pomoci předčasně narozeným dětem k lepší sociální integraci.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části. Část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem definovala základní pojmy a termíny. Uvedla jsem čtenáře do problematiky předčasně narozených dětí. Nejdříve jsem se zaměřila na předčasné porody a jejich příčiny. Dále jsem se věnovala vlivu předčasného porodu na fyzickou a psychickou stránku dítěte, jeho další růst a vývoj. Poté, ve stěžejním úseku teoretické části, jsem se zabývala sociálním začleněním, popisem základních pojmů, faktorů ovlivňující sociální začlenění. Především jsem kladla důraz na vliv výchovy a prostředí. Zmiňuji i vliv emočních vztahů a jejich působení na socializaci.

V praktické části se zabývám vybranými kazuistikami. Ty jsem vybrala jednak podle termínu předčasného porodu, současného stáří dětí a předpokládané míry vlivu nedonošenosti na sociální začlenění. Také jsem využila doporučení praktického lékaře pro děti a dorost, kde jsem čerpala výzkumný materiál a při své odborné praxi i cenné rady.

Pro svoji práci jsem zvolila kvalitativní výzkumné šetření a to případovou studii, kde jsem použila metodu sběru dat analýzu expertních posudků. Zaměřila jsem se na extrémně nezralé novorozence a vybrala 7 respondentů, u kterých jsem zkoumala odborné posudky a následně analyzovala. Stanovila jsem si 4 výzkumné otázky a v závěru na ně odpověděla.

Jsem přesvědčena, že poznatky získané jak studiem teorie tak během výzkumu v praktické části budu moci zúročit při své práci dětské zdravotní sestry.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DĚTI

1.1 Předčasný porod a jeho příčiny

Předčasný porod dítě připravuje o výhody intrauterinního - nitroděložního života. „Obor, který se zabývá péčí o novorozence, se nazývá neonatologie, vyvíjel se hlavně ve druhé polovině 20.století, kdy byly zavedeny do péče o nedonošené děti metody intenzivní medicíny, zejména ventilační podpora. Zahájení péče o nezralé děti není ve světě jednotné, většinou odráží socioekonomické, kulturní, náboženské a právní podmínky každého státu. Ve většině vyspělých zemí světa se intenzivní péče a nezralé děti zahajuje ve 24.týdnu těhotenství, kdy tyto děti jsou nejen živé neboli vitální, ale i životaschopné neboli viabilní. Vitalita vyjadřuje projevy životních funkcí (přítomnost dýchacích pohybů, srdečních ozev, pohybu). Viabilita neboli životaschopnost znamená šanci na přežití a kvalitní život. Ve skandinávských zemích a Švýcarsku je tato péče zahajována až od 25.týdne těhotenství, na druhou stranu v Japonsku se starají o nezralé novorozence již od 22.týdne těhotenství. Na hranici viability, tedy 23.-24.týdne těhotenství, by se lékaři měli řídit přáním rodičů a ptát se jich, zda-li tuto péči zahájit. Musí si být vědomi, že tyto děti mohou mít časem problémy v některých oblastech svého vývoje. V České republice dlouho platila hranice zahajování péče od 28.týdne těhotenství nebo od porodní hmotnosti nad 1000gramů. S rychlým rozvojem neonatologie se v roce 1994 posunula hranice viability na 24.týden těhotenství nebo porodní hmotnost nad 500gramů.“ (Dokoupilová et al., 2009, s. 32-36).

„Narození dítěte před termínem, označován jako nezralý novorozenec, je nejčastějším důvodem přijetí dítěte na jednotku intenzivní péče. Mnohé děti, které v minulosti umíraly, nyní přežívají, protože péče o ně je specializovanější a monitorují se složitějšími technikami. Také úloha ošetřujícího personálu se stává komplexnější, s velkým důrazem na přesné klinické pozorování a nové technologie. Každý novorozenec, jehož život nebo kvalita života jsou ohroženy, je považován za vysoce rizikového a vyžaduje sofistikovanější profesionální péči. Předčasné narození je také nejčastější příčinou úmrtí v prvním roce života ve srovnání s jinými faktory úmrtnosti. Je zde i více vrozených vad. Předčasné narození doprovází také nízká porodní váha. Oba faktory jsou zároveň spojeny s vyšší neonatální morbiditou a mortalitou. Čím méně dítě při narození váží, tím je větší riziko ohrožení života během porodu a bezprostředně po něm.“ (Leifer, 2004, s. 352).

„V minulosti se novorozenci klasifikovali pouze podle porodní váhy. Nyní je důraz kladen na gestační stáří a stupeň zralosti. Nedávné studie potvrdily, že růst různých plodů je odliš-

ný a je třeba brát v úvahu individuální faktory. Gestační stáří je doba, po kterou plod setrvává v děloze matky od početí až po narození. U předčasně narozeného dítěte je to méně než 38 týdnů, pro novorozence v termínu je to 38 až 42 týdnů. K odhadu gestačního stáří se používá Ballardův skórování systém, založený především na tělesných charakteristikách dítěte a neurologickém vývoji. Nová Ballardova stupnice vyhodnocuje gestační stáří na základě neuromuskulární a fyzické zralosti. Stupeň zralosti máme na mysli, jak dobře je dítě při narození vyvinuto a jaká je úroveň schopnosti jednotlivých orgánů fungovat mimo dělohu. Na stupeň zralosti novorozence lékař usuzuje podle pečlivého vyšetření, pozorování chování a rodinné anamnézy.“ (Leifer, 2004, s. 56-57).

Prenatální diagnostika představuje skupinu metod a postupů, které jsou využívány k diagnostice nenarozeného jedince. Je dobré, když se prenatální péče zahájí ještě před početím. Identifikuje rizikové faktory a lze je ještě před početím ovlivnit a to tak, aby se zmenšil jejich negativní vliv na úspěšnost těhotenství. Například je budoucí maminka poučena, jak zlepšit svou životosprávu nebo se podrobí imunizaci. Ta zabrání infekcím, které jsou škodlivé pro vyvíjející se dítě. Jsou však rizikové faktory, které nelze ovlivnit. Je ale faktem, že péče před početím pomůže v tom smyslu, že žena začne těhotenství v nejlepším dosažitelném zdravotním stavu. Prenatální péče optimálně začíná v okamžiku, když si žena uvědomí, že může být těhotná. Žádoucí harmonogram prenatálních prohlídek v situaci normálního nekomplikovaného těhotenství pomůže předejít komplikacím jak v době těhotenství tak při porodu (Leifer, 2004, s. 56-57).

„Porod hodnotíme jako předčasný, nastane-li mezi 20.-38. týdnem gestace. Hlavní rizika vyplývají z nezralosti novorozence. Stejně jako nejsou známy spouštěcí mechanismy porodu v termínu, neví se, proč žena začne rodit předčasně.“ (Leifer, 2004, s. 352).

Existují však jisté faktory, které jsou spojené s předčasným porodem (zejména infekce, nedostatečná prenatální péče, věk matky pod 18 let anebo nad 40 let, nízké vzdělání, chudoba, nadměrná konzumace léků nebo alkoholu, kouření, chronický stres, chronické onemocnění, chirurgické výkony na děloze, abnormality, anemie, předchozí nedokončená těhotenství, tělesné a psychické trauma, podváha, horečnaté stavy, nepravidelné polohy plodu, vady vývoje plodu...). Včasná prenatální péče pomáhá nalézt ženy s rizikem a snížit až eliminovat negativní faktory, které přispívají k předčasnému porodu. Predisponující příčiny nezralosti bývají různé, velmi často se však příčina nezjistí. Podle některých názorů se nacházejí souvislosti mezi nezralostí a kouřením, chudobou, konzumací alkoholu, kokainu a dalších drog. Včas rozpoznat předčasný porod je důležité nejen pro rodičku, ale tak pro

samotné dítě. Ženám s možností předčasného porodu se často nařizuje klid na lůžku. Rodičky s vysokým rizikem častěji chodí na prenatalní prohlídky. To proto, aby se zabránilo předčasnému porodu, protože žena nic cítit nemusí. „Jestliže je porod nezralého novorozence pravděpodobný i přes snahu a intervenci ho zastavit, podává lékař léky k uspišení dozrání fetálních plic.“ (Leifer, 2004, s. 56-57).

Výsledky péče o novorozence, kteří jsou nezralí se neustále zlepšují, čím dále, tím více přežívá nezralých dětí bez toho, že by zároveň stoupalo procento dětí postižených. Naše republika se řadí na čelní místa v péči o novorozence. Také má jednu z nejnižších novorozeneckých úmrtností do 28. dne života a to pouze kolem 1,5 promile. To znamená, že za rok zemře 1,5 dítěte na 1000 dětí narozených živě. Ještě nižší novorozeneckou úmrtnost má v Evropě jen Island, Finsko a Švédsko. Množství nezralých novorozenců, u kterých je porodní hmotnost do 1500gramů je v posledních letech stále stejný. Hodnota tohoto ukazatele činí přibližně 1,2 % ze všech novorozenců (Dokoupilová et al., 2009, s. 34-36).

„Specifickým vývojem prochází ukazatel podílu živě narozených dětí s nízkou porodní hmotností (do 2500g). Tento ukazatel se sleduje od počátku sedmdesátých let, kdy byl mírně nad 6% a až do počátku let devadesátých pozvolna klesal (pod 5,5%). Příčinou tohoto pozitivního trendu byl rozvoj lékařské vědy a lepší odhalování rizik v těhotenství, která se potom daří udržovat do vyšších týdnů. Zhruba od poloviny devadesátých let se podíl dětí narozených s nízkou porodní hmotností opět zvyšuje a v roce 2011 dosáhl úrovně 7,6%. Příčinou je komplex mnoha jevů. Narůstá počet dětí narozených po umělém oplodnění, počet dětí narozených z vícečetných porodů, zvyšuje se průměrný věk matek při porodu a tím i podíl žen rodičích ve věku nad 35 let, zvyšuje se tedy počet žen, které mají k předčasnému porodu vyšší sklony. Také medicína je již na takové úrovni, že se často podaří zachránit děti narozené ve 26. týdnu těhotenství nebo i dříve.“ (ÚZIS ČR, dostupné <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demografie>).

1.2 Nedonošený novorozenec

Děti předčasně narozené nejsou zralé, mají nízkou porodní hmotnost. Také mívají nedokonalé vyvinuté adaptační mechanismy (např. dechové centrum, regulaci tělesné teploty, reflexy). Čím dříve se narodí, tím je menší životaschopnost a odolnost dítěte. V České republice je velice kvalitní péče o předčasné porody. Dnes je již v každém regionu vytvořeno perinatologické centrum a to nejvyšší kvality, se špičkovým vybavením přístroji a s vrcholnou úrovní odbornosti. Tato centra koncentrují případy porodů od 24. do 32. týdne

těhotenství. Dále jsou ve všech regionech intermediální centra. Ta pečují o případy porodů mezi 33. a 37. týdnem těhotenství. Převoz rodičky ještě před porodem do příslušného regionálního centra přinesly významné výsledky perinatologické péče. A také perinatologické úmrtnosti v porovnání s dobou, kdy se dříve převáželi do odborné péče rizikovní novorozenci až po porodu (Macků et al., 2002, s. 85-86).

Nezralá miminka můžeme rozdělit podle týdne těhotenství nebo podle porodní hmotnosti. Pro průběh poporodní adaptace a pravděpodobnost následné péče je důležitější týden těhotenství, který více vyjadřuje, jak moc jsou jednotlivé orgány nezralé a jak dlouho může trvat jejich dozrávání, než porodní hmotnost.

Rozdělení podle týdne těhotenství

1. Lehká nezralost 36.-37. týden těhotenství
2. Střední nezralost 32.-35. týden těhotenství
3. Těžká nezralost 28.-31. týden těhotenství
4. Extrémní nezralost po 28. týden těhotenství

Rozdělení podle hmotnosti

1. Novorozenec s normální hmotností – nad 2500 gramů
2. Novorozenec s nízkou porodní hmotností – 1500-2500 gramů
3. Novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností – 1000-1500 gramů
4. Novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností – pod 1000 gramů

Ze vztahu týdne těhotenství a hmotnosti je možné dále novorozence rozdělit na eutrofické neboli dobře vyživované, hypotrofické čili s porodní hmotností o hodně nižší pro příslušný týden těhotenství. Dále novorozence hypertrofické. To jsou ti s větší porodní hmotností, než by se čekalo vzhledem k jejich gestačnímu věku (Dokoupilová et al., 2009, 34-36).

1.3 Komplikace spojené s předčasným narozením

Dítě, které přijde na svět dříve se potýká s větším množstvím adaptačních problémů. Mezi nejzávažnější patří komplikace spojené s nezralostí plic, nedostatečná termoregulace, onemocnění nezralé sítnice, nízká hladina cukru v krvi, zvýšená hladina bilirubinu v krvi.

„Nedostatečná funkce plic je jedním z handicapů spojeným s nezralostí. Během druhé poloviny těhotenství se v plicích plodu odehrávají důležité strukturální změny. Zvětšují se

plicní sklípky, které tak dostávají kyslík k plicním kapilárám. Selhání tohoto děje vede často v mnoha případech k úmrtí plodu v důsledku limitované životaschopnosti (previability). Kromě toho nejsou zcela vyvinuté svaly hrudníku, břicho je roztažené, takže vyvíjí tlak na bránici. Stimulace respiračního centra v mozku je nevyzrálá a reflexy kýchání a kašle jsou oslabené, protože ještě není dostatečně vyvinutá inervace. Syndrom respirační tísně (RDS) je výsledkem nezralosti plic, která vede k nedostatečné výměně dýchacích plynů. Odhaduje se, že až 30% úmrtí novorozenců je způsobeno RDS nebo jeho komplikacemi. Při této chorobě je v plicích nedostatečně syntézován nebo vylučován surfaktant. Je to látka bohatá na lecitin, lipoproteid důležitý pro vstřebávání kyslíku v plicích. Dále se při této chorobě objevují okrsky atelaktáz (kolapsu plicní tkáně), což snižuje rozvoj funkční reziduální kapacity plic.“ (Leifer, 2004, s. 355).

Příznaky RDS se často objeví po porodu, občas ale také až za několik desítek minut po porodu. Zvýší se dechová frekvence a to na 60 dechů za minutu a je spojena s cyanózou (modré zbarvení kůže), sténáním, zatahováním mezižeberních prostor a sterna. Je nutná umělá plicní ventilace, která se aplikuje na neonatální jednotce intenzivní péče. Také okolo 22. týdne gestace začíná tvorba vlastního surfaktantu ve fetálních plicích. Objem surfaktantu, který umožňuje normální dýchání po porodu, je dostatečný až po 34. gestačním týdnem. Aplikací kortikosteroidů před porodem matce, jak jsem již uváděla výše, se výrazně snižuje nebezpečí vzniku RDS. Jednou z možností je předčasně narozenému dítěti aplikovat surfaktant a to cestou endotracheální trubice. Nejčastěji po porodu nebo pokud se příznaky syndromu respirační tísně objeví. V průběhu 72 hodin bývá patrné zlepšené funkce plic. Životní funkce jsou sledovány, dítě je umístěno do teplého inkubátoru. Veškerá manipulace s novorozencem musí být velmi šetrná. Při dlouhodobém podávání vysoké koncentrace kyslíku, bývá riziko toxicity kyslíku vyšší. Také dlouhotrvající závislosti na něm a komplikací trvající dlouhou dobu (Leifer, 2004, s. 355).

„Apnoe je definována jako přerušení respirace na 20 nebo více vteřin. U předčasně narozených dětí není až tak řídkým jevem. Bývá provázána bradykardií (nízkým počtem pulzů méně než 100 úderů za minutu) a cyanózou. Ke stimulaci dýchání někdy v takovém případě stačí lehké tření nožičky, kotníku nebo zad dítěte. Výskyt apnoe se přisuzuje nezralosti nervového systému.“ (Leifer, 2004, s. 356).

Nedostatečná termoregulace je další komplikací po narození nezralého novorozence. Základem je udržovat teplotu a její stálá kontrola. Tepelné ztráty jsou způsobeny několika faktory: nedostatek tělesného tuku, který má funkci izolantu, větší plocha povrchu kůže

hlavy je důvodem větších ztrát tepla, termoregulační centrum v mozku je nezralé a funkce potních žláz je nedostatečná. Teplotu v inkubátoru udržujeme, aby tělesná teplota novorozence byla 36,1 - 36,5 st. C.

Hypoglykémie (nízká hladina cukru v krvi) a hypokalcémie (nízká hladina kalcia v krvi) bývají komplikace, které mohou ohrozit nezralého novorozence. Lidský mozek vyžaduje stálý přísun glukózy. „Hypoglykémie je u předčasně narozených dětí poměrně běžná. Důvodem je ukrácení času, po který by si ještě v děloze matky vytvářely zásoby glykogenu (zásobní polysacharid, který se v krvi štěpí na glukózu, která je uvolňována do krve) a tuku. Tento stav bývá umocněn zvýšenou potřebou glykogenu v mozku, srdci a dalších tkáních při asfyxii (nedostatek kyslíku plodu), sepsi, RDS, nestabilní teplotě těla apod.“ (Leifer, 2004, s. 356).

„Retinopatie nezralých (ROP) je stav, při kterém dochází k separaci a fibróze sítnice, což vede ke slepotě. Za příčinu se považuje toxické působení vysokých hladin kyslíku na nezralé krevní cévy sítnice. Jde o hlavní příčinu slepoty u novorozenců s porodní hmotností nižší než 1500g. Choroba je klasifikována do několika stadií.“ (Leifer, 2004, s. 357) Klíčem k řešení ROP je prevence předčasných porodů, pečlivé sledování hladiny krevních plynů, udržování hladiny kyslíku na vhodné úrovni. Retinopatie nedonošených je stále nejčastější příčinou nevidomosti v dětském věku ve vyspělých zemích.

„Žloutenka (hyperbilirubinémie - zvýšené množství bilirubinu v krvi) - játra předčasně narozených dětí jsou nezralá a to způsobuje stav, kterému říkáme ikterus neboli žloutenka. Při ikteru mají kůže a bělma očí oranžovožlutý odstín. Játra totiž nejsou schopna zpracovat vyšší množství žlučových barviv v krvi, které vzniká fyziologickým rozpadem červených krvinek po narození. U předčasně narozených dětí je vzestup hladiny pomalejší a déle přetrvává.“ (Leifer, 2004, s. 359) Cílem léčby (fototerapie) je předejít vážným neurologickým komplikacím a poškození mozku.

Z dalších neméně závažných komplikací bych zmínila ještě zvýšenou náchylnost ke krvácení z křehkých cév, nekrotizující enterokolitida (akutní zánětlivé onemocnění střev), nezralost ledvin, malá odolnost vůči infekcím.

V případě, že předčasně narozené dítě netrpí vážnou vrozenou vadou či dalšími komplikacemi, dosáhne stejného růstu jako v termínu narozené dítě obvykle ve dvou letech. Rozhodně se ale nedá konstatovat, že mají tito novorozenci po starostech. Přes významné medicínské pokroky jsou stále vystaveny velkému riziku poškození, infekcí a dlouhodobé

hospitalizace na jednotce intenzivní péče perinatologických center. Stává se však, že děti, které mají velmi nízkou porodní hmotnost, nedosáhnou nikdy stejného růstu. Častěji pokud ještě trpí chronickým onemocněním.

1.4 Růst a vývoj dítěte

Průběžný vývoj a růst jsou jedněmi ze základních charakteristik dítěte. Neprobíhají však nahodile, ale podle daných principů, od elementárního ke komplikovanému. I přes tato pravidla se rychlost vývoje a růstu různí. Lze pozorovat, kdy dochází k rychlému rozvíjení a stejně tak i kdy je vývoj pozastaven. Pozorování se uskutečňuje porovnáváním údajů, týkající se výšky, váhy, fyzické, psychické a sociální zdatnosti.

Pro člověka je, na rozdíl od jiných živočichů a rostlin, typická dlouhá doba růstu a vývoje. Po porodu, kdy rychlost vývoje je vysoká, dochází k jejímu zpomalení. Po tomto klidném období, dětství, následuje opět pubertální zrychlení růstu, spojeném se zralostí pohlaví.

Prenatální období je počítáno od oplození vajíčka až do porodu. Prvních 8 týdnů nitroděložního vývoje se označuje jako embryonální (zárodečné) období, kdy dochází k utváření základů všech orgánů a tělních systémů a k diferenciaci tělesných částí. Doba od 9.týdne do narození se nazývá fetálním obdobím (období vývoje plodu) (Sedlářová, 2008, s. 21).

Postnatální období následuje po narození dítěte. Lze ho rozdělit do několika různě dlouhých období, které jsou charakterizovány anatomickými, fyziologickými a sociálními změnami. Jednotlivá období na sebe plynule navazují.

- Novorozenecké období (od narození do 28. dne života)
- Kojenecké období (29 dnů až 1 rok života)
- Batolecí období (2.-3. rok života)
- Předškolní období (4.-6. rok života)
- Školní období (od 7. roku života)
- Období dospívání (období mezi počátkem dospívání a dospělostí)

Novorozenecké období je doba od narození dítěte do 28. dne jeho života. Po porodu se aktivuje oběhový systém, adaptační mechanismy dítěte, dýchání, termoregulace, vylučovací systém. Hmotnost dítěte se v prvních dnech snižuje a to vlivem vydání energie a náročnosti adaptace pro organismus.

29. den po narození začíná kojenecké období a končí při prvních narozeninách dítěte. Je pro něj charakteristický rychlý motorický, somatický a neuropsychický vývoj. Vedle novorozeneckého období je druhým nejvýznamnějším obdobím z hlediska úmrtnosti a nemocnosti (vliv vrozených vývojových vad, manifestace poruch metabolismu, pozdní následky perinatální patologie, aj.).

Batolecím obdobím se rozumí obdobím mezi 1.-3. rokem věku. Je v něm charakteristické postupné osamostatňování. Zdokonaluje se samostatný pohyb a komunikace s okolím.

Předškolní období je mezi 3.-6. rokem věku. V jeho závěru je dítě schopno začít školní docházku, zvládat s úspěchem učivo první třídy a socializovat se v kolektivu.

Školní období se počítá po 6. narozeninách. V této době většinou děti zahajují školní docházku. Konec tohoto období nelze časově jednoznačně vymezit. Často je jeho ukončení spojováno s počátkem dospívání. Je odlišné nejen mezi oběma pohlavími, ale též i mezi jednotlivci stejného pohlaví. Školní období nelze ztotožňovat s dobou školní docházky.

Období dospívání je vymezeno počátkem pubertálního vývoje, ukončením tělesného růstu a dosažením plné pohlavní zralosti. Je to velmi specifická fáze, liší se od fáze dětství a dospělosti. V průměru začíná dříve o dva a půl roku u dívek (v průměru v 10 letech) než začíná u chlapců (v průměru ve 12,5 letech). Mezi jedinci téhož pohlaví bývá obvykle variabilita až 2 roky. K úplné pohlavní zralosti dochází až po 2-3 rocích od začátku dospívání. Ke konečnému ukončení růstu po 4-5 letech. Je obtížné jednoznačně ohraničit dospívání od dospělosti. Pediatrická péče končí 19. narozeninami člověka (Sedlářová, 2008, s. 21-23).

Psychomotorický vývoj novorozence

Zaměřila jsem se na psychomotorický vývoj fyziologického novorozence. V praktické části na konkrétních případech nezralých novorozenců bych popisovala odchylky v psychomotorickém vývoji. „Novorozenec má soustavu reflexů, které nutně potřebujeme ke svému přežití. Nejdůležitější jsou reflexy pátrací a sací, které umožňují příjem potravy. Má však rozvinuté i smyslové funkce, které umožňují kontakt s okolím, učí jej orientovat se v prostředí a reagovat na přicházející podněty. Tyto schopnosti jsou velmi variabilní. Novorozenec má dobře rozvinutý sluch. Během prvních týdnů života se naučí odlišit hlas matky od jiných hlasů. Čich má významnou roli při orientaci v okolním prostředí. Již v prvním týdnu života je schopen rozpoznat vůni své matky. Zrak se rozvíjí postupně. Sítnice je sice po narození dobře vyvinutá, ale vážně pohyblivost čočky a zraková ostrost. Fixace a sledování

v zorném poli se objevují do dvou měsíců věku. Chuť je rozvinuta již od narození a novorozenec dává jednoznačně přednost sladké chuti.“ (Sedlářová, 2008, s. 24-25).

Psychomotorický vývoj kojence

„Hodnocení psychomotorického vývoje v prvním roce života se opírá o rozvoj hrubé motoriky. Směřuje k dosažení vzpřímené polohy těla a k chůzi. Vývoj hrubé motoriky má velký význam pro objevování okolí. Samostatného sedu je dítě obvykle schopno v 6. měsíci života. Z hlediska vývojového je mnohem důležitějším mezníkem přetáčení ze zad na břicho a naopak. V dalších měsících je to rozvoj samostatného pohybu formou plazení, lezení, vrcholem je pak samostatná chůze (v rozmezí mezi 9.-17. měsícem). Vývoj jemné motoriky je vidět na vývoji úchopu. Ve 3.-4. měsíci úchop celou dlaní, palec zapojuje před 5. měsícem, opozice palce před 7. měsícem a v 9. měsících používá dítě jemný klíšťový úchop. „Při posuzování psychomotorického vývoje tedy hodnotíme tři základní oblasti: rozvoj hrubé motoriky, jemné motoriky a vývoj sociálního chování a řeči. Ke standardizaci posouzení slouží vývojové škály.“ (Sedlářová, 2008, s. 25).

Psychomotorický vývoj od 1 do 3 let

V tomto období se projevuje vývojový zlom, začátek samostatnosti a nezávislosti, uvědomování si sama sebe. Současně dítě začíná vnímat pocity druhých. Tím se vyvíjí základ empatie. Vnímá starosti i radosti nejbližších lidí v okolí, chápe co je správné a co nesprávné. To vše je výsledkem vývoje mozku, kde končí myelinizace a všechny vrstvy kůry mozkové dosahují synchronního zralého stavu. Po 18. měsíci věku dítěte začíná nácvik základních hygienických návyků. Pro rozvoj řeči je komunikace velmi důležitá již od narození. Ze začátku jde o nonverbální fázi, od 2. měsíce následuje fáze vokální. V 6.-10. měsíci přichází první žvatlání a dítě začíná opakovat slabiky, nejprve bez konkrétního významu. Již ve 12. měsíci dítě používá slova ke konkrétním činnostem a předmětům. V 1. roce věku zná průměrně 10 slov, v 18. měsících je slov již 20 - 50. Vývoj řeči je třeba neustále stimulovat. A to tím, že s dítětem velmi často mluvíme. Porozumění řeči se vyvíjí rychleji. Dítě rozumí prvním slovům již v devíti měsících života, v roce může rozumět až 20 - 100 slovům. Ke konci 2. roku začíná dítě ze slov tvořit věty (Sedlářová, 2008, s. 25).

Předškolní věk

Co se týká psychosociálního vývoje, první progres lze zaznamenat především v oblasti sociálního chování. Také v samostatnosti v praktickém životě. V této době děti dosahují

první úrovně nezávislosti na svých rodičích. Učí se pracovat se symbolickým světem. Mají však potíže s odlišením skutečnosti od fantazie. Mohou mít obavy ze svých snů a představ. Toto nereálné myšlení vrcholí mezi 3. - 5. rokem věku. Symbolické myšlení se často uplatňuje v hrách dětí. Začínají uznávat pravidla her při hře s ostatními. V předchozím období si děti hráli vedle sebe. Teď si již hrají spolu. Freud toto období nazývá oidipovskou fází - převažuje vazba dítěte na rodiče opačného pohlaví. Od 6 let věku se však tato vazba zmenšuje a posiluje se naopak vazba na rodiče stejného pohlaví (Sedlářová, 2008, s. 27).

Školní věk a dospívání

Další vývoj mozkové tkáně umožňuje dítěti navázat kontakt se svými vrstevníky. Mozková kůra se nemodeluje. Také vyzrává senzomotorická koordinace. Dítě přijímá úkoly, řeší je, zvyšuje koncentraci a výdrž úkoly realizovat. Toto jsou předpoklady školní zralosti. Dítě je schopno v průběhu řešení problémů vykonávat složitější myšlenkové operace. Částečně ustupuje fantazijní myšlení, dítě bez obtíží chápe jednoduché vztahy mezi příčinou a následkem. Se vzrůstem požadavků kladených na děti se můžou u dětí se sníženou schopností učení nebo s poruchami pozornosti rozvinout školní problémy. Adolescencí nazýváme vývojový přechod mezi dětstvím a dospělostí. Adolescence začíná obvykle počátkem druhého desetiletí života člověka jeho fyzickým dospíváním (pubertou). Puberta je hormonálně podmíněná a v jejím průběhu dochází k fyzickému zrání a růstovému výšvihu. Je ukončena v době, kdy je člověk schopen reprodukce. Endokrinní situace, která v pubertě nastupuje, nevede jen k růstové akceleraci a poté k zástavě růstu, ale i k funkčnímu a charakteristickému vývinu pohlavních orgánů, k vytváření sekundárních pohlavních znaků, tělesných proporcí charakteristických pro dospělého jedince. S rychlým tělesným vývojem se mění i emocionální situace dospívajícího. Dochází k významným změnám v myšlení. Při řešení problémů užívá abstraktní uvažování, které dokonce převládá. Dospívající často přemýšlejí o svém myšlení a jednání a mají tendenci ostatní přezírat. Také začínají přemýšlet o morálních otázkách, normy chování a jejich respektování nabývají na významu. Souhlas se svou individualitou hledají častěji u vrstevníků. Frustrace, které prožívají bývají bolestivé a mnohdy jsou příčinou jejich agresivity. Ta bývá velmi problematická, zvláště pro okolí (Sedlářová, 2008, s. 27).

2 SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ

2.1 Průběh a fáze socializace

„Socializací dítěte v širokém slova smyslu rozumíme celoživotní vývojový proces, kterým se lidský jedinec stává bytostí společenskou. V tomto nepřetržitém procesu se jedinec adaptuje na sociální prostředí, do něhož se narodil a v němž žije, přijímá společenské normy chování, životní styl, sociálně ekonomický systém. Přitom ovšem i on sám působí na své prostředí a více či méně ho ovlivňuje. V procesu socializace dosahuje dítě také dospělosti, utváří si také představu vlastního „já“, čili sebepojetí a identitu v dané společnosti.“ (Dunovský et al., 1989, s. 43).

V primární socializaci je jednoznačně rozhodujícím činitelem rodina. Uvádí dítě do daného kulturního prostředí, učí je orientovat se v tomto prostředí. Pouhé zvládnutí pravidel chování ve společnosti však nestačí. Člověk se učí zacházet se svými vnitřními silami, nalézá vlastní aktivní náplň života a přijímá životní skutečnost realisticky (Kraus, 2008, s. 59-60).

Po narození, kdy je dítě plně závislé na svém sociálním prostředí, se postupně osvobozuje, osamostatňuje a navazuje další sociální kontakty. Nastupuje vliv vrstevníků, přátel, kamarádů, vliv pracovního kolektivu, utváří se intimní vztahy erotické a sexuální. Zakládá novou rodinu, předává další generaci systém sociálních vazeb a sociálních zkušeností. Proces socializace tedy svým způsobem lidského jedince přesahuje, z generace na generaci se předávají výchovné postoje, životní zásady, systém hodnot, postoje ke zdraví a nemoci, zásady životosprávy, postoje k manželství a rodičovství apod. (Dunovský et al., 1989, s. 43).

Nejjednodušší členění socializačního procesu představují etapy přípravné a realizační. V přípravné fázi si osvojujeme řeč, zvnitřňujeme společenské hodnoty a normy, procházíme akulturací (proces kulturních změn, které jsou důsledkem těsných kontaktů rozdílných kultur) a přejímáme základní společenské role. V realizační fázi přebíráme a plníme společenské role a dochází k sociální zralosti. Průběh socializace lze rozdělit také na fázi sociability (formování základů osobnosti zejména v rodině), personalizace (učení se prvním základním rolím a formování vlastního „já“), profesionalizace (období profesní přípravy) a společenské angažovanosti (plné začlenění do společnosti ve všech oblastech) (Kraus, 2008, s. 61-62).

Podle Dunovského je socializační vývoj dítěte svým způsobem předznamenán v osobnosti jeho rodičů dávno před jeho narozením. Kromě materiálních podmínek, do nichž se dítě narodí, se jedná především o rodičovské postoje, které určují kvalitu emocionálního „příjetí“ dítěte a jeho sociální postavení v primárním společenském okruhu. Vztah dítěte k sociálnímu prostředí můžeme sledovat už v období prenatálním. Matka již v polovině svého těhotenství, kdy pociťuje první pohyby plodu, svůj postoj k budoucímu dítěti individualizuje. Při ultrazvukovém vyšetření lze sledovat pohybovou reakci dítěte na úzkostný prožitek matky. Z těchto pokusů je možné odvodit, že emocionální ladění matky v době těhotenství není pro vyvíjející se organismus bez významu, časté stresy, deprese, negativní emoce mohou dítěti vytvořit nepříznivé biosociální klima ještě před narozením (Dunovský et al., 1989, s. 48-49).

„Moderní technologie pomohla prokázat, že na interakci se sociálním prostředím je novorozené dítě připraveno daleko lépe, než se dříve předpokládalo. Tak např. jeho sluchový aparát je při narození již tak vybaven, že dovede rozlišit tónové frekvence lidského hlasu od zvuků neřečových. I když tedy dítě v prvním měsíci života na lidskou řeč ještě viditelně nereaguje, přívod těchto specifických podnětů je nutný k vyspívání a zrání schopnosti řeč vnímat a pak i vlastní řeč produkovat. Tím si vysvětlíme i chronické zaostávání vývoje řeči u dětí vychovávaných od časného věku v ústavách, kde je sice dostatek hluku, ale kde řečové podněty, které by mířily přímo k jednotlivému dítěti, jsou relativně řídké. Výzkum rovněž potvrdil běžnou zkušenost, že novorozenec již v prvních dnech života déle fixuje obličej než jiné předměty v okolí. Pohled z očí do očí je jednou z prvních specificky lidských forem interakce mezi dítětem a jeho vychovatelem. Pro vztah dítěte a jeho primárních vychovatelů je také příznačná snaha po tělesném kontaktu. Chovat dítě, přivinout je k sobě, mazlit se s ním apod. vyvolává pozitivní emocionální ladění na obou stranách.“ (Dunovský et al., 1989, s. 48-49).

V procesu časně socializace jsou dalším mezníkem první úsměvy dítěte. Objevují se zpravidla v průběhu druhého měsíce. Začínají jako reflexní děj a dále se rozvíjejí a udržují sociální interakci. Synchronizovaná směna akcí a reakcí během prvních měsíců života netrvá obvykle více než několik sekund. Do konce prvního roku se prodlužuje na minuty a později na desítky minut (Dunovský et al., 1989, s. 50).

Socializace dítěte dále postupuje ve vztahu s vývojem pohybovým a kognitivním. Jestliže nároky sociálního prostředí jsou nepřiměřené (příliš vysoké nebo nízké vzhledem k intelektové a motorické vyspělosti dítěte) nebo jsou nepřiměřeně uplatňovány, nutně dochází

k jeho obranným reakcím, při delším trvání i k poruchám sociálního vývoje. Důležitá je tedy přiměřenost nároků v harmonickém vývoji dítěte (Dunovský et al., 1989, s. 50-53).

Vývojovým mezníkem socializace je čtvrtý měsíc, kdy je vyspělé krční svalstvo a ovládání hlavy je natolik dokonalé, že dítěti umožňuje zrakem sledovat okolí v plném rozsahu, prostor obytné místnosti se dostává pod jeho zrakovou kontrolu. Lidé v jeho okolí se stávají známými. V šestém měsíci se již naplno rozvíjí schopnost sahat po předmětech pod zrakovou kontrolou, dítě se zmocňuje světa vlastní aktivitou. V sedmém měsíci života se objevuje u kojenců specifický citový vztah k mateřské osobě. Desátý měsíc, kdy většina dětí již leze, znamená další mezník socializace. Od této doby si dítě většinu podnětů opatřuje samo. Jemná motorika už postoupila natolik, že je schopno sbírat drobné předměty nejen hrabavým, ale i nůžkovým a pak klíčovým úchopem. Koncem prvního roku u většiny dětí se objevují první samostatné kroky a první slova. Celý druhý a třetí rok je pro většinu našich dětí rozhodujícím obdobím, kdy dochází k identifikaci s rodinnou skupinou. Dítě si uvědomuje svou svébytnost, odlišnost od ostatních, navazuje kontakty s kamarády, dochází k formování společensky významných postojů. Mimořádně významným socializačním mezníkem je vstup do základní školy. Dítě pro nástup do školy musí být náležitě vyspělé, zralé a výchovně připravené. Pojem školní zralost není nový, objevil se již ve Velké didaktice J. A. Komenského. Jeho dnešní význam však podstatně vzrostl, a to v souvislosti se stoupajícími nároky, které se na mladou generaci kladou. Pedagogicko-psychologické poradny systematicky provádějí testy školní zralosti (Dunovský et al., 1989, s. 51-52).

Mladší školní věk je charakterizován přechodným obdobím s individuálními rozdíly mezi dětmi. Střední školní věk (zhruba od osmi do dvanácti let) je pokládán za dobu vývojové vyrovnanosti a klidu, období puberty další přechodné období s velkou vývojovou rozkolísaností. Vliv dětské skupiny je mimořádně intenzivní. Starší školní věk bývá označován jako období dospívání neboli puberta. Vývoj socializace a citového života dítěte v této době souvisí s vývojem intelektovým. Typické pro toto období je krize vychovatelské autority, citová rozkolísanost a postupné uvolňování závislosti na rodině (Dunovský et al., 1989, s. 48-55).

Kritickým momentem socializace člověka je, že v určité fázi svého psychosociálního vývoje se jedinec sám zmocňuje norem, hodnot a přesvědčení svého sociálního prostředí. On sám pak měří, organizuje a plánuje společenskou vhodnost vlastností, projevů svých vlastních i partnerů (Helus, 1976, s. 37).

2.2 Faktory ovlivňující sociální začlenění

Podle Čápa ve vývoji osobnosti dochází k tomu, že se jedinec učí žít mezi lidmi, vycházet s nimi, spolupracovat, žít v sociální skupině, vnímat a respektovat potřeby druhých, přizpůsobit se požadavkům, normám a zvyklostem skupiny, společnosti. Probíhá po celý život (Čáp, 1996, s. 13).

Sociální vývoj a postavení každého člověka jsou významným způsobem ovlivňovány jeho zdravotním stavem, který je možno považovat za hlavní determinantu socializačního procesu i udržení dosaženého sociálního statusu člověka. Společenské postavení člověka zdravého a plně výkoného je podstatně jiné než postavení člověka chronicky nemocného, s vážným smyslovým defektem nebo pohybovým omezením (Dunovský, 1989, s. 44-45).

„V procesu socializace lidé dosahují určitého sociálního statusu (zařazení na společenském žebříčku), určité sociální pozice a přijímají odpovídající sociální role. Sociální status, pozice, které dospělý jedinec zaujímá v daném společenském systému, závisí na jeho vrozených a získaných vlastnostech. Z vrozených vlastností je to především genetická výbava, kterou člověk dostává od svých rodičů (genotyp) a výsledek všech vlivů jeho intrauterinního života (fenotyp), projevujících se u právě narozeného dítěte. Na tento vrozený sociální status, jakým je například i pohlaví dítěte, jež později rozdílným způsobem determinuje další sociální vývoj dívky a chlapce, navazuje vytváření získaného či askriptivního, neboli připisovaného či očekávaného sociálního statusu. Ten je ovlivněn všemi činiteli přírodního, sociálního a kulturního prostředí dítěte, celým mikroklimatem a makroklimatem, v němž dítě vyrůstá a s nímž vchází v interakci. K získanému sociálnímu statusu náleží například národnost dítěte, jeho vzdělání, pozdější zaměstnání, ale i rodičovství, společenská prestiž, pověst aj.“ (Dunovský, 1989, s. 44).

„Zatímco sociální status jako celek má povahu spíše trvalou, sociální role je proměnlivější, odpovídající úrovni dosaženého věku a zdravotnímu stavu. Rolemi se uskutečňuje účast jedince v dění daného společenského prostředí, jeho funkce v něm. Z celé řady činitelů, jež rozhodují o dané roli či rolích, které jedinec zaujímá ve společnosti a v jejích skupinách, se z vývojového hlediska jako nejzávažnější jeví schopnost jedince vzít na sebe roli odpovídající jeho vrozenému a získanému statusu. Schopnost přijmout sociální roli je závislá též na nejrůznějších omezeních, vyplývajících z případných postižení at' tělesných, či psychických, jež přijetí role oslabují nebo vůbec znemožňují.“ (Dunovský et al., 1989, s. 44).

Je nutno brát v úvahu i specifika vývoje dětského organismu, jež spolupůsobí při jeho socializačním procesu. Podle Dunovského ta nejpodstatnější jsou:

1. Somatický vývoj, kterým dítě od svého narození prochází. Z novorozence, vážícího několik tisíc gramů a měřícího několik desítek centimetrů vyrostе při dobré genetické výbavě, při řádné nebo alespoň přiměřené péči a nepřítomnosti nepříznivých okolností (např. nemoc, úraz) v podstatě během dvaceti let dospělý člověk. Tato proměna se uskutečňuje ve vymezeném společenském prostředí.
2. Dalším specifikem tohoto procesu jsou zákonitosti rozvoje psychického života. Nejútlejší dětství je pro vývoj osobnosti mimořádně důležité, neboť právě v této době se ve vývoji člověka děje nejvíce. Podle Švejcara nepodaří-li se vhodnou symbiózou působení správného sociálního prostředí a dobře vrozeně vybaveného organismu navodit dobrý vývoj, vznikají poruchy po celý život, jež jsou často nenapravitelné. Bezprostřední dobrá péče matky nebo alespoň ženy adekvátně ji nahrazující je pro dítě nejvhodnějším sociálním prostředím. Právě proto má rodina pro správnou socializaci takový význam.
3. Důležitý je i význam časového faktoru ve vývoji dítěte. I když kalendářní je stále stejný, subjektivně probíhá v každém vývojovém období různě. U novorozenců se za jeden den z hlediska vývoje stane více než třeba u ročního dítěte. U ročního dítěte zase daleko více než u dítěte školního věku a u toho zase více než u dospělého nebo starého člověka. Obrazně lze říci, že čas dítěte plyne značně rychleji než čas dospělého. V dětském věku se člověk postupně utváří, v době dospělosti spíše vydává z vytvořeného.
4. Tělesný vývoj neprobíhá rovnoměrně s vývojem intelektuálním, duševním, emocionálním a sociálním. Sociální zralost se oddaluje od zralosti biologické. Rozpor mezi úrovní biologického a intelektového, emočního a sociálního vývoje je v posledních desetiletích stále více akcentován akcelerací biologického vývoje. Biologická zralost nastupuje dříve, sociální zralost později.
5. Rodina má nezastupitelnou roli ve vývoji a výchově dítěte, přesto se neobejde bez účasti společenských institucí, předškolních a školních zařízení. I když rodina a také škola na sebe často harmonicky nenařazují a ne vždy se ve svém působení na děti vzájemně doplňují.

6. Dalším vážným ohrožením socializace dítěte je nestabilita rodinného života. Pokud některý z manželů ve své úloze selže, vážně se narušuje celé společenství. Nejhuře jsou pak postiženy děti ztrátou pocitu jistoty a bezpečí, identifikačních vzorů a domova (Dunovský et al., 1989, s. 45-48).

Mezi socializační činitele, kteří se na procesu socializace podílejí, řadíme na prvním místě rodinu, dále školu, neformální mládežnické skupiny a organizace, vrstevnické skupiny, formální organizace a instituce, masmédi a společnost jako celek.

2.3 Vliv výchovy a prostředí

Je nesporné a praxe toto tvrzení jednoznačně potvrzuje, že pro další utváření charakteristik člověka má výchova a prostředí, v němž se člověk pohybuje, významný vliv. V této kapitole se chci věnovat otázkám týkajícím se těchto vlivů na člověka. Především chci najít odpověď na to, co a jakým způsobem ovlivňuje příznivý či nepříznivý vývoj osobnosti. Jaký druh výchovy se kladně podílí na příznivém vývoji osobnosti a jaký naopak působí negativně. V čem spočívá hlavní vliv prostředí a jakým způsobem vývoj člověka ovlivňuje.

Souvislostí vlivu výchovy a prostředí na jedince se zabývali filozofové již ve starém Řecku. V období humanismu a renesance docházelo k zdůrazňování přirozeného rozvoje individuality člověka. Velkou váhu primární funkci rodiny přikládal švýcarský pedagog J. H. Pestalozzi. Požadoval, aby učitel znal sociální prostředí žáků. Zabýval se dětmi z chudých poměrů, jimž měla výchova pomoci ke společenskému pozvednutí. F. A. Diesterweg zdůrazňoval makrosociální rozměr výchovy, výchovu k vlastenectví. P. Natorp, který bývá označován jako zakladatel sociální pedagogiky, považoval výchovu za nejdůležitější, má vést ke kultivaci jedince k jednotě společnosti. Počátky české sociální pedagogiky jsou spojovány se jménem G. A. Lindnera, profesora pražské univerzity, který požadoval demokratizaci vzdělání, zdůrazňoval společenskou důležitost výchovy (Havlík et al., 2011, s. 14-17).

Výchova podle Čápa: „...záměrné a k určitému cíli směřující působení dospělých na děti prostřednictvím určitých výchovných prostředků a metod (např. přesvědčování, odměny, tresty). Takto chápaná výchova tedy patří mezi vnější podmínky, které formují, determinují vývoj osobnosti, vedle vlivu ostatních podmínek, zejména dědičnosti a nahodilých vlivů prostředí společenského a přírodního.“ (Čáp, 1996, s. 13-14). Výchova není jednosměrné působení, protože vychovávání působí také na své vychovatele. Probíhá vzájemná interakce a komunikace vychovávajících a vychovávaných a tím se vyvíjí osobnost obojích.

Mnoho záleží na tom, jak děti a mladiství přijímají své rodiče a učitele, jejich požadavky, působení, zda a jak se samy snaží něčemu naučit a rozvinout v sobě určité vlastnosti. V příznivém případě výchova přechází v sebevýchovu.

Čím méně má vychovávaný pocit, že je vychováván, tím lépe pro výsledný efekt výchovy. Rozlišujeme přímé (intencionální) výchovné působení vychovatele na vychovávaného, které je v praxi typické a nejčastější, a nepřímé (funkcionální) výchovné působení, kdy vychovatel nevstupuje do situace, ale vytváří, ovlivňuje podmínky, kterými působí na vychovávaného prostřednictvím situace.

Způsob výchovy je ovlivňován třemi skupinami podmínek ve vzájemné interakci: jsou to osobní vlastnosti a zkušenosti vychovávajících, vlastnosti a zkušenosti vychovávaných dětí (jejich chování a působení na dospělé) a společenskohistorické podmínky (ekonomické, kulturní, výchovné tradice země, doby, rodiny, školy) (Čáp, 1996, s. 167-168).

Výchova v rodině silně působí na formování svědomitosti, vytrvalosti, sebeovládání, stability-lability, odolnosti dítěte, temperamentu, aktivity, rysů působících v komunikaci. „Příznivý způsob výchovy v rodině působí kompenzačně k oslabení nepříznivých podmínek, jako je nižší sociokulturní úroveň rodiny, mimovýchovné problémy v rodině, biosociální handicap dítěte. Naopak nepříznivý způsob výchovy v rodině vážně narušuje vliv jiné, příznivé podmínky, jako je vysoká sociokulturní úroveň rodiny, rodina bez zjevných problémů, příznivé biosociální podmínky dítěte.“ (Čáp, 1996, s. 215).

Výchova je tedy regulátor, řídicí proces, kterým chceme průběh socializace usměrnit, aby byl v souladu s výchovnými cíli. Podle Krause jde o tři roviny tohoto procesu. V první rovině jde o „díličí výchovu“, která zahrnuje kázeňské požadavky, zajišťování péče o jedince a jeho vedení a především proces učení. Ve druhé rovině jde o „individuální výchovu“, která může mít i povahu sebevýchovy. V této rovině často výchovné snažení končí. Pro sociální pedagogiku nejdůležitější je třetí rovina „sociální výchovy“, která předpokládá sociální zaměřenost, orientaci osobnosti na mezilidské vazby, společenskou aktivitu. Jedná se o osobnostně - sociální rozvoj (Kraus, 2008, s. 65-66).

Pod pojmem prostředí si představíme předměty, jevy existující kolem nás, nezávisle na našem vědomí. Jedná se o určitý prostor, objektivní realitu. Prostor člověka vedle hmotných předmětů zahrnuje nezbytné vztahy, duchovní systém, prvky jako věda, umění, morálka apod. Jde o jistý vymezený prostor, který obsahuje podněty nezbytné pro rozvoj osobnosti. Z širšího pohledu můžeme chápat prostředí jako historicky se utvářející systém

oboustranných vztahů společnosti a přírody, které podléhají změnám pod vlivem činnosti lidí. Člověk díky své aktivitě může prostředí měnit. Toto formované prostředí však dále působí na jeho osobnost, ovlivňuje jeho způsob života (Kraus, 2001, s. 99-100).

Typologií prostředí je celá řada. Nejběžnější členění podle velikosti prostoru, o který jde na makroprostředí (prostor vytvářející podmínky pro existenci celé společnosti), regionální prostředí (prostor v životě širší sociální skupiny na rozsáhlejší prostoru uvnitř společnosti), lokální prostředí (zpravidla prostor spojený s bydlištěm) a mikroprostředí (bezprostřední prostor, v němž jedinec pobývá). Podle povahy činností realizovaných v daném prostoru členíme na pracovní, obytné a rekreační prostředí. Z hlediska podílu člověka členíme na přirozené a umělé prostředí (člověkem utvářené). Jedno z nejdůležitějších je členění podle charakteru, obsahu prvků, jimiž je dané prostředí tvořeno. Jde o prostředí přírodní (živá příroda - fauna, flora, neživá příroda - faktory geologické, geografické, hydrologické, kosmické), společenské (dominující jsou vazby uvnitř společnosti – ekonomické, politické, správní), sociální (charakterizováno hustotou a rozmístěním obyvatel, profesionální, etnickou, věkovou, vzdělanostní strukturou), kulturní (hmotné i nemateriální výsledky lidské aktivity – umělecké výtvořky, vědecké poznání, pravidla chování...) (Kraus, 2001, s. 100, 101).

Pro sociální pedagogiku je důležité členění z pohledu působících podnětů, a to co do frekvence (prostředí podněťově chudé, přesycené), pestrosti (podněťově jednostranné, mnohostranné) či kvality (podněťově vadné, zdravé).

Jakým způsobem ovlivňuje prostředí život jedince, rozvoj jeho osobnosti bylo a je předmětem úvah a diskusí již celá staletí. Kořeny těchto názorů lze najít již v řecké filozofii, dále se rozvíjejí v období renesance. O významu vlivu daných podmínek, ve kterých člověk vyrůstá v souvislosti s výchovou a rozvojem osobnosti se zmiňují M. de Montaigne, E. Rotterdamský, T. Campanella a další. Podrobně analyzoval determinující faktory vlivu prostředí Ch. Montesquieu. Vliv vnějších podmínek zdůrazňoval i J. Locke, který přirovnával narozeného člověka jako nepopsanou desku, tabula rasa, na kterou teprve život, vliv prostředí a výchovy vyrývá určité dráhy. A. Adler, hlavní představitel individuální psychologie, pokládá rodinu za hlavní pramen vývoje psychiky. Dnes již téměř nikdo nepochybuje o tom, že prostředí, do kterého se rodíme, ve kterém vyrůstáme v nás zanechává zřetelné stopy a v určité míře nás poznamenává a ovlivňuje. Podle našeho významného sociologa A. I. Bláhy jde o pojem „sociální dědičnost“, způsoby chování v daném prostředí, které si s sebou neseme zejména z rodinného prostředí (Kraus, 2001, s. 102-103).

Prostředí může jedince ovlivňovat pozitivně, ale i negativně (recidivista, alkoholik v rodině apod.). Podle Krause vlivy prostředí mohou jednání člověka věcně podpořit, nebo být překážkou, jednání mohou přímo formovat nebo mít signální funkci (anticipačně vyvolávat určité jednání). Člověk nemůže žít mimo přírodní prostředí ani bez sociálních kontaktů, mimo sociální prostředí. Adaptace bývá definována jako vyrovnání se s podmínkami, novými situacemi povahy přírodní i společenské. Adjustace je vpravování se do sociálních vztahů. Podle Krause dochází k adaptaci dvojím způsobem. Buď se člověk sám přizpůsobuje podmínkám, v nichž žije (pasivní adaptace), nebo mění tyto podmínky podle svých potřeb tím, že do nich aktivně zasahuje (aktivní adaptace). V průběhu fylogenetického vývoje člověka se poměr obou typů adaptace mění. Zpočátku převládá pasivní adaptace, která postupně ustupuje aktivním zásahům člověka do přírody i společnosti (Kraus, 2001, s. 105-106).

Pro sociální pedagogii je hlavní otázkou jakou roli hraje prostředí v souvislosti s výchovným procesem? Podle Krause jsou to dvě role:

První roli bychom mohli označit jako situační. Každá výchovná situace, výchovný zásah se odehrává vždy v nějakém konkrétním prostředí (ve třídě, v klubovně, na hřišti), kde vytváří prostředí nějakou kulisu (po stránce věcné, prostorové i osobnostně vztahové) k této výchovné situaci. Tato kulisa může působit ve směru výchovného působení, v souladu s výchovnými cíli, tedy pozitivně, ale také negativně, v rozporu s těmito cíli, proti záměrům vychovatele.

Druhou roli můžeme označit jako výchovnou, formovací. Právě konkrétní prostředí velmi mocně ovlivňuje jednání a podílí se výrazně na rozvoji osobnosti. Jednání dětí se mění právě podle toho, jak střídají prostředí. Jinak se chovají ve třídě, jinak na hřišti, jinak na výletě (Kraus, 2001, s. 105-106).

Pedagogizace životního prostředí je další termín, který stojí za vysvětlení. Poprvé použil tento termín I. Furlan ve své publikaci. Pedagogizovat (organizovat), intervenovat do prostředí, využít prostředí jako výchovného prostředku. Uskutečňováním změn v prostředí působilme na vychovávaného a ovlivňujeme jeho jednání. Za vysoce pedagogizované prostředí se pokládá prostředí škol, nízký stupeň pedagogizace existuje většinou v prostředí rodin. Právě ovlivňování prostředím, navozování podmínek se jeví jako cesta schůdná, efektivní. Příkladem pedagogizování prostředí je tvorba naučné stezky. Dochází k přirozenému nabývání poznatků, ovlivňování lidí a jejich prožitků (Kraus, 2001, s. 108-109).

Pokud porovnávám vliv výchovy a prostředí na vývoj dítěte, měla bych zmínit ještě další důležitý moment působící na dítě, který můžeme souhrně označit jako sociokulturní charakteristiky rodiny. Užívá se také výrazu sociokulturní úroveň rodiny, zjednodušeně vzdělání rodičů. Podle výzkumů se opakovaně ukázalo, že v průměru lepšího školního prospěchu dosahují děti, kde alespoň jeden z rodičů má ukončené středoškolské nebo vyšší vzdělání. V rodinách, kde rodiče mají jen základní vzdělání, ale realizují psychicky náročnější zájmové činnosti, vyvíjejí se děti podobně, jako tam, kde rodiče mají vyšší vzdělání. Jak uvádí Čáp, rodina podle svých sociokulturních charakteristik působí na motivaci dítěte, na průběh a výsledky jeho učení i činností ve volném čase a na formování psychických vlastností s tím spojených (Čáp, 1996, s. 45-46).

2.4 Emoční vztah k dítěti

Na vývoj dítěte, ať již v kladném smyslu nebo záporném působí celá řada faktorů. Dítě velmi hluboce a celoživotně poznamená je-li milováno a svými blízkými přijato, či zda je přijímáno lhostejně nebo dokonce negativně, jako „nechtěné“ dítě. Psychologové, ale také odborníci z jiných oborů, se shodují na tom, že emoční vztah dítě – rodič sehrává bezesporu jednu z rozhodujících úloh ve vývoji dítěte.

Co je podstatné a co nikoli? Je vždy a za každých okolností jen kladná emoce žádoucí? Jaké jsou fáze, které formují citový vztah? Jakých chyb se vyvarovat a co naopak nejvíce podpořit? Toto jsou otázky, které se vztahují k následující kapitole.

„Kladný emoční vztah rodičů a dalších vychovávajících k dítěti, podporuje formování zdravého sebevědomí, vytyčování přiměřených cílů a jejich realizaci, vytrvalost a sebeovládání, stabilitu a odolnost, a tím i jedincovu aktivnost, autoregulaci, sebedeterminaci. Záporný emoční vztah dospělých k dítěti má opačné účinky. Krajně silné řízení, zvláště při kombinaci se záporným emočním vztahem k dítěti, omezuje jedincovu samostatnost, iniciativu, aktivnost“ (Čáp, 1996, s. 222).

„Funkční rodina s kladným emočním vztahem rodičů k dítěti a s trvalou láskyplnou péčí podporuje rozvíjení emočních a charakterových aspektů osobnosti dítěte i jeho schopností. Dysfunkční rodina, zvláště bez kladného a trvalého emočního vztahu k dítěti, popřípadě rodina zanedbávající nebo týrající dítě, nebo život dítěte mimo rodinu ztěžuje až narušuje vývoj a formování osobnosti dítěte.“ (Čáp, 1996, s. 44).

Citové pouto definuje Bowlby jako: „...trvalé emoční pouto charakterizované potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou zejména v podmínkách stresu.“ Interakcí mezi matkou a dítětem vzniká silné citové pouto. Při nepřítomnosti matky v raném období dochází ke změnám v osobnostním vývoji. Citové pouto mezi matkou a dítětem se vytváří již v prenatálním období. Další a nejdůležitější je utváření citové vazby během vývoje po narození (Bowlby, 2010, s. 232).

Bowlby definoval jednotlivé fáze formování citové vazby mezi matkou a dítětem:

1. Orientace s omezeným rozpoznáváním postavy
2. Orientace zaměřená k jedné rozeznávané postavě
3. Udržování blízkosti k rozeznávané postavě
4. Utváření partnerství korigovaného k cíli.

První fáze je asi první tři měsíce života dítěte. Dítě se brzy naučí vytvořit výlučnou vazbu k jedné osobě. Díky tomu si tuto vazbu malý člověk bude umět vytvořit i v dalším životě. Pokud se to do šesti měsíců dítě nenaučí, nemusí se to již podařit vůbec. Druhá fáze trvá do šesti měsíců věku dítěte, někdy i déle. Dítě začíná rozlišovat známé tváře od cizích, k matce se chování projevuje výrazněji. V této době je stále ještě možné nahradit matku jinou osobou bez následků ve vývoji dítěte. Třetí období je popisováno od šestého až sedmého měsíce věku dítěte do jeho třetích až čtvrtých narozenin. Období je často popisováno, jako období „strachu z cizince.“ Dítě si vybírá osoby, ke kterým se chová přátelsky a věnuje jim úsměv. Matka poskytuje bezpečí. Největší následky v tomto období může mít separace dítěte od matky. Poslední fáze spadá do třetího až čtvrtého roku dítěte, kdy je utvořena jeho základní identita. Dítě se více orientuje na prozkoumávání okolí, vazba na matku již není tak výrazná, jejich vztah přechází v partnerství (Bowlby, 2010, s. 233).

Spolu se sociokulturní charakteristikou rodiny patří k jejím podstatným formativním znakům to, co se vyjadřuje výrazy emoční klima, osobní vztahy uvnitř rodiny, způsob sociální komunikace apod.

Jedna skupina autorů zkoumala případy nadměrné ochrany dítěte matkou a zavrhuje její postoje matky k dítěti. Ochraňující matka projevuje o dítě nepřiměřenou péči, nepouští je do dětské společnosti, omezuje jeho samostatnost, zachází s ním jako s mladším, udržuje jej v závislosti na sobě. Ochraňující matky jsou buď shovívavé nebo dominantní. V obou případech je nadměrná ochrana překážkou v rozvoji sociální a charakterové zralosti dítěte.

Jiná skupina autorů zdůraznila tzv. „dvojitou vazbu“ ve vztahu matky k dítěti. Tímto termínem označili zvláštní jev, který pozorovali u matek, jejichž děti trpěli těžkou duševní poruchou: matka projevuje k dítěti kladný vztah, zároveň však i vztah negativní, nepřátelský. Takový vztah vzniká z matčiných zátěžových životních zkušeností a nevyřešených problémů.

Většina autorů dnes souhlasí s názorem, podle kterého je nejdůležitější aspekt v postoji rodičů k dítěti vyjádřen protikladem: láska, přijímání dítěte, kladný postoj k němu – a naopak zavržení dítěte, negativní postoj k němu, lhostejnost, chlad, až nenávisť. Oba postoje existují v rozmanitých formách a odstupňováních, existují i jejich kombinace. Kladný postoj rodičů umožňuje dítěti, aby k nim mělo hluboce kladný vztah, aby se s nimi identifikovalo. To usnadňuje, aby si dítě vytvořilo k lidem vůbec. Negativní postoj rodičů ztěžuje socializaci a formování charakteru. Dítě se v krajním případě neidentifikuje s rodiči a podléhá spíše vlivu chuligánských part nebo jiných antisociálních modelů. Může dojít i k duševním poruchám a delikvenci.

Z výsledků výzkumů je též zřejmé, že spolu s matkou má pro formování osobnosti značný význam i otec, jakožto model mužství, představitel mužských pozitivních vlastností a společenských norem. Význam mívají i ostatní dospělí členové rodiny a příbuzní (Čáp, 1993, s. 278-279).

2.5 Dílčí závěr teoretické části

Předčasně narozený novorozenec a těžká nezralost novorozence jsou termíny, které jsou už v naší společnosti známé, bohužel časté a jsou stále diskutovaným tématem.

V teoretické části jsem se zaměřila na popis základních teoretických pojmů týkajících se této problematiky. Kdy se označuje porod jako předčasný, kdy je novorozenec považován za nedonošeného. Jako důležitou kapitolu považuji komplikace spojené s předčasným porodem, protože každé předčasně narozené dítě se s nimi potýká. Psychomotorický vývoj dítěte v jednotlivých obdobích je důležité znát pro posouzení možných odchylek ve vývoji.

Hlavní částí teoretické práce však zůstává sociální začlenění a socializace jedince do společnosti. Popis jednotlivých fází a průběh, faktory ovlivňující sociální začlenění. Pokud se věnuje socializaci nelze nezmínit vliv výchovy a prostředí na jedince. Dále vliv kladného emočního vztahu rodičů, který podporuje rozvoj zdravého sebevědomí.

Většina dětí má vhodné podmínky pro svůj rozvoj a začlenění do společnosti, láskyplnou rodinu, podnětné prostředí. Některé děti svoje startovní podmínky nemají jednoduché. Vstup do života mají ztížený zdravotními komplikacemi od začátku.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

3.1 Použitá metoda, stanovení výzkumných otázek

Pro svoji práci jsem zvolila kvalitativní výzkumné šetření a to případovou studii, kde jsem použila metodu sběru dat analýzu expertních posudků. Podle Hendla se výzkum pomocí případové studie zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů.

V úvodu této empirické části jsem si stanovila 4 výzkumné otázky, kterým se budu věnovat a v závěru této části na ně za pomoci vybraných kazuistik odpovím. Zaměřila jsem se na extrémně nezralé novorozence, u kterých sociální začlenění do společnosti, skupin vrstevníků, kolektivů vzdělávacích zařízení je spojeno s řadou problémů a negativních zkušeností.

Pro výběr respondentů jsem využila doporučení praktického lékaře pro děti a dorost, kde jsem čerpala výzkumný materiál a při své odborné praxi i cenné rady. Vybrala jsem 7 respondentů, u kterých jsem zkoumala odborné posudky a dále je analyzovala. Jak uvádí Hendl jde o účelové vzorkování za použití informačně bohatých případů pro hlubší studium (Hendl, 2008, s. 103). Z odborných posudků se jednalo o psychologické a psychiatrické zprávy. Připravila jsem si základní plán výběru zkoumaných jednotek. V závěru se pokusím o návrhy implikací pro praxi. Etické aspekty při výzkumu jsem respektovala a zachovala anonymitu účastníků výzkumu změnou jmen, bez užití jiných identifikací.

Jsem si vědoma, že i když analýza dokumentů může přinést důležitá sdělení, mohou být tyto posudky zkresleny subjektivním stavem vyšetřujícího nebo vztahem k vyšetřované osobě.

Výzkumné otázky:

1. Jaký vliv má předčasný porod novorozence na další psychomotorický vývoj dítěte?
2. Může být nepříznivý průběh prvního období vývoje příčinou výukových a výchovných problémů u dětí?
3. Byly tyto děti vzdělávány s ohledem na jejich nezralost a psychomotorický vývoj?
4. Jaké byly vytvořeny podmínky pro úspěšnou socializaci dítěte?

3.2 Kazuistiky předčasně narozených dětí

Kazuistika č. 1

Osobní anamnéza

Lucie je 7,5 letá dívka, narozená ve 28. týdnu těhotenství. Porodní hmotnost 650g, porodní míra 33cm, narozená jako první dvojče. Po porodu byla měsíc v inkubátoru. Z nemocnice propuštěna do domácí péče po 3 měsících. Dobrá poporodní adaptace. Psychomotorický vývoj opožděn do 3 let věku, od té doby bez pohybových a mentálních problémů. Postavila se v 18. měsících, začala chodit ve 21-22 měsíci, tělesně obratná, zvládající sebeobsluhu. Poporodní retinopatie (ROP III.st.), několikrát operovaná zraková vada, nosí brýle. Lehké opoždění vývoje řeči ve 4 letech. Pro diagnostikovaný ADHD syndrom nasazena medicína.

Rodinná anamnéza

Od 3 let navštěvovala běžnou Mateřskou školu, adaptovala se dobře, kolektiv tolerovala dobře, celodenní pobyt. Mluvné produkci řeči dívčiny bylo někdy hůře rozumět, lehké opoždění vývoje řeči. Do stacionáře nastoupila kvůli postiženému dvojčeti, aby byli oba spolu. Ve věku 4 roky a 9 měsíců byla přijata do Dětského rehabilitačního centra pro diagnózu těžká nezralost I.dvojčete, hypotonický syndrom s vadným držením těla (VDT). Propuštěna ve věku 6 let a 9 měsíců. Rodiče si přáli odklad školní docházky, aby mohla ještě 1 rok navštěvovat běžnou MŠ.

Psychologické vyšetření (v 6,5 letech věku)

Použity metody: rozhovor s rodičem, rozhovor s pečujícími osobami, pozorování volné hry, kresba postavy, test znalostí předškolních dětí (Matějček). V sebeobsluze je dívčinka samostatná, nají se sama lžící, dojde si na WC, oblékne se sama. Impresivní složka řeči - rozumí jednoduchým otázkám a pokynům, porozumění složitějším gramatickým strukturám někdy s obtížemi. Expresivní složka řeči - tvoří celé věty i souvětí, tempo přiměřené, řeč plynulá, artikulace- nyní nácvik hl.R, Ř, slovní zásoba průměrná. Dyslalie. Dobře rozumí i složitějším pokynům, odpovídá adekvátně nebo mlčí, hovoří v rozvinutých dlouhých větách s malým množstvím dysgramatismů, správně používá zájmena, předložky, spojky, minulý čas, výslovnost pouze mírně dyslalická. Slovní zásoba pasivní i aktivní je chudší. Sociální kontakt navazuje bez obtíží, navazuje kvalitní oční kontakt, komunikuje velmi dobře verbálně i neverbálně, během vyšetření spolupracuje ochotně a soustředěně,

situaci chápe jako výkonovou, snaží se vyhovět, je šikovná, vstřícná, pomáhá, v kolektivu dětí se dobře zapojuje. Psychomotorické tempo v pořádku. Motorika odpovídá věku, pouze mírná neobratnost v rámci hypotonického syndromu. Postaví věž z 12-ti kostek, navlékne obratně korálky, vloží peletky do krabičky. Tužku drží adaptivně v pravé ruce, kresba postavy odpovídá věku 6 let. Test znalosti předškolních dětí je mírně podprůměrný

Závěr

Aktuální úroveň psychomotorického vývoje odpovídá celkově spodnímu pásmu normy pro daný gestační věk. Jednotlivé schopnosti jsou rozvinuty víceméně rovnoměrně, motorika je mírně neobratná. Dívka je sociabilní, komunikativní, usměrnitelná, euthymně emočně laděná. Sociální začlenění do skupin vrstevníků probíhalo v běžné Mateřské škole, kde se adaptovala dobře. Zapojovala se aktivně do kolektivních her i soutěží. Je spíše pomalá, přecitlivělá, dokáže být houževnatá. Ve stacionáři pobývala spolu s bratrem, ve kterém cítila oporu. Má tendenci se předvádět a přeceňovat. Nyní navštěvuje již pro ni známou Mateřskou školu, je vstřícná, v kolektivu dětí se dobře zapojuje.

Kazuistika č.2

Osobní anamnéza

Petr je 7,5 letý chlapec, narozený ve 28.týdnu těhotenství jako druhé dvojče. Porodní hmotnost 850g, porodní míra 34 cm. Chlapec s kombinovaným tělesným a mentálním postižením, je v péči řady odborných zařízení. Těžké rizikové faktory v perinatální a rané postnatální fázi vývoje měly vliv na rozvoj hydrocefalu po krvácení do mozku, rozvoj dětské mozkové obrny (DMO) spastická kvadruparetická forma s převahou postižení dolních končetin. Po porodu byl 2 měsíce v inkubátoru, 10.den krvácení do mozku a postupný rozvoj posthemoragického hydrocefalu. Psychomotorický vývoj byl opožděn, do 1,5 roku válel jen sudy, na 4 v 1 ¼ roce, postavil se ve dvou letech. Pro zrakovou vadu nosí brýle.

Rodinná anamnéza

Ve věku 4 roky a 9 měsíců byl přijat do Dětského rehabilitačního centra. Opakovaný pobyt v Léčebně pohybových poruch, kde došlo k velkému pokroku, dosáhl samostatné chůze. Nyní navštěvuje první třídu Základní školy speciální.

Psychologické vyšetření (v 6 letech věku)

Použity metody: rozhovor s rodičem, rozhovor s pečujícími osobami, pozorování volné hry, Gesselova vývojová škála, škála Bayleyové. Je již bez plen, potřebu ohlásí, nají se sám, při oblékání potřeba vydatná dopomoc. Spolupracuje, všem pokynům vyhoví, usměvavý, do práce nadšený. Impresivní složka řeči - rozumí jednotlivým otázkám a pokynům, složitější gramatické struktury nezvládá. Expresivní složka řeči - je velmi komunikativní, slovní zásoba ale omezená, zde bez většího pokroku, zásoba 210 slov, dopomáhá si neverbálně, často opakuje dokola jedno slovo s různou intonací v závislosti na situaci, věty netvoří. Tempo lehce zrychlené. Opožděný vývoj řeči. Sociální kontakt navazuje velmi dobře, udržuje normální oční kontakt, komunikuje velmi dobře neverbálně a v rámci svých možností i verbálně, při hře chápe sociální situaci, kooperace, pozitivně laděný, vstřícný, dobře usměrnitelný, vydrží si hrát pod dohledem u stolečku, zapojí se do společných her, sociálních hříček, je společenský. Koncentrace pozornosti je poměrně kvalitní, tenacita od posledního vyšetření vzrostla, chlapec se dokáže soustředit dostatečně dlouhou dobu pro vyřešení některých jednoduchých úkolů, po několika minutách pozornost ochabuje. Hrubá motorika je neobratná v rámci základní diagnózy, pravou horní končetinu málo používá pro pomocnou roli, pohybuje se samostatnou topornou chůzí s napadáním na pravou dolní končetinu. Chlapec je hypotrofický, ale velmi živý a aktivní. Jemná motorika je neobratná v rámci základní diagnózy nedokonalý klíšťový úchop, postaví na sebe 6 kostek, postaví vláček, most dle předlohy nepostaví. Tužku drží levou rukou, zpočátku spontánně čará, poté napodobil kruhový tah, horizontálu i vertikálu, učinil i pokus o křížek. Impresivní složka řeči je na vyšší úrovni než expresivní složka. Chlapec rozumí jednoduchým pokynům, ukázal správně všechny obrázky v testu, rozumí významu řeči. Aktivní řeč odpovídá 15-ti měsícům věku.

Závěr

Úroveň psychomotorického vývoje odpovídá pásmu středně těžké mentální retardace, vývoj probíhá nerovnoměrně, nejvíce je opožděna expresivní složka řeči, o něco lépe se rozvíjí porozumění řeči a adaptivní chování, dobře se rozvíjí sociální chování a porozumění sociálním situacím, motorický vývoj se pohybuje v rámci základní diagnózy. Dítě je pozitivně emočně laděné, vstřícné. Během dvouletého pobytu se chlapec výborně začlenil do dětského kolektivu, pohodový, vstřícný, ochotně spolupracující.

Kazuistika č.3

Osobní anamnéza

Jiří je 17,5 letý chlapec, narozený v 29. týdnu těhotenství jako druhé dvojče. Porodní hmotnost 1280g, porodní míra 38cm. Po porodu kříšen, v inkubátoru 2 měsíce. Poporodní adaptace zkomplikována krvácením do mozku a rozvojem hydrocefalu. Na podkladě perinatální encefalopatie epilepsie, první záchvat ve 4 letech věku. Rozvoj DMO (kvadraparetická forma), autismus, těžká zraková vada - po narození operace očí (ROP IV.st.). Jedná se o chronicky nemocného chlapce s velmi závažným hybným postižením všech čtyř končetin a defektem intelektu.

Rodinná anamnéza

Od tří let navštěvoval Speciálně pedagogické centrum při Mateřské škole pro tělesně postižené. Nyní navštěvuje speciální třídu pro žáky s autismem při Základní škole speciální ELPIS. Několikrát lázeňský pobyt v Jánských Lázních a Klimkovicích.

Psychologické vyšetření (v 17 letech věku)

Chlapec se neorientuje v běžných sociálních situacích, výrazné potíže má ve spontánním navazování funkčních vztahů s vrstevníky, vadí mu přítomnost malých dětí, preferuje samotu, rád tráví čas ve svém pokoji, v kontaktu preferuje nejbližší osoby – rodiče, sestru, nevyhledává a sám nenavazuje kontakt s vrstevníky ani dospělými. Na rodiče je nadměrně fixován, separaci od nich v neznámém prostředí nezvládá, vyžaduje stálý doprovod a dohled. Vyžaduje, aby vše bylo na svém místě, opakovaně rovná věci. Funkční spolupráci při vyšetření se nedaří navázat. V chování převažují stereotypie celého těla. Ve speciální třídě v Elpisu je již dobře zadaptován. Objevují se obtíže při nenadálých změnách, myšlení výrazně rigidní (ulpívavé).

Neverbální komunikace nelze příliš posoudit, je výrazná oční vada. Dle posledních vyšetření se zrak neustále zhoršuje, aktuálně 8 dioptrií, oční kontakt problematický, mimika je méně výrazná, hůře čitelná, gesta nevyužívá komunikačně. Je výskyt motorických stereotypií prstů a horních končetin. Celkově řeč spíše nefunkční, verbálně komunikuje částečně, avšak pouze se známými osobami, používá několik slov s funkčním významem, na výzvu poprosí, při vyšetření převažuje výskyt řečových stereotypií. Hra je jednoduchá, výrazné ulpívání na předmětech, které primárně neslouží ke hře. Předměty typu ručník, klíče, tkaničky, korálky..., rád je promílá v prstech, cinká s klíči, s korálky, s ručníkem také spí, má ho i s sebou, hraje si s ním, různě motá. Rád poslouchá oblíbená CD s muzikou nebo po-

hádkami. Do společenských her s pravidly se adekvátně zapojit nedokáže, má potíže s chápáním těchto her. Ztížená koordinace pohybů, chůze neobratná, má po operaci kyčle, která dle rodičů bez efektu, na delší vzdálenosti potřebuje invalidní vozík, chůzi ze schodů a do schodů samostatně nezvládá, častý výskyt motorických stereotypií horních končetin, trupu těla. Lateralita nevyhraněná, předměty bere do rukou převážně dlaňovým úchopem, vhodí korálky do hrdla PET lahve, postaví komín z hladkých kostek, tužku drží neobratně, nekreslí, pracuje s prstovými barvami, houbičkou, občas razítkuje. Rigidní stravovací návyky, krmený lžící, občas vezme lžící do dlaně, příbor neužívá, potřebuje pomoc. Oblékání s výraznou pomocí, zkouší si obléci tričko, musí mít přesně nachystáno, knoflíky a zipy nezapne, tkanice nezaváže. Přes den potřebu avizuje, v noci již bez plén.

Závěr

Chlapec 16,8let s diagnózou Dětský autismus (pasivní typ sociálního chování), kognitivní schopnosti v pásmu těžkého mentálního poškození, těžká zraková vada, epilepsie (medikace, záchvaty aktuálně kompenzovány), omezení v hybnosti. Vzhledem k míře postižení potřebuje nejvyšší míru speciálních vzdělávacích potřeb. Nadále doporučeno zařazení do třídy pro žáky s autismem při ZŠ speciální ELPIS. Chlapec s těžkým zdravotním a psychickým postižením, s dlouhodobými těžkými poruchami orientace a komunikace. Funkční schopnosti dítěte jsou velmi omezené a díky základní diagnóze je dítě neschopné samostatné existence a je plně odkázané na péči nejbližších osob. Chlapec potřebuje neustálý dohled a péči dospělých osob. Sociální začlenění je ovlivněno základní diagnózou. V kontaktech chybí sociální vzájemnost a chlapec často nereaguje adekvátně na běžné sociální situace.

Kazuistika č.4

Osobní anamnéza

Lenka je 7 letá dívka narozená v 27.týdnu těhotenství. Porodní hmotnost 850g, porodní míra 32cm. Rizikové těhotenství pro zdravotní stav matky ukončeno předčasně císařským řezem. Po porodu byla na Jednotce intenzivní péče 2 měsíce v inkubátoru, kyslík 25 dnů. Komplikace spojené s předčasným porodem, postižení zraku retinopatie (ROP II.- III.st.), nezralost plicní tkáně (RDS II.- III.st.). Psychomotorický vývoj opožděný, ADHD syndrom (porucha pozornosti a aktivity), expresivní vývojová porucha řeči, specifická vývojová porucha motorických funkcí.

Rodinná anamnéza

Od 4 let navštěvuje Mateřskou školu pro logopedy, autisty a sluchově postižené děti.

Psychologické vyšetření (v 6 letech)

Prenatální i postnatální rizika, od počátku retardace PMV (v evidenci rizikové poradny). Kontakt navazuje zcela bez obtíží, nezachovává sociální distanc, chování familiární, odbržděné. Pohybové stereotypie (třepotavé pohyby prstů), opakované mlaskavé zvuky. Po příchodu do místnosti zkoumá prostředí, chodí po místnosti, otevírá zásuvky, bere a zkoumá předměty ležící na stole, na pokyny na korekci chování nereaguje, vzteká se, opakovaně se zmocňuje zakázaných věcí, odmítá se zabavit nabízenými hračkami, fyzicky se brání. Projevy psychomotorického neklidu, impulzivity, narušená koncentrace, psychická instabilita. Řeč silně dyslalická, místy obtížně srozumitelná, přesmyky, komolení slov, chudá slovní zásoba, vyjádření v krátkých dysgramatických větách. Hrubá motorika je neobratná, narušená koordinace pohybů, potíže s udržením rovnováhy, do schodů jde s oporou, střídá nohy. Dominantní pravá ruka, defektní vizuomotorická koordinace, grafomotorika je nerozvinutá, kresba ve stadiu obsažné čáranice, napodobí svislici a kruhový tah, kresbu postavy odmítá, úchop tužky neobratný, stejně tak uchopování drobných předmětů. Pojmenuje barvy, z geometrických tvarů s jistotou určí kruh, označí zvířata na obrázku, předměty denní potřeby, relativně kvalitní zraková percepce (diferenciace detailů na obrázcích), číselná řada neosvojená, kvalitní krátkodobá sluchová paměť, schopnost nového učení limitována poruchou pozornosti. Aktuální intelektové schopnosti při horní hranici lehké mentální retardace. Výkonnost je negativně ovlivněna mimointelektovými faktory (poruch pozornosti, impulzivita, hyperaktivita) a skutečné mentální schopnosti jsou vyšší. Nevyužívá plně svou intelektovou kapacitu.

Závěr

Jedná se o dítě se speciálními vzdělávacími potřebami. Neklidná, vzdorovitá, disharmonický vývoj. Nejvýraznější opoždění expresivní složky řeči, neobratná hrubá i jemná motorika, výrazně opožděná grafomotorika, ADHD, autistické rysy, impulzivita, afektivní reakce. Sociální začlenění do skupin vrstevníků probíhalo v Mateřské škole pro logopedy, autisty, kde je neustále nutné průběžné usměrňování aktivity. Sama chce regulovat tempo práce. Snaží se často předčasně ukončit činnost, kterou vnímá jako neatraktivní, lze ji usměrnit.

Kazuistika č. 5

Osobní anamnéza

Jindřich je 15- ti letý chlapec, narozený ve 32.týdnu těhotenství jako druhé dvojče. Porodní hmotnost 1850g, porodní míra 44cm. Těhotenství bylo rizikové, porod komplikovaný, porozen přidušený. Od 3 měsíců patrně zpoždování v psychomotorickém vývoji. Perinatální encefalopatie měla vliv patrně na další onemocnění. Dětská mozková obrna, kvadraparetická forma, epileptický syndrom od 6 let, hodnocena těžká mentální retardace. Od narození cvičena vývojová rehabilitace Vojtovou metodou. První slova ve 4 letech.

Rodinná anamnéza

Od narození je v domácí péči, do školy nastoupil v 9 letech, měl dva odklady. V současnosti navštěvuje speciální třídu Základní školy třetím rokem. Je vzděláván podle Školního vzdělávacího programu „Škola pro život“, který vychází z RVP ZŠS. Na základě příslušného speciálně pedagogického centra a žádosti rodičů vypracován individuální vzdělávací plán.

Psychiatrické vyšetření (v 11 letech)

Chlapec je hodný, ale lekavý, úzkostné reakce, stále usměvavý, sedí klidně ve vozíku. Sociální kontakt s lékařkou navazuje, snaží se reagovat na její verbální podněty především mimikou a pohyby horními končetinami, když jeví radost nebo vzrušení ruce zatíná a křečovitě jimi krátce pohybuje. Svoje emoce vyjadřuje i neartikulovanými zvuky. Neobslouží se, neumyje, nenají, nenapije, tělesnou čistotu nedodržuje, nosí pleny. Pohybuje se jen na invalidním vozíku, plazí se, na kolena se nedostane, nesedne si, proto na vozíčku, prohýbá se do opistotonu (specifická poloha na zádech, křečovitě stahy zádového svalstva). Objevují se trhavé pohyby celými pažemi, pravou ruku, která je pohyblivější si přidržuje ruku levou. Expresivní složka řeči nevytvořena, porozumění dobré, snaží se říkat dvě jednoduchá slova, většinou projev pouze neartikulovanými zvuky, které používá dle aktuálních emocí.

Závěr

Sociabilní, přátelský, patrně intelektové postižení v pásmu těžké mentální retardace. Výchovně-vzdělávací proces je vhodné zaměřit na optimální rozvoj kognitivních procesů, komunikačních schopností, rozvoj motoriky, senzomotoriky, emocionality. Sociální začle-

nění do skupin vrstevníků probíhal až v 9 letech ve speciální třídě ZŠ. Navazování kontaktů a spolupráce značně omezena základní diagnózou.

Kazuistika č. 6

Osobní anamnéza

Miroslava je 13,5 letá dívka, narozená v 33.týdnu těhotenství. Porodní hmotnost 1850g, porodní míra 41cm. Těhotenství předčasně ukončeno z důvodu zdravotních komplikací ze strany matky. V inkubátoru byla asi 14 dnů, kyslíková léčba 3 dny. Po porodu se objevily hyperbilirubinémie, hypokalcémie, RDS I.st., ultrazvukové vyšetření mozku bylo bez patologie, neurologický nálezn v normě. Pro rizika spojená s prematuritou doporučena vývojová rehabilitace (1 rok).

Rodinná anamnéza

Vedena v rizikové poradně pro prematuritu. Psychomotorický vývoj v normě. Mateřská škola, Základní škola navštěvována v řádném termínu bez nutnosti odkladů školní docházky. První stupeň Základní školy rodinného typu, přestup na druhý stupeň do velké Základní školy spojen s psychickými problémy, úzkostné a kolapsové stavy.

Psychologické vyšetření (dívka 12,9 let)

Ve věku 9 let se objevila první porucha vědomí při hře, dále opakující se stavy ve 13 letech. Hospitalizována na neurologické klinice pro vyloučení epigeneze. Dívka s intelektem v pásmu vyššího průměru a mírně nadprůměrnou úrovní abstraktního a vizuálně - prostorového myšlení. Opakované stavy derealizace, kterým předcházeli kolapsové stavy. Psychomotorické tempo lehce zpomalené, nevýrazný projev mohou korespondovat s úzkostným podkladem vyvíjející se osobnosti. Emocionalita je bohatá, ale aktuálně není dostatečná schopnost zpracovávat plně zejména negativní afekty, které mohou být proto potlačovány, vytěsňeny nebo projikovány. Anamnesticky v posledním období důležitá změna školy, z rodinného typu na větší třídu se živějšími dětmi, pravděpodobně do kolektivu příliš nezapadá. Je možný psychogenní podklad současných obtíží.

Závěr

Bylo doporučeno zvážení psychoterapeutického vedení. Informace o derealizačním syndromu. Doporučeno začlenění do projektů určených pro rozvoj komunikačních a vztahových dovedností na úrovni víkendových aktivit a letního tábora. Sociální začlenění do sku-

pin vrstevníků probíhalo v běžné ZŠ. První stupeň probíhal bez komplikací, přechod na druhý stupeň spojen s psychickými problémy související s její emoční labilitou a nestálostí.

Kazuistika č. 7

Osobní anamnéza

Libor je 7,5 letý chlapec, narozený ve 28.týdnu těhotenství jako první dvojče. Porodní hmotnost 1050g, porodní míra 38cm. Rizikové těhotenství předčasně ukončeno císařským řezem. Chlapec pro nezralost přijat na JIP, kde nutná kyslíková léčba, 19 dnů, inkubátor nutný 2 měsíce. Poporodní adaptace komplikovaná nezralostí. Pro anemii nutné opakované transfuze, hyperbilirubinemie s fototerapií. Nutnost sledování očního pozadí pro nezralost sítnice (ROP II.- III.st.), nezralost plicní tkáně (RDS I.- II.st.), opakovaně prováděno ultrazvukové vyšetření mozku. Dle neurologa zahájena vývojová rehabilitace (18 měsíců). Chodil ve 20 měsících.

Rodinná anamnéza

Veden v rizikové poradně a v několika odborných ambulancích. Mateřskou školu začal navštěvovat ve 4 letech. Ve třech letech pozorována porucha aktivity a pozornosti, porucha vizuomotorické koordinace a prostorové orientace, slabá pozornost. Poučení o vhodnosti dalšího vedení a stimulace. Intenzivní vedení v rodině na doporučení klinického psychologa. Doporučen program pro předcházení poruchám učení dle Sindelarové. V 6 letech doporučen odklad školní docházky. V současnosti navštěvuje první třídu Základní školy. Na žádost rodičů menší škola rodinného typu.

Psychologické vyšetření (v 5,5 letech) pro posouzení školní zralosti

Sociální chování odpovídá věku, lehká nervozita a roztěkanost. Hrubá i jemná motorika je lehce neobratná, vážne zejména správné sekvencování pohybu, vizuomotorická koordinace lehce nejistá. Figurální kresba je nezralá, analytická. Končetiny jednodimenzionální, lehká osová asymetrie, nedetailuje trup, obličej vykresluje adekvátně a vzhledem k celé kresbě také propracovaně. Výkres podepíše svým jménem tiskacím písmem. Reprodukce psacího písma se nedaří, zvládne s dopomocí. Reprodukce počtu nezralá, zachová množství, formaci ne. Intelekt celkově při horní hranici pásma průměru, lehce silnější složka verbálně pojmová. Zde kvalitní aktivní slovník, porozumění v normě, vztahy mezi pojmy adekvátně věku vystihne. Nižší zralost vývoje prostorového vnímání. Početní myšlení silné, číselnou

řadu zná jistě do 29. Pozornost hodnocena klinicky distraktibilní, oscilující, slabá vytrvalost při pracovní zátěži. Paměť pro podněty verbálně auditivní i vizuálně abstraktní s normální vstřípivostí.

Závěr

Mírná nezralost vizuální diferenciacie a stranového rozlišování. Neobratnost jemné motoriky i grafomotoriky, zde navíc nezralé pojetí prostoru. Doporučen odklad školní docházky kvůli nezralé grafomotorice a pracovních schopností. Rovněž doporučeno navštěvování skupinek předškoláků, vedených speciálním pedagogem v Pedagogicko psychologické poradně. Sociální začlenění do skupin vrstevníků probíhalo bez problémů. V běžné Mateřské škole kamarádský, zapojoval se do kolektivních her. Špatně zvládal neúspěch přehnanou, vystupňovanou reakcí.

3.3 Dílčí závěr praktické části

Pro analýzu dat jsem zvolila holistickou analýzu, která neusiluje o rozbití nashromážděných dat, ale hledá závěry posouzením dat jako celku (Hendl, 2008, s. 226).

První kazuistika popisuje dívku narozenou ve 28. týdnu těhotenství. Psychomotorický vývoj byl opožděn do 3 let věku. Ve 4 letech se objevilo lehké opoždění vývoje řeči a také ADHD syndrom. Další vzdělávání probíhalo spolu s bratrem v Dětském rehabilitačním centru, kde byla vzdělávána pod vedením speciálních pedagogů. Sociální začlenění probíhalo bez větších problémů. Její emoční labilita, citlivost, tendence se předvádět a neodhadnout vhodnost chování v dané situaci můžeme přisuzovat k nezralosti nervové soustavy. Můžeme však hovořit o pozitivní perspektivě v další socializaci.

Druhá kazuistika se týká chlapce narozeného ve 28. týdnu těhotenství. Psychomotorický vývoj byl ovlivněn hned po porodu krvácením do mozku, následným rozvojem DMO. Vzdělávání probíhalo v Dětském rehabilitačním centru, denním stacionáři, kde kromě intenzivní rehabilitace byl vzděláván a rozvíjen pod vedením speciálních pedagogů. Nyní navštěvuje první třídu ZŠ speciální. Sociální začlenění je ovlivněno základní diagnózou. Při hře chápe sociální situaci, je společenský, pozitivně laděný, vstřícný, dobře usměrnitelný. Jeho další socializace bude ovlivňována jednak odborným vedením pedagogů, psychologů, rodinou, ale hlavně jeho zdravotním stavem, který je významný determinant.

Třetí kazuistika se věnuje chlapci narozenému v 29. týdnu těhotenství. Psychomotorický vývoj byl ovlivněn, stejně jako v předchozí kazuistice, ihned po porodu rozvojem hydroce-

falu, krvácením do mozku, rozvojem DMO. Od tří let navštěvoval Speciálně pedagogické centrum při MŠ pro tělesně postižené, nyní navštěvuje ZŠ speciální. Sociální začlenění je opět ovlivněno základní diagnózou. Socializace je ovlivňována jeho častou hospitalizací, separací od jemu blízkých lidí a známého prostředí. Což může mít negativní vliv na další rozvoj.

Čtvrtá kazuistika nám přiblíží osud dívky narozené v 27. týdnu těhotenství. Psychomotorický vývoj byl opožděn od počátku. Nyní ovlivněn poruchou pozornosti a aktivity. Sociální začlenění probíhalo v MŠ pro logopedy, autisty a sluchově postižené děti. I přes míru nezralosti se neobjevilo těžké zdravotní postižení a dalším speciálním vedením můžeme pozitivně ovlivnit její další socializaci. Poruchy chování, psychická instabilita, narušená koncentrace jsou opět důsledky nezralosti nervové soustavy.

Pátá kazuistika popisuje chlapce narozeného v 32. týdnu těhotenství. Psychomotorický vývoj opožděn od 3 měsíců. Vlivem perinatální encefalopatie patrně DMO, epileptický syndrom. Primární socializace v rodině probíhala do 9 let. Nyní je vzděláván v ZŠ speciální. Jeho těžké zdravotní postižení ovlivní další socializaci i přes snahu odborníků a láskyplnou péči rodičů.

Šestá kazuistika se týká dívky narozené v 33. týdnu těhotenství. Psychomotorický vývoj normální. Navštěvovala běžnou MŠ a ZŠ. Sociální začlenění probíhalo bez potíží až do přestupu na druhý stupeň ZŠ, kdy se objevily psychické problémy, které byly příčinou zdravotních potíží. Emoční labilita, úzkostné stavy mohou být ještě pozůstatek nezralosti nervové soustavy, které se projeví až v zátěžové situaci, pro ni nový kolektiv, do kterého nezapadá, na který se nezvykla. Objevila se nevyrovnanost a zpomalení psychomotorického tempa. Díky včasné a odborné intervenci však můžeme očekávat pozitivní výsledek.

Sedmá kazuistika zobrazuje chlapce narozeného ve 28. týdnu těhotenství. Psychomotorický vývoj v normě. Navštěvoval běžnou MŠ. Pro poruchu aktivity a pozornosti intenzivní vedení a stimulace v rodině na doporučení psychologa. V současnosti navštěvuje první třídu ZŠ. Sociální chování odpovídá věku, sociální začlenění bez obtíží. Přetrvává vystupňovaná, přehnaná reakce na neúspěch. Z vybraných kazuistik jde o případ s pozitivní perspektivou pro další socializaci i přes míru nezralosti.

3.4 Vyhodnocení výzkumných otázek

1) Jaký vliv má předčasný porod novorozence na další psychomotorický vývoj dítěte?

Předčasný porod má významný vliv na další psychomotorický vývoj a to z důvodu nezralosti nervové soustavy. Důležitá je míra nezralosti. U lehké nezralosti, kdy mozková tkáň byla již téměř vyvinuta, se nepředpokládá opoždění ve vývoji tak velké. Psychomotorický vývoj předčasně narozených dětí je nutné pečlivě a pravidelně sledovat. Může vlivem nezralosti mozku docházet k neurologickým komplikacím a opoždění ve vývoji. Při včasné diagnostice se může tento vývoj ovlivňovat vývojovou rehabilitací, konkrétně cvičením Vojtovy metody. Jedná se o reflexní cvičení, při kterém se vysílají podněty do mozku, aktivují se tím vrozené pohybové vzory. Zdravé a donošené děti mají tyto základy pohybu dané a dochází k postupné vertikalizaci, od úchopu, otáčení, plazení, lezení až k samostatné chůzi. Při poruchách centrálního nervového systému je spontánní zapojení těchto pohybových vzorů omezeno. Cvičení může trvat měsíce i roky, ale včasnou intervencí lze některým vážným poruchám předcházet nebo zmírnit následky. Důležité je i pravidelné psychologické sledování, celkové chování dítěte, zachycení prvních abnormalit ve vývoji.

2) Může být nepříznivý průběh prvního období vývoje příčinou výukových a výchovných problémů u dětí?

Už v teoretické části jsem popisovala negativní vliv předčasného porodu na organismus dítěte, možné komplikace a další vývoj. Bohužel se často objevují onemocnění, která jsou spojená s těžkou nezralostí mozku, očí, plic a výukové a výchovné problémy můžeme očekávat. Tento nepříznivý průběh však lze ovlivnit a to velkou měrou. Cílenou péčí odborníků a láskyplnou péčí rodičů lze nepříznivý průběh vývoje a tím i jejich perspektivu pozitivně ovlivnit. Naopak, pokud se rodiče dostatečně takovému dítěti nevěnují, můžeme očekávat velmi vážné následky. Poradenský systém specializovaných pracovišť pedagogických center může významnou měrou ovlivnit přístup rodičů i tam, kde perspektiva se zdá být negativní. Poruchy výchovné mohou být rozlišeny již v raném dětství, poruchy výukové naopak až v předškolním období nebo v prvních letech školní docházky.

3) Byly tyto děti vzdělávány s ohledem na jejich nezralost a psychomotorický vývoj?

U kazuistik č. 1, 2, 3, 4 bylo vzdělávání odborně vedeno ve speciálních centrech. U kazuistiky č. 5 se rodiče rozhodli pro domácí péči až do věku 9 let, nyní je třetím rokem vzděláván v ZŠS s odborným vedením. U kazuistik č. 6 a 7 nebylo odborné vzdělávání nutné. Pravidelné psychologické kontroly a konzultace o dalším vedení s rodiči jsou nadále nut-

né. Současná síť speciálních pedagogických center, středisek rané péče a včasná diagnostika možných poruch se velkou měrou podílí na pozitivním začleňování zdravotně znevýhodněných do společnosti.

4) Jaké byly vytvořeny podmínky pro úspěšnou socializaci dítěte?

Sociální pedagogika je specializovanou disciplínou, která pro svoji činnost využívá pedagogické postupy v situacích, kdy běžné způsoby ovlivňování psychosociálního vývoje selhávají a kde je výchovné působení provázeno problémy (Jedlička et al., 2005, s. 75). Podmínky pro úspěšnou socializaci byly vytvořeny u všech kazuistik. V prvních fázích života se jednalo o nesespecifickou primární prevenci v rodině intenzivním vedením rodičů. Jednalo se zejména o zvládnutí úzkostných stavů, učit se zvládat zátěžové situace. Následovala specializovaná péče v odborných centrech.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo porovnat sociální začlenění u předčasně narozených dětí. Analyzovat jejich rozvoj a začlenění při specializovaném vedení. Snažila jsem se vystihnout jaký vliv u nich měla výchova, prostředí a zdravotní stav jednice.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části. Část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem definovala základní pojmy a termíny. Uvedla jsem čtenáře do problematiky předčasně narozených dětí. Nejdříve jsem se zaměřila na předčasné porody a jejich příčiny. Dále jsem se věnovala vlivu předčasného porodu na fyzickou a psychickou stránku dítěte, jeho další růst a vývoj. Poté, ve stěžejním úseku teoretické části, jsem se zabývala sociálním začleněním, popisem základních pojmů, faktory ovlivňující sociální začlenění. Především jsem kladla důraz na vliv výchovy a prostředí. Zmiňuji i vliv emočních vztahů a jejich působení na socializaci. V praktické části se zabývám vybranými kazuistikami. Ty jsem vybrala jednak podle termínu předčasného porodu, současného stáří dětí a předpokládané míry vlivu nedonošenosti na sociální začlenění.

Pro svoji práci jsem zvolila kvalitativní výzkumné šetření a to případovou studii, kde jsem použila metodu sběru dat analýzu expertních posudků. Zaměřila jsem se na extrémně nezralé novorozence a vybrala 7 respondentů, u kterých jsem zkoumala odborné posudky a následně je analyzovala. Stanovila jsem si 4 výzkumné otázky a v závěru na ně odpověděla.

Pokud sociální integraci chápeme jako začlenění člověka se zdravotním postižením do kolektivu lidí bez postižení, můžeme popsané kazuistiky rozdělit do tří částí. U kazuistik č. 1, 6 a 7 se podařilo děti integrovat do běžného života. Navštěvují základní školu a prognóza jejich vývoje je pozitivní. U kazuistik č. 2 a 4 je situace více komplikovaná. Děti mají větší problémy se socializací a těmto musí být přizpůsobeno i prostředí a kolektiv, ve kterém se nacházejí. U kazuistik č. 3 a 5 je situace vážná s nízkou pravděpodobností pozitivní prognózy vývoje. Děti potřebují soustavnou péči další osoby a nejsou schopny plnohodnotné interakce s podobně starými dětmi.

Jak vyplynulo ze závěru bakalářské práce, využití poznatků ze sociální pedagogiky má velký význam při úsilí o optimální sociální začlenění předčasně narozených dětí. Správná metodika, intenzita, forma vzdělávání a rozvoje může výrazným způsobem napomoci lepší integraci nedonošených dětí do sociálních skupin a to jak ve věku předškolním, tak i pozdějším. Při znalosti problematiky předčasně narozených dětí můžeme lépe pomoci rodičům

překonat jejich nelehkou situaci a usnadnit tak socializaci jejich dětí mezi vrstevníky, připravit je pro základní sociální role.

Prováděný výzkum, analýza vlivu jednotlivých faktorů na socializaci předčasně narozených dětí a aplikace poznatků na jednotlivé kazuistiky se může stát vhodnou inspirací pro další práci s těmito dětmi. A to jak pro rodiče, tak pro vychovatele a pedagogy. Zde se otevírají zajímavá témata pro další výzkum.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BLÁHA, Arnošt Inocenc. Sociologie dětství. 4. vyd. V Brně: Komenium, 1948, 237 s.
- [2] BOREK, Ivo. Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče. 2. vyd. dopl. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 327 s. ISBN 80-7013-338-4
- [3] BOWLBY, John. Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 356 s. ISBN 978-80-7367-670-4
- [4] ČÁP, Jan. Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy. 1. vyd. Praha: ISV, 1996, 302 s. ISBN 80-85866-15-3
- [5] ČÁP, Jan. Psychologie výchovy a vyučování. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1993, 415 s. ISBN 80-7066-534-3
- [6] DOKOUPILOVÁ, Milena, FIŠÁRKOVÁ, Barbora a NOVOTNÁ, Lenka. Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 315 s. ISBN 978-80-7367-552-3
- [7] DUNOVSKÝ, Jiří a EGGERS, Hans. Sociální pediatrie. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989, 252 s.
- [8] FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a BOREK, Ivo. Intenzivní péče o novorozence. 2. vyd., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 447 s. ISBN 978-80-7013-547-1
- [9] FONTANA, David. Psychologie ve školní praxi: příručka pro učitele. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, 383 s. ISBN 80-7178-626-8
- [10] HAVLÍK, Radomír a KOŤA, Jaroslav. Sociologie výchovy a školy. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 174 s. ISBN 978-80-7367-327-7
- [11] HELUS, Zdeněk. Psychologické problémy socializace osobnosti. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1976, 231 s.
- [12] HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4

- [13] JEDLIČKA, Richard. Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí. 1. vyd. Praha: Themis, 2004, 478 s. ISBN 80-7312-038-0
- [14] KRAUS, Blahoslav. Základy sociální pedagogiky. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3
- [15] KRAUS, Blahoslav. Sociální aspekty výchovy. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999, 165 s. ISBN 80-7041-135-x
- [16] KRAUS, Blahoslav a POLÁČKOVÁ, Věra. Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky. Brno: Paido, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2
- [17] LEIFER, Gloria. Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. 1. vyd. české. Praha: Grada, 2004, 952 s. ISBN 80-247-0668-7
- [18] MACKŮ, František a ČECH, Evžen. Porodnictví pro střední zdravotnické školy. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002, 143 s. ISBN 80-86073-92-0
- [19] MATĚJČEK, Zdeněk. Škola rodičů. Praha: Maxdorf, 1997, 285 s. ISBN 80-85912-29-5
- [20] MATOUŠEK, Oldřich. Rodina jako instituce a vztahová síť. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 161 s. ISBN 80-86429-19-9
- [21] MOŽNÝ, Ivo. Rodina a společnost. 2., upr. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2008, 323 s. ISBN 978-80-86429-87-8
- [22] PIAGET, Jean a INHELDER, Bärbel. Psychologie dítěte. 3. vyd., v nakl. Portál 2. Praha: Portál, 2000, 143 s. ISBN 80-7178-407-9
- [23] PŘADKA, Milan. Vybrané problémy vztahu výchovy a prostředí. 1. vyd. Brno: Univerzita J.E. Purkyně, 1983, 173 s.
- [24] ŘÍČAN, Pavel. Psychologie osobnosti: obor v pohybu. 6., rev. a dopl. vyd., Grada Publishing 2. Praha: Grada, 2010, 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9
- [25] SEDLÁŘOVÁ, Petra. Základní ošetřovatelská péče v pediatrii. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8
- [26] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [online]. ÚZIS ČR, [cit.2012-09-27] Dostupné z <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demografie>