

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

RANÁ PÉČE O DĚTI S PORUCHAMI ZRAKU

Bakalářská práce

Autor: Marie Mottlová

Vedoucí práce: Mgr. Martina Papoušková

Práce odevzdána dne 14. května 2007

Thesis Abstract: Early intervention about children with visual disablement

The Bachelor's Thesis concerns with problems of early intervention in the Czech Republic. It explains basic terms and system of complex care for a family with a child with disablement. Further, it devotes to development of early intervention provision and to early care providers in the Czech Republic.

The Thesis outlines present situation of former clients of Early Intervention Centre České Budějovice.

Act No. 108/2006 Coll. on social services defines early care as external or ambulant service provided to a child and child's parents maximum up to 7 year of age of a child, that is disabled or their development is endangered due to unfavourable social situation.

The Early Intervention Centre České Budějovice has been providing these services to families and children with visual or combined disablement already during 13 years. Two advisors, instructor for eyes stimulation, coordinator, psychologist and a supervisor work in the Centre.

The main objective of this Thesis was to obtain a feedback from former clients of the Early Care Intervention České Budějovice and to investigate merits of early intervention. Further, to obtain data usable for community planning of social services in South-Bohemian region.

All these objectives were fulfilled.

The results revealed that work of the Centre contributed in particular to compensate occurred disablements, helped to family acceptance of a child and increased self-sufficiency of a family.

Furthermore, the obtained data implied increased need of personal assistance for children with disablement when not in care of tenders.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Raná péče o děti s poruchami zraku“ vypracovala samostatně a pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce a to v nezkrácené úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 14. 5. 2007

.....
Marie Mottlová

Poděkování

Touto cestou chci poděkovat Mgr. Martině Papouškové za odborné vedení bakalářské práce a všem pracovním Střediska rané péče České Budějovice za jejich rady a srchovanou míru trpělivosti.

OBSAH

Úvod	8
1. Současný stav.....	9
<i>1.1. Základní pojmy.....</i>	<i>9</i>
<i>1.1.1. Vymezení pojmu zdravotní postižení</i>	<i>9</i>
<i>1.1.2. Potřeba.....</i>	<i>10</i>
<i>1.1.3. Vymezení pojmu raná péče</i>	<i>11</i>
<i>1.1.3.1. Vysvětlení pojmu raná péče</i>	<i>11</i>
<i>1.1.3.2. Definice rané péče</i>	<i>12</i>
<i>1.1.4. Vymezení pojmu integrace - inkluze.....</i>	<i>12</i>
<i>1.2. Péče o děti s postižením v ČR.....</i>	<i>13</i>
<i>1.2.1. Pediatrická péče o děti s postižením</i>	<i>13</i>
<i>1.2.2. Pedagogická péče o děti se zvláštními potřebami.....</i>	<i>14</i>
<i>1.2.2.1. Speciálně pedagogická diagnostika.....</i>	<i>14</i>
<i>1.2.2.2. Specifika vzdělávání dětí se zvláštními potřebami.....</i>	<i>14</i>
<i>1.2.2.3. Speciálně pedagogické metody</i>	<i>15</i>
<i>1.2.2.3.1. Metody reedukační.....</i>	<i>15</i>
<i>1.2.2.3.2. Metody kompenzační.....</i>	<i>15</i>
<i>1.2.2.3.3. Metody edukační</i>	<i>16</i>
<i>1.2.2.4. Vzdělávací programy pro děti se zvláštními potřebami.....</i>	<i>16</i>
<i>1.2.3. Sociální péče o rodinu a děti.....</i>	<i>18</i>
<i>1.2.3.1. Pojem sociální péče</i>	<i>18</i>
<i>1.2.3.2. Péče státu o rodinu a děti</i>	<i>18</i>
<i>1.3. Teorie a východiska rané péče.....</i>	<i>19</i>
<i>1.4. Český model „Provázení“</i>	<i>20</i>
<i>1.4.1. Historie rané péče v ČR</i>	<i>20</i>
<i>1.4.2. Charakteristika modelu „Provázení“</i>	<i>21</i>
<i>1.4.3. Cíle modelu „Provázení“</i>	<i>22</i>
<i>1.5. Programy rané péče</i>	<i>22</i>
<i>1.5.1. Podpora vývoje dítěte.....</i>	<i>22</i>

1.5.2. Podpora rodiny.....	23
1.5.3. Působení na společnost.....	23
1.6. Principy poskytování služeb rané péče.....	23
1.7. Klienti rané péče.....	25
1.8. Složení týmu	25
1.9. Legislativa.....	26
1.10. Financování rané péče.....	27
1.11. Poskytovatelé rané péče	28
1.11.1. Asociace pracovníků v rané péči	28
1.11.2. Poskytovatelé rané péče	28
2. Cíle práce a hypotézy	30
2.1. Cíle práce.....	30
2.2. Hypotézy.....	30
3. Metodika	31
3.1. Metodický postup.....	31
3.1.1. Sekundární analýza dat.....	31
3.1.2. Dotazník.....	31
3.2. Charakteristika výzkumného souboru.....	32
4. Výsledky	33
4.1. Doplnková data: Podrobnější charakteristika výzkumného souboru, komunitní plánování sociálních služeb	34
4.2. Saturace potřeb bývalých klientů Střediska rané péče České Budějovice během poskytování služeb rané péče	46
4.3. Saturace potřeb bývalých klientů Střediska rané péče České Budějovice v současnosti	57
4.4. Přínos Střediska rané péče České Budějovice.....	61
5. Diskuse	63
5.1. Saturace potřeb bývalých klientů Střediska rané péče České Budějovice během poskytování služeb rané péče	64

5.2. Saturace potřeb bývalých klientů Střediska rané péče České Budějovice v současnosti	66
5.3. Přínos Střediska rané péče České Budějovice.....	67
5.4. Reflexe rodičů na práci Střediska rané péče České Budějovice.....	70
6. Závěr	71
7. Seznam použité literatury	74
8. Klíčová slova	76
9. Přílohy	77

Úvod

Je to přirozené, každá rodina při narození dítěte očekává, že bude nejen krásné, ale především zdravé. Bohužel, někdy se očekávání nesplní a dítě se narodí s postižením. Ten, kdo to neprožil, si neumí představit, čím nejen matka dítěte, ale i její nejbližší okolí prochází. Změní se ze dne na den životní styl rodiny, jejich chování v rámci rodiny i v rámci sociokulturního prostředí. Jsou motivováni k péči o dítě a snaží se získat jakékoliv informace. Ty hledají především u lékařů. Stávalo se, že právě oni se přímé odpovědi, i když nemusela být pro rodinu nikterak tragická, vyhýbali. Období prvních let života dítěte je nejdůležitější pro zdárný celkový vývoj dítěte. V těchto prvních letech je utvářen základ funkcí oblasti kognitivní, řečové, emocionální a sociální. Služby rané péče ulehčují start v péči o dítě s postižením. Raná péče stále více dostává do popředí zájmu odborníků, kteří se zabývají péčí o děti s postižením.

Téma jsem si vybrala, protože mi tato problematika není cizí a chtěla jsem do ní více proniknout, seznámit se s organizací poskytování služeb.

V bakalářské práci bych ráda shrnula dosavadní poznatky o rané péči, jejím vývoji a změnách, které přineslo její zakotvení v zákoně č. 108/2005 Sb. o sociálních službách.

Cílem práce je získat zpětnou vazbu od klientů Střediska rané péče České Budějovice, to jak byly jejich potřeby uspokojovány v průběhu péče a jak jsou uspokojovány nyní. Neboť jsou to právě oni, kteří již s odstupem času mohou poskytnout rané péči impulz k udržení kvality služeb nebo k jejímu zlepšení.

1. Současný stav

Dle Úmluvy o právech dítěte, vydané roku 1989 v New Yorku a přijaté Českou republikou jako nadzákonné právní normy, má dítě s postižením právo na zvláštní péči, výchovu a profesní přípravu, aby mohlo žít plným a důstojným životem a dosáhnout nejvýše možného stupně samostatnosti a sociálního začlenění. (17)

Díky výraznému vývoji v neonatologii se zlepšila péče o novorozence, poklesla novorozenecká úmrtnost a zvyšují se počty přežívajících nedonošených dětí. Je však nutné zaměřit se i na další péči o děti, omezit nepříznivé důsledky působení perinatálních rizikových faktorů na zdravotní stav, zaměřit se na jejich další vývoj a podporu rodiny. Tato péče spadá do základních programů, které raná péče naplňuje prostřednictvím poskytovaných sociálních služeb.

S přijetím Zákona o sociálních službách číslo 108/2006 Sb. našla raná péče konečně své místo v právním systému této země. Od zákona se očekávalo mnohé, jako každá právní norma vydaná tímto státem i zákon o sociálních službách není bezchybný. Bude potřebovat řadu novel a to především v oblasti financování, posuzování závislosti osob na péči jiné osoby apod. Jen čas ukáže, zda je stát na tolik osvícen, že jako mnozí odborníci, uzná velký význam rané péče a bude podporovat její existenci.

1.1. Základní pojmy

1.1.1. Vymezení pojmu zdravotní postižení

V roce 2001 přijalo Valné shromáždění WHO konečnou revizi dokumentu International Classification of Functioning, Disability and Health. Zavedl nové pojmy, **Impairment**, **Activity** a **Participation**. Jejich prostřednictvím hodnotí a posuzuje nároky k vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. (5)

- **Impairment (porucha)**

Jedná se o poruchu na strukturální nebo funkční povahy, tedy na úrovni orgánu (struktura) nebo orgánové soustavy (funkce).

- **Aktivita (schopnost)**

Zohledňuje podstatu a rozsah konkrétního výkonu člověka. Omezení aktivity v podstatě, trvání a kvalitě je vždy následkem poruchy na úrovni struktury nebo funkce.

- **Participation (participace)** spoluúčast jedince na životě v sociokulturním prostředí. Omezením (restrikcí) participace zohledňuje klasifikace problémy, které člověk může mít v prožívání životních situací.

Rozsah a kvalita jednotlivých hodnot určuje míru znevýhodnění jedince. Jedná se tedy o pozitivní klasifikaci, která neklade důraz na omezení, ale na schopnosti.

Tato klasifikace zohledňuje i **faktory prostředí (environmental factors)**, jako vnější vlivy na funkční schopnost a disabilitu. Mohou být **facilitující, nebo bariérové**, tzn. participaci usnadňující nebo komplikující. **(5)**

Nejčastěji jednotlivé druhy postižení dělíme, podle systémů nebo orgánů, které postihují. Od tohoto rozdělení se odvíjí **typy postižení**, které popisuje L. Květoňová-Švecová ve své publikaci:

- **Tělesné postižení** je takové postižení, kdy postihuje pohybový aparát. Jedná se o kostní, svalové poruchy a poruchy související s postižením periferní i centrální nervové soustavy.
- **Smyslové postižení** je stav, kdy se porucha projeví na smyslových orgánech (oko, ucho,...), nebo jsou postižena mozková centra. Poruchy se nečastěji projeví na vzhledu dítěte, v jeho chování, popř. opožděním ve vývoji apod., proto bývají rodiče dítěte první, kdo toto postižení zpozoruje.
- **Mentální postižení** je porucha kognitivních funkcí s postižením centrální nervové soustavy a duševní poruchy.
- **Kombinovaná postižení** pak znamenají výskyt nejméně dvou různých postižení současně. **(7)**

1.1.2. Potřeba

Obecně se jedná o subjektivně pocíťovaný nedostatek něčeho nezbytného. Při dlouhodobém nenaplnění potřeby většinou nastupuje deprivace, která s sebou přináší změny osobnosti apod. Dle Abrahama Maslowa se potřeby dělí do 5 kategorií na fyziologické, potřeby bezpečí a jistoty, dále na potřebu lásky a uznání a potřebu seberealizace. Obecně platí, že dříve uvedené potřeby jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. **(2)**

Pro účely bakalářské práce uvedu, jak psychické potřeby pojal prof. Matějček přední český psycholog.

Dle něj dítě nejvíce potřebuje *náležitý přívod podnětů* zvenčí nezbytný k tomu, aby se centrální nervový systém mohl naladit na patřičný výkon, nebo vybudovat kompenzační mechanismy. To však samo o sobě nestačí. K přeměně těchto impulsů v poznatky a zkušenosti je nezbytný *řád a smysl*, základ veškerého učení. Třetí potřeba se týká *životní jistoty*, která se nejintenzivněji naplňuje v citových vztazích k nejbližším lidem. Teprve pevné zakotvení v rodině, jistota domácího zázemí umožňuje, nejen dětem, "rozepnout křídla" a vydat se za poznáním světa. Neméně významná je *realizace* potřeby *vlastní společenské hodnoty*, potřeby být uznáván, oceňován, přijímán. Jde tu o identitu každého jedince, vědomí vlastního "já" – sebevědomí. Uspokojení poslední, páté, z těchto potřeb je předpokladem pro "**otevřenou budoucnost**". Jde tedy o potřebu životní perspektivy, jež nám umožňuje žít v čase, od minulosti do budoucnosti, na něco se těšit, o něco usilovat, k něčemu směřovat. Její znejistění či dokonce ztráta mohou být osudné. (9)

Dle Vágnerové lze význam rodiny ještě upřesnit, a to tak, že rodina je důležitá sociální skupina, která plní celou řadu biologických, ekonomických, sociálních i psychologických funkcí. Poskytuje svým členům potřebné zázemí, uspokojuje jejich potřeby a zprostředkovává zkušenosti, které nelze získat jinde. (20)

Dítě se zrakovým, nebo jiným postižením má stejné potřeby jako dítě zdravé. K nim se připojují **potřeby specifické**, kdy se jedná zejména o vyšší, či jinak zprostředkovaný přísun kvalitních podnětů v dětství, speciální podněty, upravené okolní prostředí, apod. (22)

1.1.3. Vymezení pojmu rané péče

1.1.3.1. Vysvětlení pojmu raná péče

Pojem raná péče vznikl v roce 1993 přeložením výrazu používaného v zahraničí (early intervention). První část výrazu „early“ lze vnímat jako: „včasná nebo raná“. Termín „včasná“ byl zamítnut. Označuje spíše okamžitost vyžadovaného zásahu, bez ohledu na věk dítěte. Druhá část „péče“ nahrazuje výraz „intervence“ či „zásah“. Termín

intervence je ve zdejších sociokulturních podmínkách již vžitým pojmem. V době, kdy pojem raná péče vznikal, byl pojem příliš odtažitý a expertní. Výraz „zásah“ je srozumitelný, avšak významově příliš expanzivní. Termín „péče“ v tomto smyslu označuje soustavu služeb. **(13)**

1.1.3.2. Definice rané péče

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. charakterizuje jako službu terénní, popřípadě ambulantní službu poskytovanou dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo je jeho vývoj ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace.

Služba je pak zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho speciální potřeby.

Nepříznivou sociální situaci lze, dle stejného zákona, rozumět oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením. **(18)**

1.1.4. Vymezení pojmu integrace - inkluze

Obecně je proces integrace snaha nenásilné a přirozené začlenění jedince s různým druhem a stupněm postižení do adekvátní reality. Touto realitou je chápána rodina, skupina vrstevníků, kontakty s lidmi v blízkém okolí, školní kolektiv apod.

Tento pojem je postupně nahrazován pojmem „inkluze“, který dle přesného anglického pojmu „to be included“ vyjadřuje být součástí. A dle Novákové je pojem integrace nahrazován, neboť implikuje způsob, kdy někdo nebo nějaká skupina je vyřazena a je integrována zpátky. Dále je inkluzivní prostředí specifické tím, jak je schopno vybudovat systém, jenž je inkluzivní a strukturován směrem k plnění všech speciálních potřeb jedince s postižením. **(21)**

- **Integrace pedagogická**

Speciální pedagogika chápe integraci, jehož jsou zdraví a postižení rovnoprávnými členy, jako společné soustředění sil k ochraně a pomoci každému jednotlivci vzájemné, partnerské přijímání ve všech oblastech společného života. **(21)**

Dle Jankovského úspěšnost školské integrace ovlivňuje řada faktorů. Nejdůležitějším faktorem je rodina, která přímo působí na jedince od hodnotové orientace po vyrovnání se s realitou pečovatele o dítě s postižením. Dalšími faktory je ekonomická úroveň státu a škola, do níž má být dítě integrováno, která musí před přijetím dítěte zajistit specializaci zaměstnanců, speciální pomůcky, bezbariérovost apod. Neméně důležitým faktorem je kvalita diagnostické a metodické pomoci odborných zařízení. Důležitý je též postoj komunity k procesu integrace. **(6)**

Dle Novákové se postižení žáci mají vzdělávat, v co možná nejvyšší možné míře se svými vrstevníky nemusí být vždy vyučováni v běžné třídě ani rozsah vzdělávání není pevně stanoven, musí být ale uvážen s potřebami dítěte. **(21)**

1.2. Péče o děti s postižením ČR

1.2.1. Pediatrická péče o děti s postižením

Zdravotní péči o děti zajišťují pediatři. Systém pediatrické péče v naší zemi je dlouhodobě osvědčeným modelem.

Tento systém obsahuje:

- **Primární pediatrickou péči**, která sítí ordinací praktických lékařů pro děti a dorost zajišťuje jak **léčebnou** tak i **preventivní péči** o děti od 0 do 19 let věku.

Léčebnou péčí pak rozumíme především řešení akutních stavů, či stavů dlouhodobých nemocí. Preventivní péče zajišťuje celkové sledování vývoje dítěte včetně preventivních opatření, jakým je např. očkování, screeningová vyšetření zaměřená na časnou detekci některých postižení a vad.

- **Sekundární pediatrickou péči** zajišťují pediatři na dětských lůžkových odděleních nemocnic a specialisté, kteří provádějí péči specializovanou.

Systém umožňuje sledovat zdravotní stav dítěte již po narození na novorozeneckém oddělení, kde jsou provedeny náběry na první screeningová vyšetření. Pokud je stav

dítěte komplikovaný (vrozená postižení, perinatální komplikace, apod.), je dítě umístěno na jednotku intenzivní péče novorozeneckého oddělení, případně přeloženo do vyššího typu zařízení, kde je léčeno a monitorováno. Dovoluje-li to zdravotní stav dítěte, preferuje se přítomnost matky. Po propuštění do domácí, či ústavní péče je toto dítě sledováno v tzv. rizikových poradnách neonatologů a neurologů. Děti jsou většinou od počátku rehabilitovány. Mimo tyto případy jsou všechny děti sledovány v poradně, kde dítě absolvuje osm až deset pravidelných prohlídek do konce prvního roku věku, přičemž první dvě absolvuje dítě do 48 po propuštění do domácí péče. (12)

1.2.2. Pedagogická péče o děti se zvláštními potřebami

Vzdělávání je založeno na zásadách rovného přístupu každého člověka ke vzdělávání bez jakékoli diskriminace, zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce, svobodného šíření poznatků, které vyplývají z výsledků poznání světa a možnosti vzdělávat se po dobu celého života. Cílem vzdělání pak je rozvoj osobnosti člověka, získání všeobecného vzdělání a všeobecného odborného vzdělání. (19)

1.2.2.1. Speciálně pedagogická diagnostika

Speciálně pedagogická diagnostika by měla sloužit ke zkvalitnění výchovně vzdělávací práce s každým jednotlivým dítětem. Speciálně pedagogická diagnostika je důležitá zejména u dětí v raném a předškolním věku, kdy se vytvářejí základy všech vlastností osobnosti, schopností a návyků a je tedy nezbytné využít všech možností k posouzení současného stavu a stanovit na jeho základě adekvátní působení na dítě. Zde je však nutná spolupráce s odborníky (pediatrem popř. oftalmologem, neurologem, aj.). (8)

1.2.2.2. Specifika vzdělávání dětí se zvláštními potřebami

Cílem výchovně vzdělávacího procesu je co nejvšestrannější rozvoj osobnosti jedince a jeho adekvátní zařazení do společnosti. Při výchově a vzdělávání dětí se zvláštními potřebami se využívají nejen speciální metody, ale i modifikovaný obsah

vzdělávání a individuální přístup k dítěti. Vychází se z poznatků o postižení a z dispozic pro výchovu a vzdělání získaných prostřednictvím diagnostiky.

Základem do zařazení do výchovně vzdělávacího procesu jsou hlediska oftalmologická, speciálně pedagogická a psychologická. **(12)**

1.2.2.3. Speciálně pedagogické metody

1.2.2.3.1. Metody reedukační

Jedná se o postupy zaměřené na nápravu nebo rozvoj poškozeného orgánu nebo jeho funkce.

Pro nápravu a rozvoj poškozeného smyslu se využívá reedukačních pomůcek. Tyto pomůcky napomáhají vyrovnávat nedostatečně rozvinuté, případně porušené funkce využíváním funkcí zachovalých nebo přestavbu jen částečně narušených funkcí. Umožňují potřebnou samostatnost pro vykovávání různých činností. Např.: optické pomůcky napomáhají odstraňovat optické vady. Jedná se především o brýle, lupy, čtecí zařízení atd.

1.2.2.3.2. Metody kompenzační

Těchto se využívá, když orgán, nebo funkce je zcela, nebo prakticky zcela zničena.

Proto se pedagogika soustředí na zdokonalení nepostižených smyslů a funkcí, které se používají jako zastupující (sluch, čich, hmat, pohyb...) Specifika podoby této metody se odráží v zapojení sensorických, pohybových, nebo poznávacích funkcí. Dále podle toho, jaký konkrétní výchovně vzdělávací cíl sledují (čtení, psaní...).

Pro nahrazení defektní funkce se používá kompenzačních pomůcek. Jedná se o předměty, které zvyšují kvalitu života v různých činnostech běžného života. Například při psaní, čtení, tělesné výchově, sebeobslužných činnostech, aktivitách volného času, apod. **(22)**

1.2.2.3.3. Metody edukační

Při koncipování obsahu vzdělávání se vychází z potřeby poznat nejbližší prostředí, zvládnout běžné životní situace, zvládnout obsah a rozsah učiva příslušné školy. Při tom výběr edukačních metod závisí na mnoha činitelích: zejména na druhu a stupni postižení, na cílech a obsahu vzdělávání, na vybavení školy a žáka vhodnou kompenzační technikou.

Vlastní metody vzdělávání pak dělíme na všeobecné, modifikované (běžné metody upravené pro potřeby dítěte s postižením) a metody speciální, které se opírají především o zájem dítěte, jeho potřeby a možnosti jak tělesné, tak psychické. (22)

1.2.2.4. Vzdělávací programy pro děti se zvláštními potřebami

Aby mohli být naplněny cíle vzdělávání, zpracovává Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy **národní program vzdělávání**. V něm jsou rozpracovány hlavní cíle vzdělávání. Cíle tento plán vymezuje hlavní oblasti vzdělávání, obsahy vzdělávání a prostředky, které jsou nezbytné k dosahování těchto cílů. Pro každý obor vzdělání v jakémkoliv stupni vzdělávání se pak vydávají **rámcové vzdělávací programy**. Ty stanoví konkrétní cíle, formy, délku a povinný obsah vzdělávání. Rámcové vzdělávací programy musí odpovídat nejnovějším poznatkům vědních disciplín, a pedagogiky a psychologie o účinných metodách a organizačním uspořádání vzdělávání přiměřeně věku a rozvoji vzdělávaného. Rámcové vzdělávací programy opět vypracovává Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy po projednání s příslušnými ministerstvy. Na pomyslně nejnižším stupínku stojí **školní vzdělávací programy**. Opět musí být v souladu s rámcovými vzdělávacími programy. Program vydává ředitel školy. Obsahem programu jsou zejména konkrétní cíle vzdělávání, délka, forma, obsah a časový plán. Dále podmínky přijímání uchazečů, průběh a ukončování vzdělávání, včetně podmínek pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, označení dokladu o ukončeném vzdělání. Dále stanoví popis materiálních personálních a ekonomických podmínek a podmínek bezpečnosti práce. (19)

Děti s jakýmkoliv postižením mají stejné základní fyzické, psychické a sociální potřeby jako ostatní děti. Navíc mají speciální potřeby vyplývající z postižení. Mnohé z nich se mohou stát v dospělosti plnohodnotnými členy společnosti. **(8)**

Proto zákon zaručuje dětem se zvláštními potřebami právo bezplatně užívat při vzdělávání speciální učebnice a speciální diakritické a kompenzační učební pomůcky. Nejsou-li schopni řeč vnímat sluchem, číst běžné písmo nebo se dorozumívát řečí, mají právo na vzdělání takovým způsobem, který jim to umožní. Vyžaduje-li povaha zdravotního postižení, zřizují se pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením školy, popřípadě v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy. Dítěti s hlubokým mentálním postižením mají právo být vzdělávání takovým způsobem, který odpovídá jejich duševním a fyzickým možnostem a to na základě doporučujícího posouzení odborného lékaře a školského poradenského zařízení.

Ředitel jakékoliv vzdělávací instituce, může ve třídě nebo studijní skupině zřídit funkci asistenta pedagoga. Také může na požádání zákonného zástupce, s doporučením školského poradenského zařízení povolit vzdělávání podle individuálního plánu.

Z textu jasně vyplývá, že ve vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami hrají významnou roli školská **poradenská zařízení**. Tyto zařízení zajišťují pro děti a jejich zákonné zástupce, pro školy a školská zařízení informační, diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost. Poskytují odborné speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické služby, preventivně výchovnou péči a napomáhají při volbě vhodného vzdělávání dětí, žáků nebo studentů a v přípravě na budoucí povolání. Školská poradenská zařízení dále spolupracují s orgány sociálně-právní ochrany dětí a orgány péče o mládež a rodinu, zdravotnickými zařízeními, popřípadě s dalšími orgány a institucemi.**(19)**

1.2.3. Sociální péče rodinu a děti

1.2.3.1. Pojem sociální péče

Dle Zákona o sociálním zabezpečení č. 100/1998 Sb. se sociální péčí rozumí pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení popřípadě jinými příjmy a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku anebo těm, kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry.

V oblasti sociální péče pak stát zajišťuje poradenskou a výchovnou činnost, zejména výchovu k odpovědnému rodičovství, k upevňování rodinných vztahů a k vzájemné pomoci mezi občany, především pomoci občanům těžce zdravotně postiženým poskytuje další dávky a služby. **(18)**

1.2.3.2. Péče státu o rodinu a děti

Péče státu o rodinu a děti se především orientuje na **poradenskou a výchovnou** péči, která se zaměřuje na výchovu k partnerským vztahům a rodinnému životu. K naplnění tohoto cíle je využita spolupráce s občanskými sdruženími, církevními, charitativními a jinými organizacemi apod.

Rodičům a odpovědným osobám za výchovu dětí a těhotným ženám se poskytují nebo zprostředkovávají porady ve věcech výchovy a výživy dětí a dalších otázkách týkajících se jejich péče o dítě.

Peněžité a věcné dávky, slouží k překonání obtížné životní situace nebo nepříznivých životních poměrů občanů potřebujících pomoc, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku. Mezi tyto dávky patří: Peněžité a věcné dávky rodičům nezaopatřených dětí, těhotným ženám a nezaopatřeným dětem na úhradu jednorázových mimořádných výdajů. Dále např. příspěvek na pořízení základního vybavení dítěte, nebo peněžité příspěvek na úhradu za užívání bytu nezaopatřeného osiřelého dítěte apod. **(18)**

Na území krajů/obcí v současné době probíhá **komunitní plánování** sociálních služeb. Nejedná se zde o přímou péči státu o občany. Jedná se o metodu plánování sociálních služeb, tak aby odpovídaly místním specifikům a potřebám jednotlivých občanů.

Tato metoda pak předpokládá partnerství mezi všemi účastníky (obce/kraje, poskytovatele, uživatele), zapojení místního společenství, hledání nových lidských a finančních zdrojů, dobrou práci s informacemi a nakonec ochotu učinit kompromis, neboť ten je vždy výsledkem komunitního plánování.

Konečným a ideálním účinkem komunitního plánování bude sociální začleňování a předcházení sociálnímu vyloučení jednotlivců a skupin a sociální soudržnost komunity. Nezanedbatelný je i přínos komunitního plánování ve zvýšené dostupnosti a kvalitě sociálních služeb a zvýšená efektivita investovaných finančních prostředků. (10)

1.3. Teorie a východiska rané péče

Komplexní služby rané péče byly cíleně poskytovány od konce 60. let v USA. Na jejich vznik měly vliv zejména tyto směry:

- **Teorie imprintingu** (vpečetování) vychází z poznatku, že mozek malého dítěte schopen regenerace a zejména kompenzace vzniklých poškození ve velkém rozsahu. To je však podmíněno včasným zahájením edukačních procesů. Důležité jsou zde první tři roky života dítěte.
- **Pozitivní vliv stimulace v raném věku a poznatky o příčinách a důsledcích deprivace** poukázaly na velkou plasticitu dětského mozku a možnosti tvorby kompenzačních mechanismů.
- **Výzkum interakce matka-dítě, rodina-dítě a o intuitivním rodičovství** zaznamenal posílení odpovědnosti a sebevědomí rodičů, jako těch, kteří nejlépe rozumí signálům svého dítěte, chápou jeho projevy a potřeby a umí říci odborníkům o pomoc. (13)

Rodina je totiž, dle L. Květoňové, Švecové představuje jednotku s vlastním systémem hodnot a vlastní dynamikou, vlastními komunikačními strukturami, koherencí stejně jako kompetencí pro blaho a podporu svých dětí. (7)

- **Hnutí za práva postižených osob**, zejména Hnutí rodičů v 70. letech v USA usiluje o právo na rovné podmínky. Právo na co nejméně omezující prostředí, právo na život ve vlastní komunitě a rodině. (13)

V roce 1993 byl OSN sválen mezinárodní dokument Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Ta formulují pravidla odstraňování všech forem diskriminace osob se zdravotním postižením. **(5)**

Tyto teorie zohledňovaly hlediska sociální a biologické. To jest na kompenzační možnosti mozku a důležitost fungujícího rodinného prostředí při výchově a rehabilitaci dítěte.

Programy však opomenuly specifickou raného věku (emocionální aspekt rodičovství, úlohu rodiny a spontaneitu rodinného výchovného prostředí). Péče byla více zaměřena na nácvik dovedností a kladla velké edukační požadavky na matku. **(3)**

Proto od konce 80. let nastupuje nový trend rané péče s těmito fenomény:

- přechod od institucionální péče k poskytování služeb v přirozeném prostředí dítěte
- přechod od služeb zaměřených na jednotlivce ke službám zaměřeným na rodinu a komunitu
- odklon od expertního přístupu k partnerskému vztahu s klientem **(13)**

1.4. Český model rané péče – „Provázení“

1.4.1. Historie rané péče v ČR

V padesátých letech se objevují první snahy o poskytování jakési terapeutické péče o děti s postižením. To dalo impuls k tomu, aby se naši přední odborníci začali zajímat např. o prevenci následků u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Mezi odborníky té doby nesporně patří prof. Václav Vojta.

V šedesátých letech a začátkem sedmdesátých se objevuje tendence starat se o dítě s postižením co nejdříve. Tyto snahy se týkají dětí s mentální retardací. Intenzivní stimulace na nepřipravený organizmus dítěte působila přetížení a tvorbu obraných reakcí. Proto dnes heslo: „Čím dříve, tím lépe!“ nahradilo jiné: „V pravý čas!“. **(3)**

Raná péče jako taková navázala na vznik vývojové psychologie. Tak jako jinde ve světě, byl zájem zprvu zaměřen pouze na dítě, avšak brzy přišla reakce na výzkumy interakcí rodiče s dítětem. Od té doby se do přímého pole působnosti rané péče dostávají i rodiče a další členové rodiny.

Raná péče v české republice vzniká od poloviny 80. let, kdy čerpá teoretické poznatky ze zahraničí. Vychází z poznatků mezinárodního měřítko, jejichž získávání bylo tehdy velmi problematické. **(13)**

Tyto poznatky a podněty rodičů iniciovaly výzkumy na domácí půdě. Dále přispěl i vznik prací autorů zejména jako je Matějček, Langmeier, Tamborská, a Čálek. Jejich práce byla zaměřena na teorie raného učení a deprivaci, potřebu socializace, rodinné výchovy, institucionální výchovu, sociální integraci, nevykonnostní pojetí výchovy a vzdělávání, možnosti kompenzace a účinky stimulace. V roce 1977 vzniká Komise rodičů a přátel zrakově postižených dětí Svazu invalidů v ČSSR. Po roce 1985 pak začínají vycházet první knihy a osvětové publikace, vydává opět Svaz invalidů ČSSR.

Skutečný přelom nastává v roce 1990. Vzniká Česká unie nevidomých a slabozrakých (dnes Sjedenocená organizace nevidomých a slabozrakých, o. s.). Už tehdy je poskytována profesionální raná péče středisky rané péče v Praze a v Brně. Tato střediska měla působnost pro celou Českou republiku. S přibývajícím klientelou a tudíž i potřebností se jejich počet se postupně zvyšuje až na konečných 7 (Praha, Brno, Liberec, Ostrava, Olomouc, Plzeň a České Budějovice). **(3)**

V roce 1994 vzniká Středisko rané péče České Budějovice, které poskytuje služby v Jihočeském kraji a okrese Pelhřimov. **(16)**

V listopadu 1997 pak Společnost pro ranou péči. Přejímá tak jednotlivá Střediska od Sjedenocené organizace nevidomých a slabozrakých **(3)**

1.4.2. Charakteristika modelu „Provázení“

Model „Provázení“, jak je výše uvedeno, vznikl od poloviny 80. let. Spojuje teoretické znalosti zahraničních i tuzemských odborníků s praktickým působením poradenských pracovníků pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením. Vychází z poznatků týkajících se teorie raného učení a deprivace, potřeb socializace, rodinné výchovy, institucionální výchovy, sociální integrace, nevykonnostního pojetí výchovy a vzdělávání, možností kompenzace a účinků stimulace.

Tento model byl však ovlivněn novými směry práce s klientem jako je nedirektivní, systemický a neexpertní přístup.

Od roku 1994 praktikuje model „Provázení“ síť Středisek rané péče Společnosti pro ranou péči. (13)

1.4.2.1. Cíle modelu „Provázení“

Poznatky provedené v zahraničí i v české republice ozřejmily potřeby postiženého dítěte i jeho rodiny. Dle těchto poznatků byly stanoveny i cíle rané péče.

- Jejím primárním cílem je **minimalizovat následky postižení a podporovat tvorbu kompenzačních mechanismů** všemi dostupnými postupy i pomůckami.
- Dále **podporovat zodpovědnost a sebevědomí rodičů** postižených dětí, proto, aby mohli zajistit potřeby dítěte se musí stát plnohodnotnými partnery odborníků, rozumět problematice svého dítěte.
- V neposlední řadě **podporovat sociální integraci osob s postižením a právo každého vyrůstat a být vzděláván ve vlastní komunitě** (13)

1.5. Programy rané péče

Český model rané péče „Provázení“ se skládá ze tří programů zaměřených na dítě, rodinu a společnost

1.5.1. Podpora vývoje dítěte

Metodika tohoto programu jsou zaměřené na předcházení nebo eliminaci důsledků postižení nebo narušení sociálních vazeb dítěte. Snaží minimalizovat vniklá vývojová opoždění a zvyšovat dosažitelnou úroveň dítěte ve všech aspektech rozvoje jeho osobnosti. Metodika vychází především z teorie neurofyzického zrání a poznatků o plasticitě nervového systému dítěte v prvním období života a z teorie rané stimulace. Ta pomáhá dítěti vytvářet si kompenzační mechanismy a posiluje funkce, které jsou ohrožené nebo potlačené. (3)

1.5.2. Podpora rodiny

Služby poskytované v rámci tohoto programu napomáhají rodičům v odpovědnosti a nezávislosti při výchově dětí se zvláštními potřebami. Jejich úkolem je poskytnout rodičům takové množství informací, které by jim umožňovalo být partnery odborníkům a umět formulovat svoji potřebu. Podpora začíná včasnou nabídkou pomoci v rodině, akceptací dítěte a udržením nebo navázáním vztahů v komunitě. Maximálně také využívá vnitřních sil rodiny a je účinná pouze tehdy, když respektuje jeho socio-kulturní kontext. Pocit jistoty, sebeúcta a zvládnání situací ovlivňují povahu interakce mezi rodiči a dítětem, tudíž i na jeho další vývoj. **(13)**

1.5.3. Působení na společnost

Rané poradenství je závislé na sociokulturním prostředí, v němž je poskytováno. Rodiče jsou tedy nedílnou součástí společnosti, která toto prostředí vytváří. Jenom pokud bude cílovou skupinou preventivních a vzdělávacích programů celá společnost, můžeme od ní očekávat toleranci a předpoklady sociální integrace občanů s postižením. **(3)**

1.6. Principy poskytování služeb rané péče

Služby rané péče jsou poskytovány převážně v rodinách, což je nejpřirozenějším prostředím pro malé dítě. To dodává dítěti pocit jistoty a zde nejsnáze přijímá nové věci i osoby a učí se novým dovednostem. **(1)**

Rodina, která se rozhodne, že bude vychovávat a podporovat dítě s postižením se musí připravit na úkol nesmírně náročný. Takovéto dítě přináší rodině nemalou zátěž citovou, pracovní, organizační, někdy i ekonomickou. Proto, aby rodina dítěte viděla v rané péči oporu a profesionalitu, musí každé středisko a poradce dodržovat principy služeb rané péče. K jejich dodržování se každý pracovník zavazuje podpisem při uzavírání pracovní smlouvy se střediskem rané péče.

- ***Princip důstojnosti***

Každá lidská osobnost je jedinečná a nezáleží na tom jestli má vadu zraku, nebo kombinované postižení, proto je nutné respektovat individualitu dítěte a kulturní, sociální a výchovné zvláštnosti každé rodiny.

- ***Princip ochrany soukromí klienta***

Tento princip respektuje právo každého člověka na svoje soukromí, proto i poradce rané péče toto respektuje. Osobní data, jako i lékařské zprávy a psychologická vyšetření jsou poskytována k nahlédnutí třetí osobě pouze s jeho souhlasem, popř. se souhlasem jeho zákonného zástupce. (11)

- ***Princip zplnomocnění***

Cílem rané péče, jak již bylo uvedeno, je podporovat v rodičích odpovědnost a důvěru, proto se stávají součástí interdisciplinárního týmu, kdy se účastní plánování a hodnocení programu služeb rané péče.

- ***Princip nezávislosti***

Služby rané péče podporují u rodičů a dítěte schopnost nacházet a využívat vlastní zdroje a schopnosti ke zvládnutí situace, v níž se nacházejí, proto jsou služby klientovi poskytovány takovým způsobem, aby nečinily rodinu závislou na žádné výchovně-vzdělávací instituci ani pobytové instituci, od nichž musí být služby rané péče obsahově, finančně i personálně odděleny.

- ***Princip práva volby***

Tento princip posiluje pocit sebedůvěry, kdy má klient právo přijmou, či odmítnou nabízené služby.

- ***Princip týmového přístupu a komplexnosti služeb***

Jedná se o zásadu, kdy spolupráce interních i externích členů v interdisciplinárním týmu a jejich vzájemná informovanost o klientovi přináší ve svých důsledcích kvalitativní, časové a ekonomické výhody pro klienta i společnost.

- ***Princip přirozenosti prostředí***

Tento princip je zásadní mají-li být služby rané péče kvalitní. Převážná část služeb je klientům poskytována v přirozeném rodinném prostředí, tudíž je nutné volit takové metody, které podporují přirozené prostředí v rodině i komunitě dítěte, kde je speci-

álního pouze tolik, kolik je nezbytně třeba. Pracovník si současně domlouvá domácí konzultace tak, aby respektoval běžný chod a rytmus rodiny.

- ***Princip kontinuity rané péče***

Služby rané intervence podporují sociální integraci dítěte a jeho rodiny v rámci komunity a regionu tím, že v rámci ukončování péče je klient informován o návazných službách a je mu nabídnuto jejich zprostředkování v regionu. **(11)**

1.7. Klienti rané péče

Klientem rané péče je dítě a jeho rodiče (rozumí se fyzická nebo právnická osoba, které je dítě svěřeno rozhodnutím příslušného orgánu do péče), jestliže je u dítěte zjištěno zdravotní (smyslové, tělesné, mentální nebo kombinované) postižení nebo je zdravý vývoj dítěte ohrožen v důsledku působení rizikového sociálního prostředí.

Spodní věková hranice pro poskytování služeb rané péče je vymezena zjištěním postižení nebo potencionálního ohrožení zdravého vývoje, a to včetně zjištění postižení či ohrožení dítěte během prenatálního období. Horní věková hranice je posazena do doby, kdy dítě nastoupí do předškolního nebo školního zařízení. Z toho lze orientačně stanovit tuto hranici na 4. – 7. rok dítěte. **(11)**

Rodina postiženého dítěte je vystavena jedinečným situacím, se kterými nemá zkušenosti. Ty mají pak vliv na všechny její jednotlivé členy, na režim rodiny, její rituály a zvyky, plánování budoucnosti i na komunitu, jíž je rodina součástí. Proto jsou rodiče jak klienty, tak členy multidisciplinárního týmu. **(13)**

1.8. Složení týmu rané péče

Aby mohly být naplňovány raněporadenské programy, musí být služba rané péče zajišťována flexibilním týmem spolupracujících odborníků a rodičů, který může pružně a rychle reagovat na specifické a měnící se potřeby klientů. Tento mezioborový tým pak naplňuje raněporadenský plán vytvořený pro konkrétního klienta. Plán obsahuje konkrétní postupy a služby, na nichž se domluví rodiče a odborníci. Tak je zajištěna podpora schopnosti rodiny řešit situaci vlastními silami. Postup předchází trvalé závislosti

klientů na institucích poskytujících pomoc. Staví je tak na rovinu odborníkům. Činí je tak odpovědnými za rozvoj vlastní a míru stimulace a rozvoj postiženého dítěte. **(15)**

Největší odpovědnost a největší míru vlivu na dítě mají rodiče, kteří jsou základem článkem týmu.

Poradce rané péče je nezbytným členem týmu. Zajišťuje podporu rodiny a psychomotorického vývoje dítěte, sociálně právní poradenství apod. Je to zpravidla vysokoškolsky vzdělaný pracovník, který podstoupil specializační kurz rané péče a výcvik v metodách práce s rodinou.

Dalšími členy týmu jsou specialisté, jejichž specializace závisí na druhu poskytované podpory (instruktor stimulace zraku, psycholog, facilitátor alternativní komunikace apod.)

Ostatními členy týmu je metodik, administrativní pracovník a technický pracovník.

Složení týmu se během procesu rané péče se mění a v jednotlivých fázích jsou jeho součástí kromě pracovního týmu – rodičů a poradců rané péče – i spolupracující odborníci z navazujících oborů (většinou lékaři). **(3)**

Pro práci týmu je velmi důležité, aby jeho členové měli možnost supervize. Tím by měla být zajištěna možnost zkvalitnění dovedností pracovníků a ochrana před nežádoucími důsledky práce v pomáhající profesi. **(11)**

1.9. Legislativa, která se vztahuje k poskytování rané péče

Jak jsem již dříve uvedla, poskytování rané péče upravuje zákon 108/2006 sb. O sociálních službách. Uvádí ranou péči jako službu, která napomáhá zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro rizikovou sociální situaci, životní návyky, a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí.

Dále tento zákon upravuje formy poskytování, základní činnosti, podmínky poskytování, formu ověřování kvality poskytovaných služeb, financování a správní delikty aj. Nakonec jsou v zákoně uvedeny předpoklady pro výkon povolání činnosti v sociálních službách a nároky na další vzdělávání. **(18)**

1.10. Financování rané péče

Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace. Zákon č. 108 /2006 Sb. O sociálních službách definuje ranou péči, jako: „Sociální službu poskytovanou bez úhrady.“ **(18)**

Každý poskytovatel rané péče, aby mohl nabízet tyto služby, musí být podle zákona zaregistrován a splňovat standardy, které uvádí Vyhláška č. 505/2006 Sb., která provádí zákon č. 108/6006 Sb. o sociálních službách.

Dle standardů je poskytovatelům rané péče uložena povinnost vypracovávat systémem získávání finančních prostředků v ročních plánech, zpracovat rozpočet a dbát jeho naplnění a zúčtování. Každoroční finanční zprávy je povinen zveřejnit ve výroční zprávě. **(11)**

Jelikož se jedná o službu sociální prevence, **nemohou uživatelé služeb**, na tento účel použít **příspěvek na péči**, proto je poskytování služby přímo závislé na **dotaci ze státního rozpočtu**, která je poskytována prostřednictvím kraje.

Dotace slouží na financování **běžných výdajů souvisejících s poskytováním** služby.

Výše dotace je pak závislá na celkovém ročním objemu finančních prostředků rozpočtovaných pro příslušný rozpočtový rok, na vypracování střednědobého plánu rozvoje služeb kraje, počtu poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru kraje a jejich kapacit, kapacit sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Na dotaci není právní nárok.

Dále mohou být ze státního rozpočtu poskytovány **účelové dotace** např. na činnosti, které mají rozvojovou povahu, nadregionální, či celostátní charakter, mimořádné situace.

I **obec** nebo **kraj** mohou poskytnout ze svého rozpočtu účelové dotace poskytovatelům, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů služeb. **(18)**

Poskytovatelé získávají finance i na základě dotací prostřednictvím nadací a sponzorů a event. vlastní ziskovou činností.

Takovýto způsob financování služeb, kdy stát reguluje množstvím poskytnutých financí kvalitu poskytovaných služeb i počet poskytovatelů může mít za následek to, že

v nejkritičtějších obdobích (narození dítěte s postižením) nebudou dostupné služby rané péče. (14)

1.11. Poskytovatelé rané péče v ČR

1.11.1. Asociace pracovníků v rané péči

„Asociace pracovníků v rané péči (APRP) je celostátní profesní organizace. Jejím posláním je prosazování oboru rané péče jako terénní sociální služby poskytované rodinám dětí raného věku se zdravotním postižením či ohrožením vlivem sociálního prostředí.“

Tato organizace vznikla v roce 2003 z pracovní skupiny pro ranou péči. Jejimi cíli jsou například prezentace rané péče jako oboru a služby pro odbornou veřejnost, ochrana a hájení zájmů jednotlivých klientů, zvyšování prestiže profese poradce rané péče a zaštiťování pracovníků v rané péči. (3)

Mezi základní činnosti asociace patří poskytování odborné podpory (supervize), poskytování odborné garance kvality služeb pracovníkům a poskytovatelům rané péče. Dále pak asociace zajišťuje mezinárodní spolupráci a poskytování dalšího vzdělání pracovníkům v rané péči.

Členství v asociaci je dobrovolné, je však nutné, aby zájemce o členství prokázal, že je pracovníkem rané péče a že poskytuje služby rané péče v souladu se standardy kvality služeb rané péče. (1)

1.11.2. Poskytovatelé rané péče

Poskytovatelé služeb rané péče se dělí dle cílové skupiny klientů, pro které jsou tyto služby určeny na poskytovatele služeb rané péče pro rodiny dětí se zrakovým nebo kombinovaným postižením, poskytovatele služeb rané péče pro rodiny dětí se sluchovým nebo kombinovaným postižením a poskytovatelé služeb rané péče pro rodiny s tělesným, mentálním postižením. (3)

Poskytovatele služeb rané péče pro rodiny dětí se zrakovým nebo kombinovaným postižením představuje **Společnost pro ranou péči, o. s.** Toto občanské sdružení

vzniklo v roce 1997 a provozuje 7 středisek rané péče, která se zabývají raněporadenskou prací.

Hlavním cílem společnosti je prosazovat a hájit ranou péči jako soustavu služeb a programů poskytovaných ohroženým dětem a dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám. Dalším cílem je eliminovat nebo zmírnit důsledky postižení a poskytnou rodině předpoklady sociální integrace, a to se zřetelem na včasnou diagnostiku a následnou péči.

Aby bylo dosaženo vytyčených cílů Společnost pro ranou péči, o.s. vykonává a zajišťuje poskytování služeb dětem a rodinám prostřednictvím středisek rané péče, spolupracuje s odbornými pracovišti, dbá o odbornost svých členů. Dále spolupracuje na přípravě právních norem a předpisů, které upravují ranou péči. Spolupracuje s mezinárodními organizacemi pro ranou péči, vydává odborné publikace apod. **(15)**

2. Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

Hlavním cílem práce je – Získat zpětnou vazbu od bývalých klientů Střediska rané péče České Budějovice.

V návaznosti s tímto cílem byly stanoveny dílčí cíle:

Cíl 2: Zjistit saturaci potřeb bývalých klientů střediska rané péče České Budějovice v době poskytování služeb rané péče.

Cíl 3: Zjistit saturaci potřeb bývalých klientů střediska rané péče České Budějovice v současné době.

2.2. Hypotézy

V souvislosti s těmito cíli byla vyslovena hlavní hypotéza:

Hypotéza 1: „Péče poskytovaná dětem v raném věku pomáhá následné integraci“

Kromě hlavní hypotézy byly vysloveny další hypotézy:

Hypotéza 2: V době kdy byly rodiny a děti s postižením klienty rané péče, byly jejich potřeby saturovány.

Hypotéza 3: V současné době jejich potřeby saturovány nejsou.

3. Metodika

3.1. Metodický postup

Pro teoretické zmapování současného stavu problematiky byla použita metoda analýzy dat, technika sekundární analýzy dat. Byly zkoumány především monograficky publikované zdroje, interní materiály Společnosti pro ranou péči a dokumenty dostupné z on-line zdrojů.

V praktické části bylo použit kvantitativního výzkumu, metody sběru dotazování za využití techniky dotazníku.

Základním souborem byli všichni bývalí klienti Střediska rané péče v Českých Budějovicích.

3.1.1. Sekundární analýza dat

Pro získání potřebných informací k vypracování kapitoly 1. byla využita technika analýzy dat, metoda sekundární analýzy dat.

Převážná část informací byla získána z interních materiálů Společnosti pro ranou péči a jejího Střediska rané péče v Českých Budějovicích. Dalším důležitým zdrojem informací byl zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách a jej provázející vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb. Data byla získávána též z monograficky publikovaných zdrojů a on-line zdrojů.

Kromě zmíněných zdrojů byly cenné informace získány od pracovníků Střediska rané péče České Budějovice.

3.1.2. Dotazník

Sběr primárních dat byl realizován metodou dotazování, jako technika byl zvolen nestandardizovaný dotazník., který je uveden jako příloha č. 1. Obsahuje 28 otázek (otázky uzavřené, polootevřené a jednu zcela otevřenou otázku).

Úvodní část dotazníku tvoří průvodní dopis, kde je respondentům představen autor práce, jako student Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích studující obor Rehabilitační, psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Dále jsou uvedeny účely, kterým bude dotazník sloužit. Primárním účelem byl označen především sběr dat, ke zhodnocení a zlepšení činnosti Střediska rané péče České Budějovice, dále pak využití pro výzkumnou část bakalářské práce. V dopise je

zdůrazněna anonymita veškerých osobních dat, která byla zaručena tím, že dotazník zaprvé nepožadoval od respondentů žádná osobní data a zadruhé zpáteční poštovní obálka byla předtištěna pouze s adresou Střediska rané péče České Budějovice a zatřetí veškeré dotazníky budou po zpracování odevzdány Středisku rané péče České Budějovice, kde s nimi bude nakládáno jako s osobním materiálem.

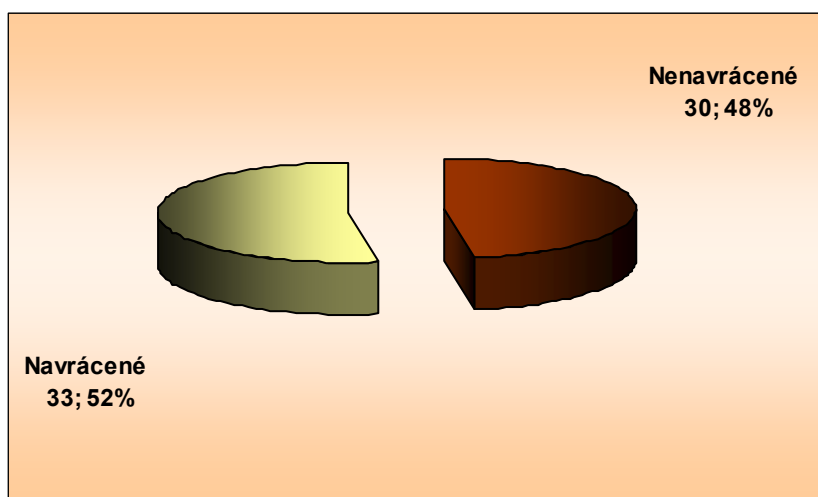
V další části dotazníku byli respondenti seznámeni s tím, jak mají dotazník vyplňovat.

3.2. *Charakteristika výzkumného souboru*

Výzkumný soubor tvořili bývalí klienti Střediska rané péče do konce roku 2006. Ze souboru byli vyřazeni ti klienti, jejichž adresa byla neznámá, ti, o nichž bylo známo, že jejich dítě s postižením zemřelo nebo došlo k nápravě vady.

Bylo tedy kontaktováno celkem 63 respondentů, kterým byl zaslán dotazník spolu s okolkovanou obálkou. Kontaktovat respondenty umožnilo Středisko rané péče České Budějovice, které dovolilo použít adresy k tomuto účelu. Za 6 týdnů, se z 63 dotazníků vrátilo 33 (u jednoho, nebylo možné najít adresáta, jeden dotazník se vrátil s odpovědí, že dítě zemřelo a jeden dotazník musel být ze souboru vyřazen pro neúplnost v odpovědích). Návratnost tedy činí 52 %. Výzkumný soubor tedy činí 30 dotazovaných.

Graf 1: Návratnost dotazníků



Zdroj: Vlastní výzkum

4. Výsledky

Názvy grafů se budou odpovídat názvům otázek, které byly položeny v dotazníku.

Kapitola bude rozdělena do 4 částí. První část se bude týkat otázek doplňkových, které poslouží k případnému použití v komunitním plánování. Jedná se tu zejména o podrobnější charakteristiku výzkumného souboru, druh postižení dětí, od koho se respondenti dovídají o existenci rané péče, kolik procent dětí s postižením je v rodinné péči, jaký typ školského zařízení navštěvují, s jakými problémy se potýkají, kdo jim pomáhá s jejich obtížemi a konečně, z jakého důvodu nemohou využívat pomoci, která by pro ně byla ideální. Této oblasti se týkají otázky 1, 2, 3, 5, 6, 24, 25, 26, 27.

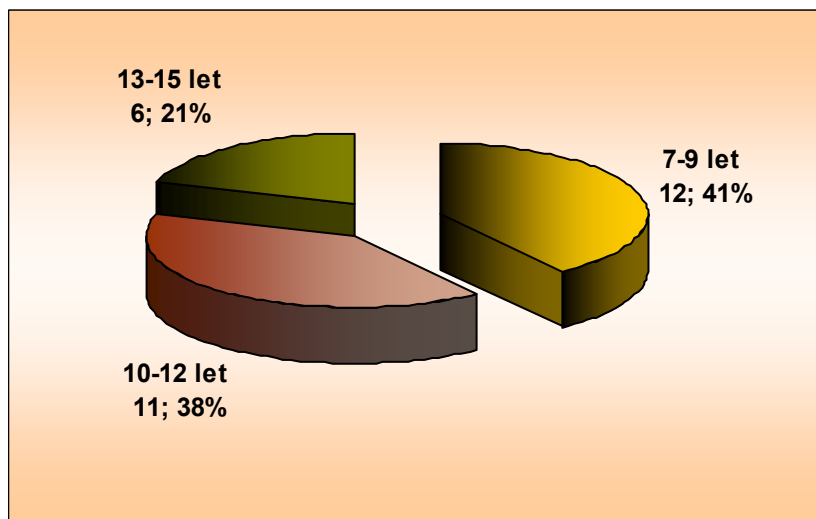
Druhá část se týká saturace potřeb rodiny během poskytování služeb rané péče Střediskem rané péče České Budějovice, kdy hlavní vliv na potvrzení hypotézy budou mít vliv otázky 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19.

Druhá část se týká saturace potřeb rodiny v současné době. Této oblasti se týkají otázky 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27.

Přínosu Střediska rané péče se týkají otázky 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 23, 24 a otázka 25.

4.1. Doplnková část: Podrobnější charakteristika výzkumného souboru, komunitní plánování sociálních služeb

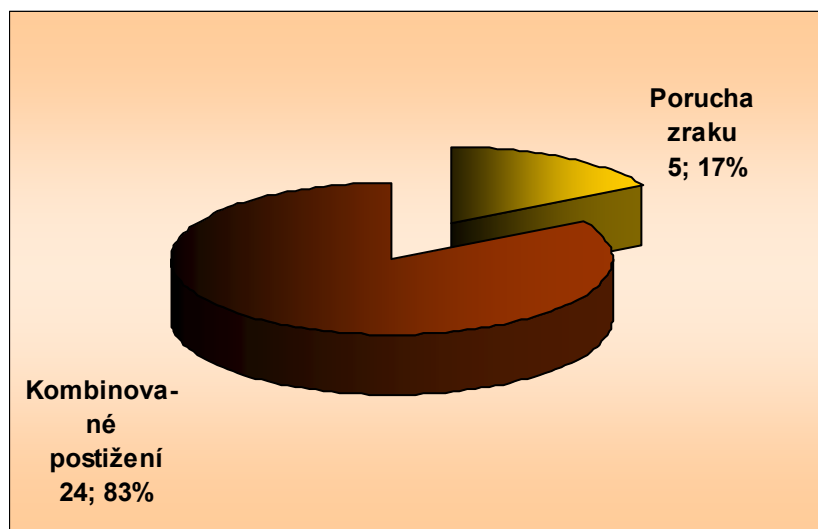
Graf 2: Odpovědi respondentů na otázku 1: Kolik let je vašemu dítěti?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z výsledků vyplývá, že nejvíce jsou zde zastoupeny děti ve věku 7–9 let (41%), další početnou skupinou jsou děti ve věku 10–12 (38%) a nejméně jsou zastoupeny děti v rozmezí 13–15 let (21%). Dále byly v dotazníku uvedeny kategorie: 4–6 let a 15–17 let. Tyto možnosti nikdo neoznačil, z toho vyplývá, že naprostá většina dětí plní základní školní docházku.

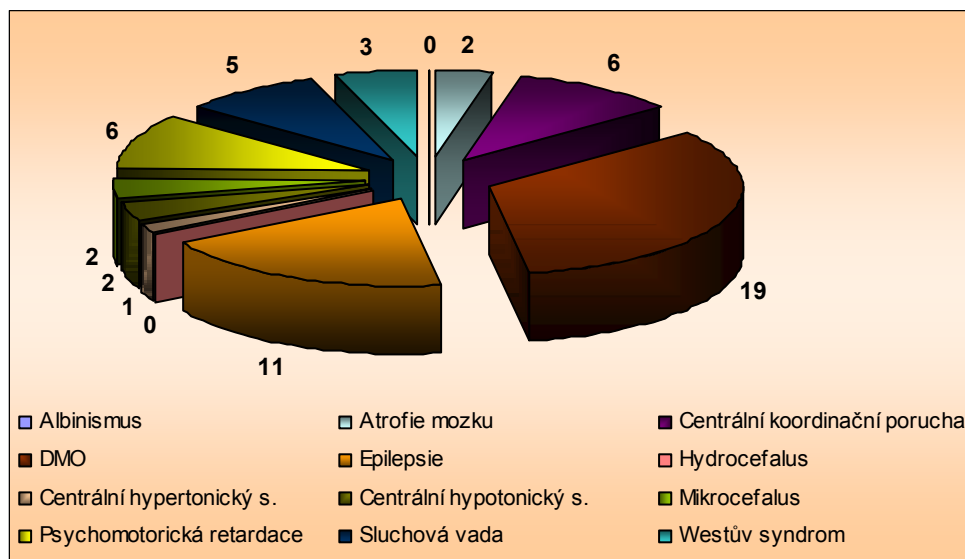
Graf 3: Odpovědi respondentů na otázku 2: Jaké postižení má Vaše dítě?



Zdroj: Vlastní výzkum

Většina dětí výzkumného souboru je kombinovaně postižená 24(83%). Z celkového výzkumného souboru 30 respondentů (100%) 5(17%) respondentů uvedlo, že jejich dítě má poruchu zraku.

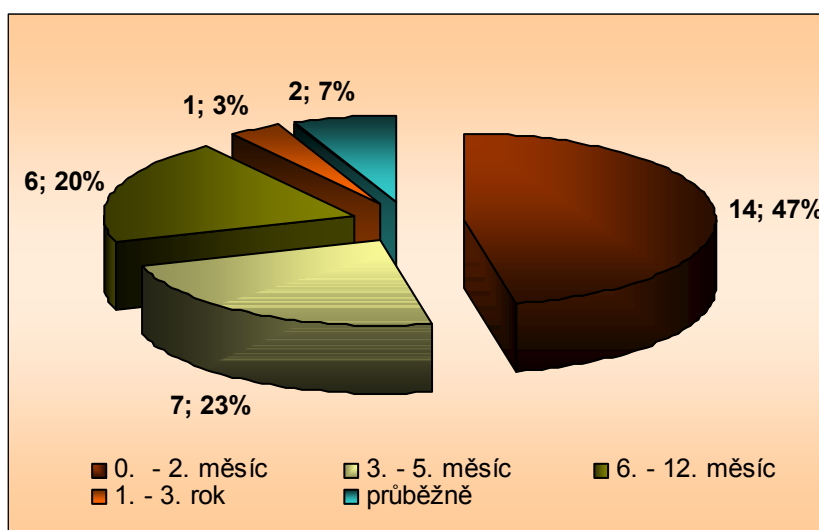
**Graf 4: Další diagnózy u dětí s kombinovaným postižením od roku 2001–2006
(v absolutních číslech)**



Zdroj: Databáze střediska rané péče České Budějovice

Tento graf je zde uveden spíše jako ilustrační, neboť pro ověření hypotéz nejsou přidružené diagnózy podstatné.

Graf 5: Odpovědi respondentů na otázku 3: V jakém věku dítěte jste se dozvěděli diagnózu?



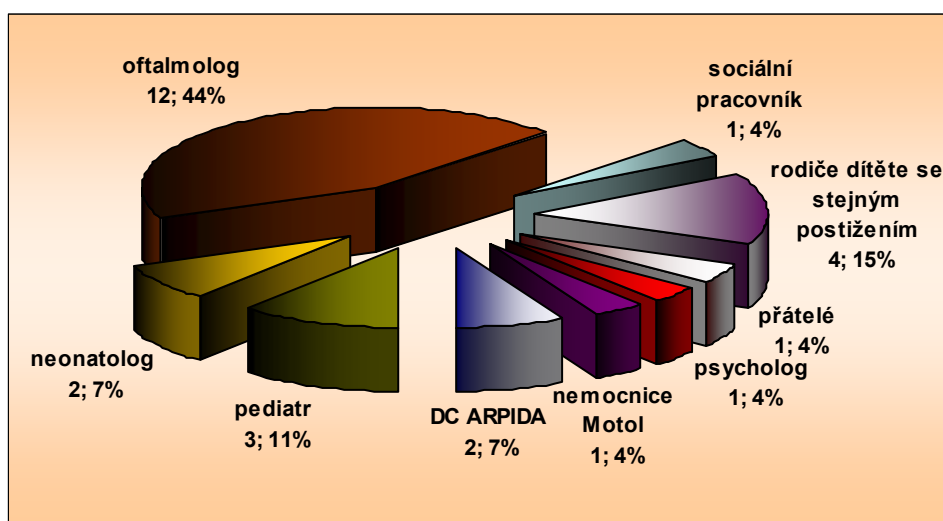
Zdroj: Vlastní výzkum

Z tohoto grafu jasně vyplývá, že se převážná většina rodičů se dozví diagnózu dítěte do jednoho roku ($45\%+24\%+21\%=90\%$), další 3% do 3 let. Tento výsledek je překapující a je zásadní pro další práci s dítětem. Čím dříve se rodiče dozví diagnózu, tím dříve mohou kontaktovat odborníky a spolu s nimi pracovat a vytvářet kompenzační mechanismy a tím snižovat riziko rozvoje vady. Ideální je sdělení do 2 měsíců života dítěte, které bylo u 47% respondentů splněno.

Otázka č. 4

Tuto otázku bylo nutné z hodnocení dotazníku vyjmout, neboť byla špatně položena. Nebyl brán zřetel na to, že diagnózy dětí s kombinovaným postižením rodičům sděluje většinou více než jeden odborník, proto nemohli splnit podmínku označit pouze jednu odpověď. Odpověď se stala nevalidní.

Graf 6: Odpovědi respondentů na otázku 5: Od koho jste se dozvěděli o existenci rané péče?



Zdroj: Vlastní výzkum

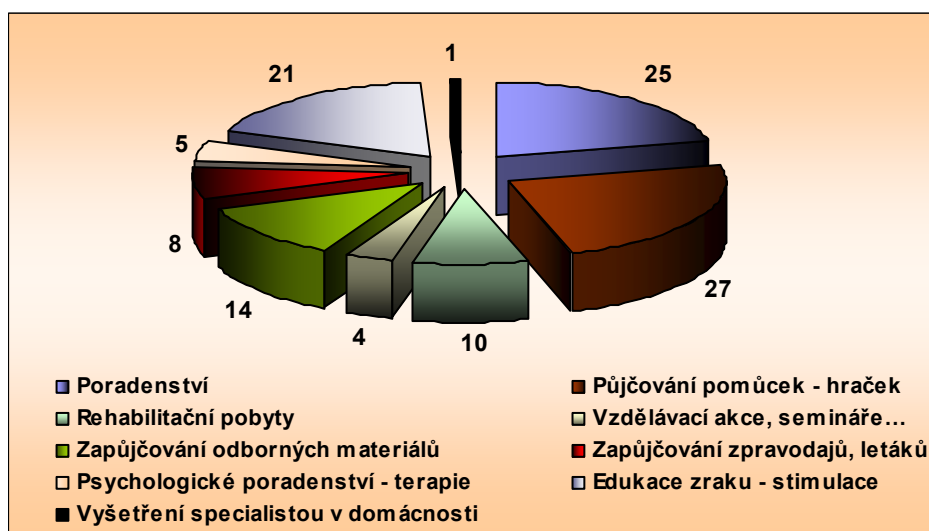
Nejčastěji se rodiče dozvídají o existenci rané péče od oftalmologa (44%). Velké procento pak zastupuje pediatr a rodiče s postiženým dítětem (shodně 11%), neonatolog a dětské centrum Arpida (7%). V případech, kdy se rodiče dozví o existenci rané péče od oftalmologa, pediatra neonatologa, popřípadě jiného osoby činné ve zdravotnictví (neonatolog7%+oftalmolog44%+pediatr11%+Motol3%=65%), lze předpokládat, že tomu bylo velice brzo po porodu a raná péče měla ideálně nastavené podmínky pro naplnění programů a kvalitní práci s rodinou. Tento úsudek vznáším na podkladě otázky 3, kdy se většina rodičů dozvídá diagnózu dítěte do 1 roku dítěte.

Tabulka 1: Využití služeb rané péče bývalými klienty střediska

Služba	Zastoupeno	Zastoupeno v %
Poradenství	25	83
Půjčování pomůcek – hraček	27	90
Rehabilitační pobyty	10	33
Vzdělávací akce, semináře...	4	13
Zapůjčování odborných materiálů	14	47
Zapůjčování zpravodajů, letáků	8	27
Psychologické poradenství – terapie	5	17
Edukace zraku – stimulace	21	70
Vyšetření specialistou v domácnosti	1	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7: Odpovědi respondentů na otázku 6: V době, kdy jsme byli klienty střediska, jsme využívali těchto služeb:

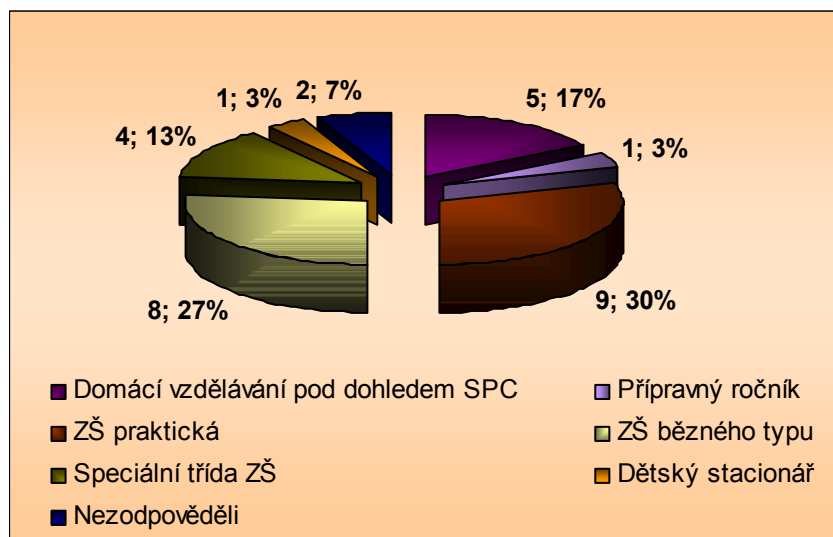


Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka se vztahovala k poskytovaným službám, neboť gro raněporadenské práce je právě poradenství, které označilo 25(83%) respondentů. Fakt, že zbylých 5 respondentů, kterým bylo poradenství s největší pravděpodobností též poskytováno, ukazuje pouze to, že mu respondenti, buď nepřikládají takovou důležitost, nebo jej nepovažují za službu, nebo jej zahrnuli do služby jiné.

Nejvíce respondentů využívalo služby půjčování hraček 27 (93%) klientů. Po zapůjčování pomůcek je nejčetnější službou Edukace zraku, 21(72%) respondentů. Nezanedbatelný je, ale podíl respondentů, kteří si zapůjčovali odborný materiál 14(48%).

Graf 8: Odpovědi respondentů na otázku 24: V současné době získává naše dítě vzdělání v:

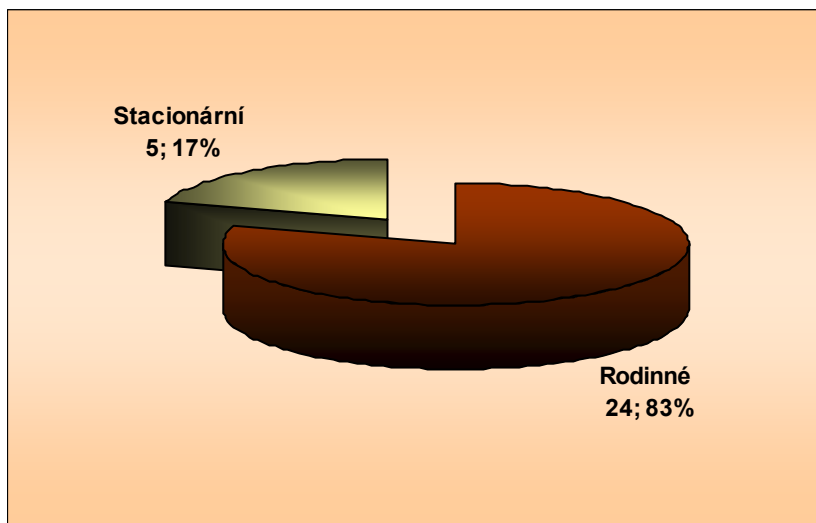


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že velká část dětí je vzdělávána v základní škole praktické 9(30%), druhé nejvíce zastoupené vzdělávání je v základní škole běžného typu 8 (27%) a třetí nejvíce zastoupený typ vzdělávání je v domácí péči pod dohledem speciálně pedagogického centra 5(17%) dětí.

Sečteme-li děti s postižením integrované do základních škol, vyjde nám pozoruhodné zjištění: $4+8=12(40\%)$. Téměř polovina výzkumného souboru je zařazena do běžného typu školy.

Graf 9: Odpovědi na otázku 25: V současné době je naše dítě v péči:



Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedeného grafu tedy vyplývá, že převážná většina respondentů uvedla, že jejich dítě po ukončení poskytování služeb rané péče je zcela v rodinné péči 24(83%). Zbývajících dětí 5(17%) navštěvuje stacionář.

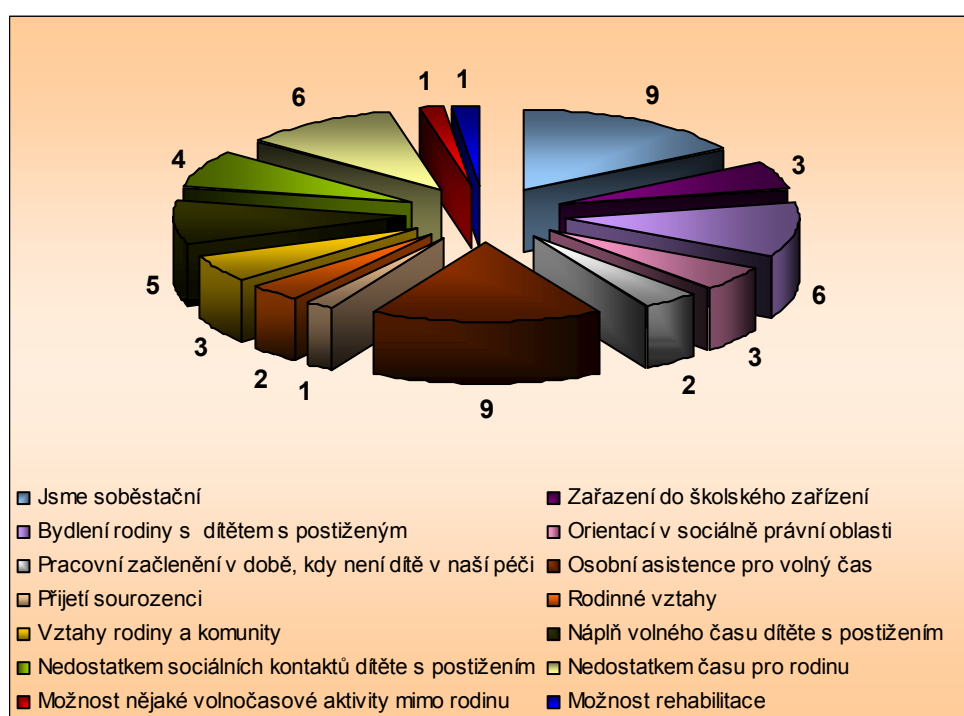
Respondentům byly dány dále možnosti označit Týdenní pobytové, Celoroční pobytové a jiné. Respondenti většinou upřesňovali, kolik času dítě ve stacionáři přebývá. Jednalo se však nejvýše o 3 dny. V druhém případě, kdy respondent rozepsal svou odpověď se jednalo o 2 hodiny denně.

Tabulka 2: Problematické oblasti života respondentů:

Oblast	Zastoupení	Zastoupení v %
Jsme soběstační	9	30
Zařazení do školského zařízení	3	10
Bydlení rodiny s dítětem s postižením	6	20
Orientací v sociálně právní oblasti	3	10
Pracovní začlenění v době, kdy není dítě v naší péči	2	7
Osobní asistence pro volný čas	9	30
Přijetí sourozenci	1	3
Rodinné vztahy	2	7
Vztahy rodiny a komunity	3	10
Náplň volného času dítěte s postižením	5	17
Nedostatkem sociálních kontaktů dítěte s postižením	4	13
Nedostatkem času pro rodinu	6	20
Možnost nějaké volnočasové aktivity mimo rodinu	1	3
Možnost rehabilitace	1	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 10: Odpovědi respondentů na otázku 26: V současné době potřebujeme nejčastěji pomoci v těchto oblastech života naší rodiny:



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce 26 mohli respondenti označit více položek a měli též možnost připsat další. Z grafu a tabulky je tedy zcela zřejmé o jakou pomoc mají respondenti největší zájem, pomineme-li ty, kteří jsou soběstační a je jich celkem 30%(9). Jedná se o osobní asistenci dítěti pro včas, který tráví mimo rodinu, opět 30%(9) respondentů a s nedostatkem času pro rodinu uvedlo 6(20%) respondentů.

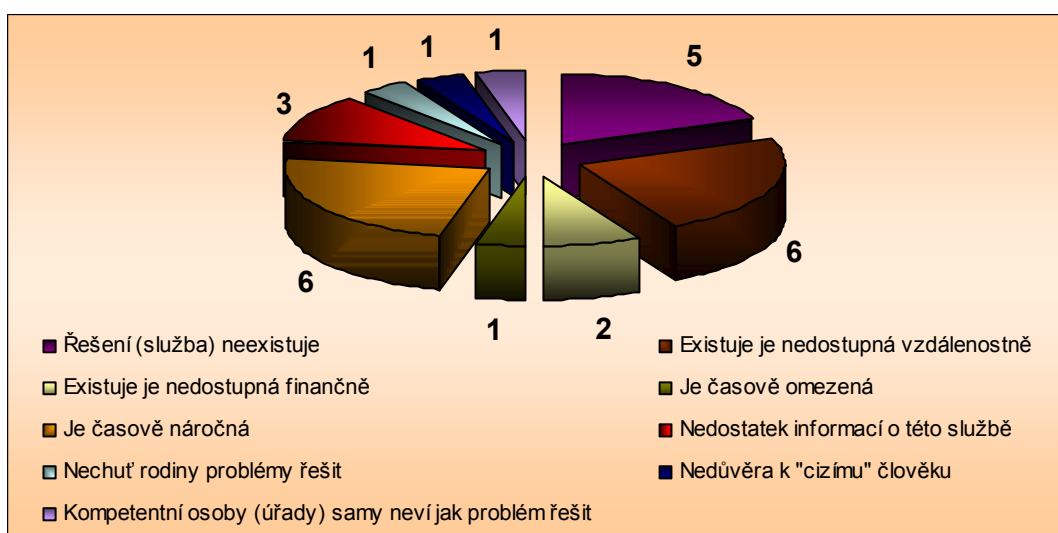
Tabulka 3: Důvod problematické situace

Důvod	Zastoupení v (abs. číslech)	Zastoupení v %
Pomoc (služba) neexistuje	5	24
Existuje je nedostupná vzdálenostně	6	29
Existuje je nedostupná finančně	2	10
Je časově omezená	1	5
Je časově náročná	6	29
Nedostatek informací o této službě	3	14
Nechuť rodiny problémy řešit	1	5
Nedůvěra k "cizímu" člověku	1	5
Kompetentní osoby (úřady) samy neví jak problém řešit	1	5

n = 30-9=21

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 11: Odpovědi respondentů na dodatek k otázce 26: Pokud jste nespokojeni, s pomocí v oblastech, které jste označili v otázce číslo 26, sdělte nám prosím důvod, proč nevyhledáte pomoc, která by Vaše problémy vyřešila:



Zdroj: Vlastní výzkum

Byly zde vyjmenovány předpokládané důvody jako je neexistence řešení, vzdálenost, čas, nedostatek informací.

Shodně 6 a 6(29%), že ideální řešení je časově náročné nebo je pomoc nedostupná z hlediska vzdálenosti od bydliště rodiny. Další překážkou je pak, že toto řešení neexistuje. To uvádí 5(24%) respondentů.

Ale je zde zmíněna i neochota rodinných příslušníků situaci řešit a nedůvěra k cizím lidem, nedostatek informací o této službě a neschopnost kompetentních osob poradit nebo pomoci.

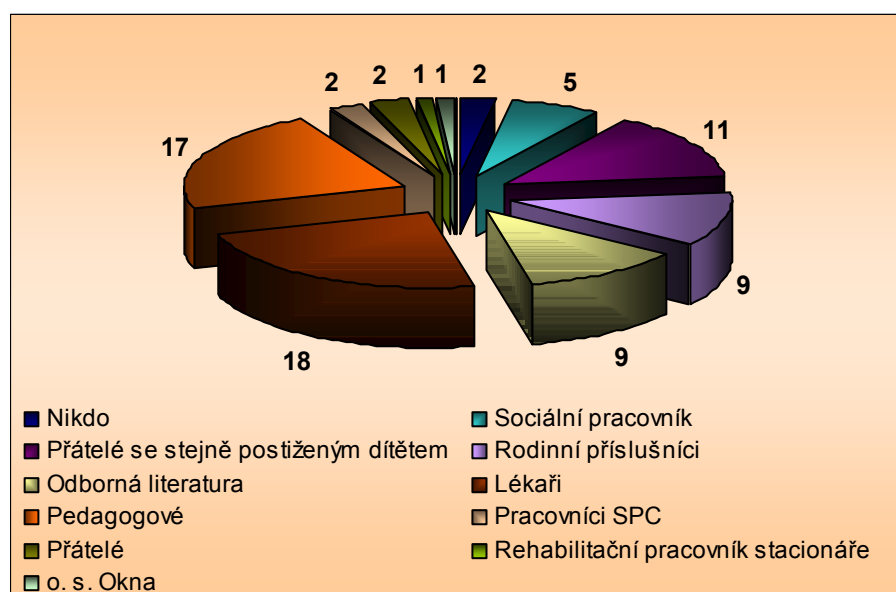
Tabulka 4: S problémy, které vyplývají z péče o dítě s postižením rodičům pomáhá (konzultují s):

Vyjádření	Zastoupení	
Nikdo	2	7
Sociální pracovník	5	17
Přátelé s dítětem se stejným postižením	11	37
Rodinní příslušníci	9	30
Odborná literatura	9	30
Lékaři	18	60
Pedagogové	17	57
Pracovníci SPC	2	7
Přátelé	2	7
Rehabilitační pracovník stacionáře	1	3
o. s. Okna	1	3

n = 30

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12: Odpovědi respondentů na otázku 27: S problémy, které vyplývají z péče o naše dítě s postižením (nám pomáhá) konzultujeme s:

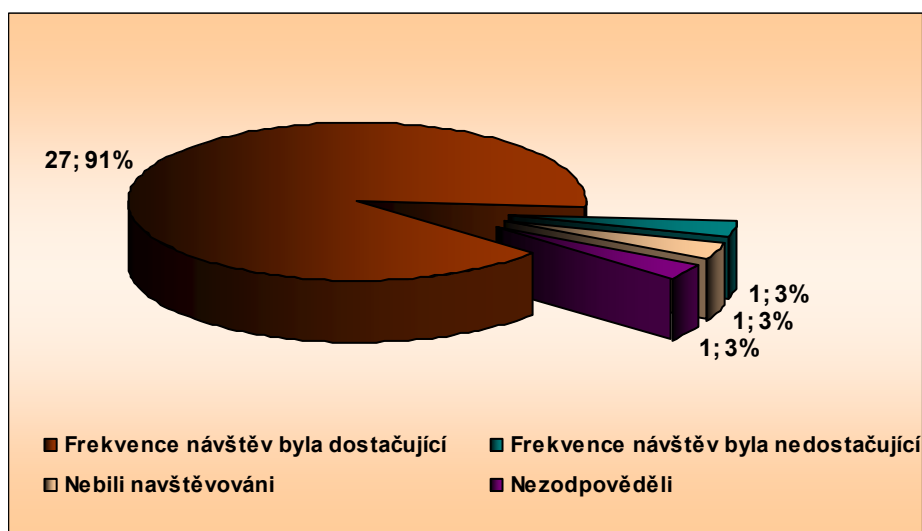


Zdroj: Vlastní výzkum

Tyto výsledky, poskytují zaprvé přehled o tom, kde všude hledají rodiče pomoc. Zadruhé nejvíce rodičům pomáhají lékaři 18(60%) a pedagogové 17(57%). Nezanedbatelnou pomocí přispívají i rodiče se stejně postiženým dítětem 11 (37%). Ve dvou případech se rodiče nemají na koho obrátit. To tvoří z celkového počtu respondentů 7%.

4.2. Saturace potřeb bývalých klientů Střediska rané péče České Budějovice během poskytování služeb rané péče

Graf 13: Odpovědi respondentů na otázku 7: V průběhu rané péče, kdy nás navštěvovaly poradkyně rané péče, byla pro nás frekvence návštěv:



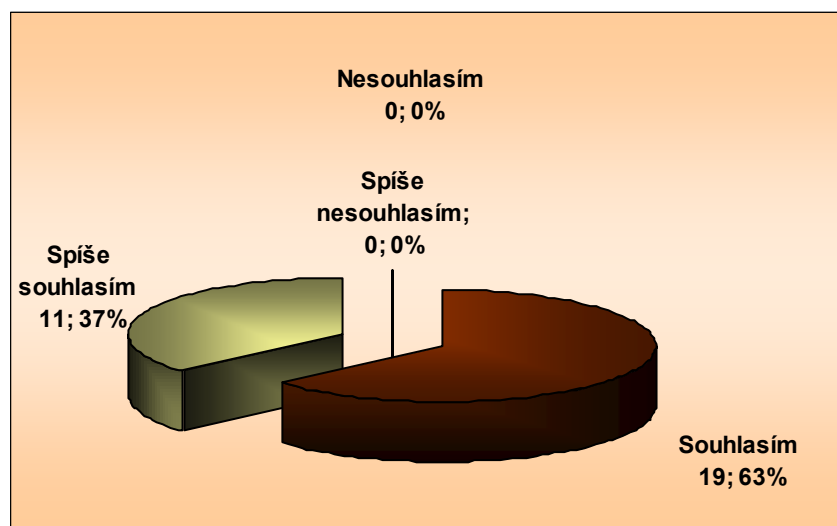
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka byla zaměřena na potřebu životní jistoty a potřebu řádu a smyslu. Kterou v tomto případě, kdy rodiče dítěte s postižením dodává rodině poradkyně.

Poradkyně navštěvuje rodiny jednou za měsíc až za 3 měsíce, dle přání rodiny. Kratší interval není, rodina má pak možnost individuální ambulantní návštěvy.

Dvacet sedm respondentů (91%) uvedlo, že frekvence návštěv byla dostačující, ukazuje, že funkce poradce byla naplněna. V jednom případě se jednalo o služby ambulantní a v jednom případě respondent uvedl, že by rád byl poradkyní navštěvován 1x týdně. Zde se jedná spíše o přání přenechání odpovědnosti výchovy a edukace dítěte, než ztrátu jistoty.

Graf 14: Odpovědi respondentů na otázku 8: Pracovníci nám poskytli dostatek kvalitních informací, abychom se mohli stát kompetentní k výchově dítěte s poruchou zraku/kombinovaným postižením k samostatnému životu.



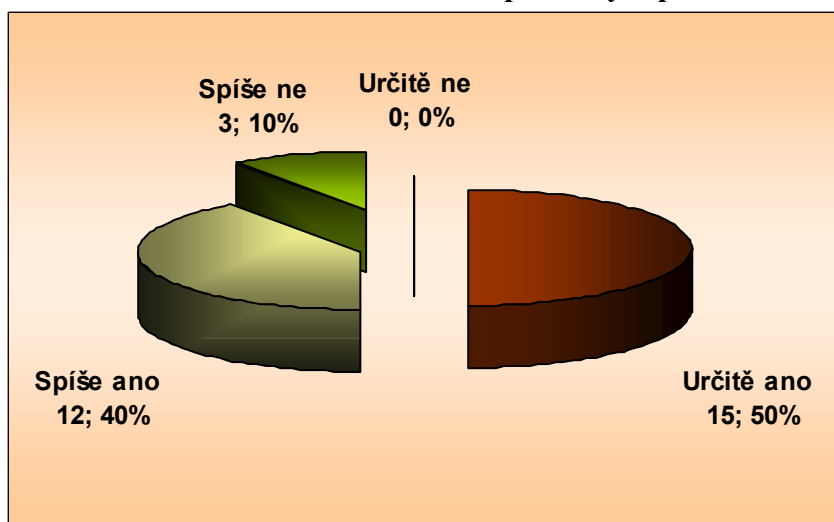
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka byla zaměřena na potřebu náležitého přívodu podnětů, tentokrát rodičům, kteří se ocitnou ve zcela neznámé situaci, nevědí jak dítě s postižením vychovávat co potřebuje jiného, než zdravé dítě.

Devatenáct respondentů (63%) souhlasí, že jim byl poskytnut dostatek kvalitních informací k výchově dítěte s postižením. Dále 11 respondentů (37%) souhlasí částečně. Žádný respondent se nevyjádřil tak, že by s touto otázkou nesouhlasil.

Potřeba přívodu podnětů rodičům byla také naplněna.

Graf 15: Odpovědi na otázku 9: Během kontaktu s ranou péčí jsme měli dostatek možností kontaktů s rodiči dětí s podobným postižením



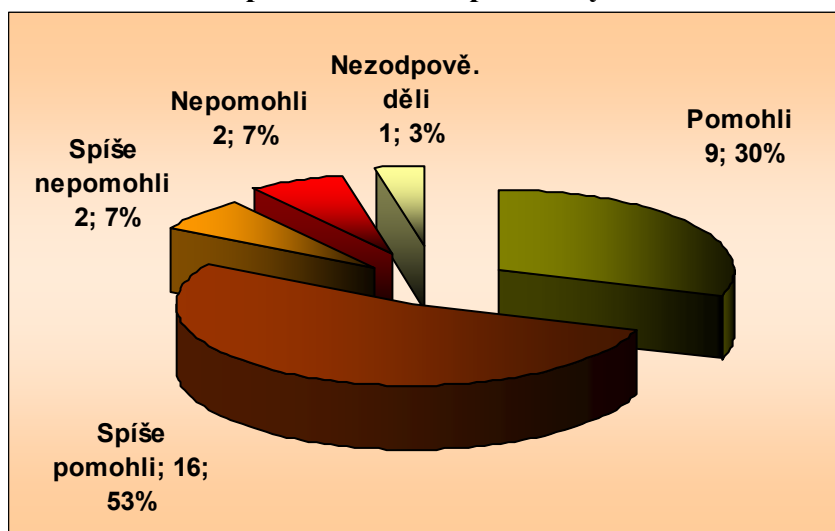
Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka se zaměřila na umožnění saturace potřeby náležitého přívodu podnětů.

Dostatek možností kontaktů s rodiči pečující o dítě s postižením mělo 50% respondentů, 40% se k tomuto názoru přiklání a 10% respondentů se kloní spíše k negativní odpovědi.

Potřeba plynoucí z kontaktu s rodiči dítěte s postižením mohla být naplněna díky umožnění dostatku kontaktů s těmito rodinami.

Graf 16: Odpovědi respondentů na otázku 10: Kontakty s rodiči dětí s podobným postižením nám pomáhaly.



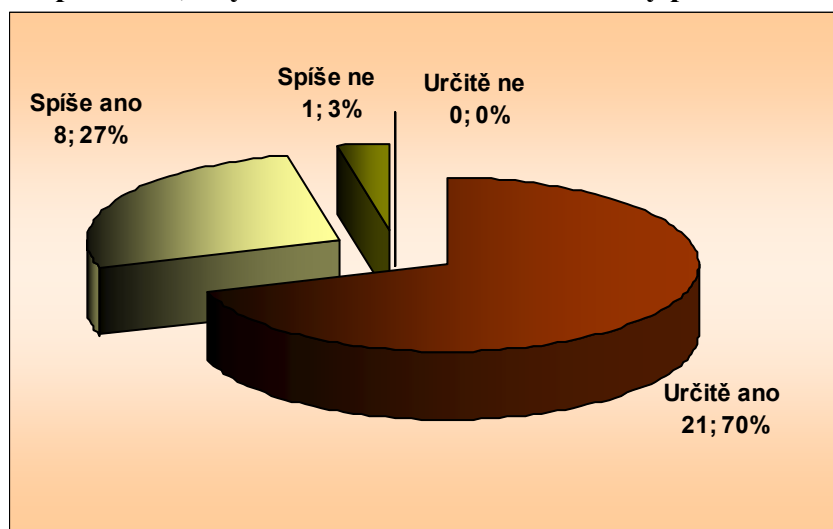
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka byla zaměřena přímo na uspokojování potřeb plynoucích z kontaktu s rodiči pečujícími o dítě s podobným postižením.

Ve styku s rodinami pečujícími o dítě se stejným postižením může rodina uspokojovat hned několik svých potřeb. Potřebu náležitého přívodu informací uspokojuje to, že rodiny si mezi sebou předávají subjektivní pocity, vlastní zkušenosti, informace i fungující výchovné (edukační) metody apod. Zadruhé potřebu vlastní společenské hodnoty, kdy poznávají, že péče o dítě s postižením je velké břemeno, nikoliv stigma, a že mnohdy se hodnota člověka pečujícího o dítě s postižením zvýší právě proto, že je nucen změnit svůj systém hodnot. Třetí potřeba, která se v kontaktu s rodiči pečujícími o dítě s postižením saturuje, je potřeba životní jistoty. Klienti rané péče se totiž nesetkávají pouze s klienty, ale i s bývalými klienty. A konečně poslední potřeba je zde naplněna a to potřeba smyslu.

Jestliže sečteme odpovědi respondentů, kterým kontakt s rodiči pomáhal (9;30%) a respondenty, kteří se k tomuto názoru kloní (16;53%), můžeme usuzovat, že při setkávání s rodiči byla uspokojována více než jedna výše uvedená potřeba.

Graf 17: Odpovědi respondentů na otázku 11: Byl nám poskytnut dostatek kompenzačních pomůcek, abychom minimalizovali důsledky poruch našeho dítěte.

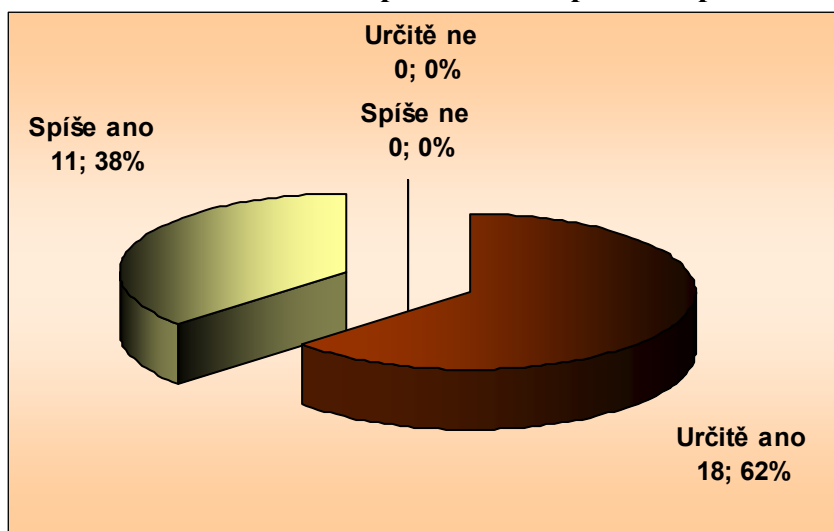


Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka se zabývá naplňováním potřeby náležitého přívodu podnětů, v tomto případě pro dítě.

Zde 20(69%) respondentů souhlasí a 8(28%) se k tomuto názoru přiklání. Lze tedy říci, že po materiální a technické stránce byla potřeba přívodu podnětů dětí uspokojena.

Graf 18: Odpovědi respondentů na otázku 13: Informace od pracovníků nám pomohly získávat znalosti a dovednosti potřebné k naplňování potřeb našeho dítěte.



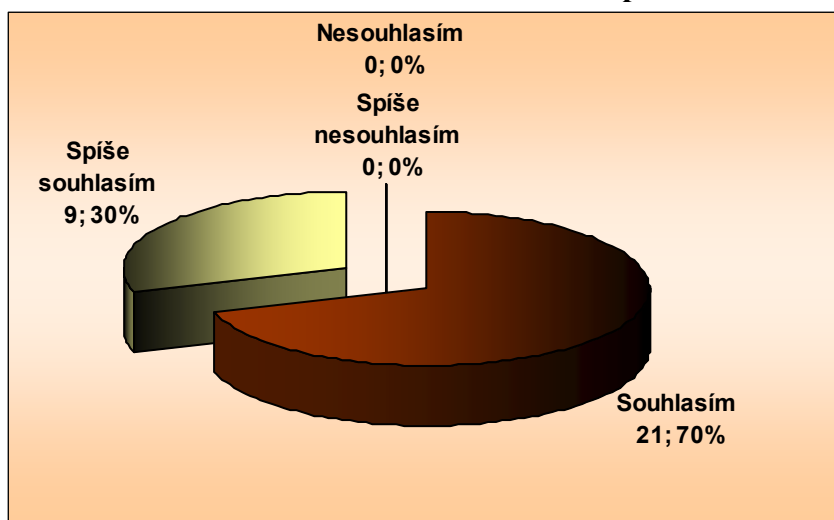
Zdroj: Vlastní výzkum

Neznalost potřeb členů rodiny vede k nejistotě na straně těch, kteří by rádi pomohli problémy překonat a předejít tak frustraci a stagnaci vývoje na straně dítěte.

Většina respondentů (18;63%) souhlasí s tím, že informace, které jim poskytli pracovníci, jim pomohly získávat znalosti a dovednosti potřebné k naplňování potřeb dítěte s postižením a zbylých 11(38%) respondentů se k tomuto názoru kloní.

Potřeba jistoty a přívodu podnětů byla i tu naplněna.

Graf 19: Odpovědi respondentů na otázku 14: Byli jsme kvalitně informováni, co můžeme očekávat od služeb rané péče.

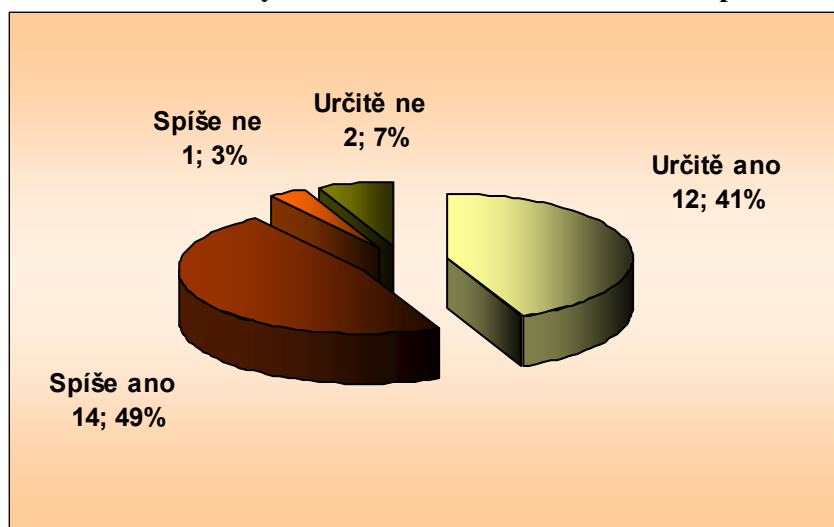


Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky této části vypovídají o saturaci potřeby přívodu podnětů a potřebě náležitého řádu a smyslu. Kdy 21(70%) respondentů souhlasí s výrokem otázky a zbývajících 9(30%) se k tomuto výroku kloní.

Výše uvedené potřeby zde uspokojeny byly.

Graf 20: Odpovědi respondentů na otázku 15: Byli jsme kvalitně informováni o možnostech využití dalších služeb mimo ranou péči.

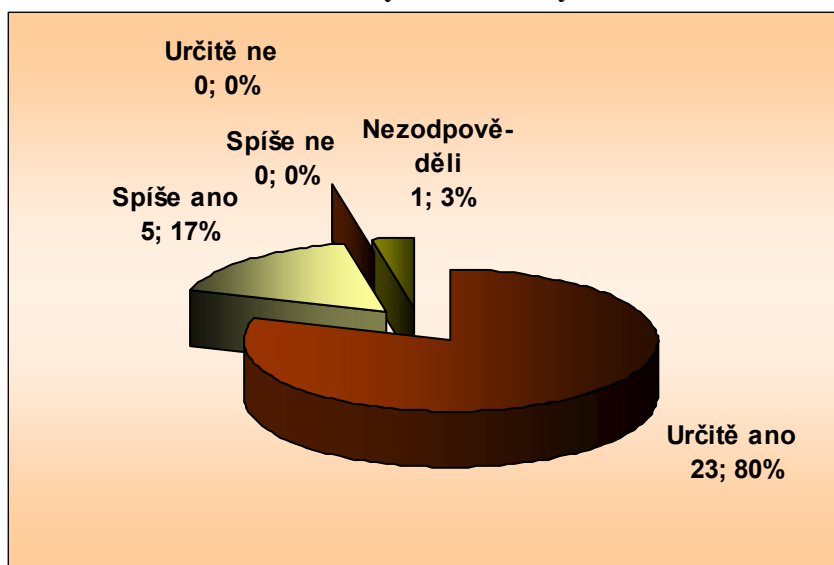


Zdroj: Vlastní výzkum

Potřebné informace, které, jak z grafu vyplývá, naplnily potřebu životní perspektivy „otevřených dveří“ respondentů a náležitého přívodu podnětů. Díky informacím byla dána rodičům možnost volby.

Dvanáct (41%) respondentů s otázkou souhlasí, čtrnáct (49%) se pak k tomuto výroku kloní. Dva (7%) respondenti nebyli informováni vůbec.

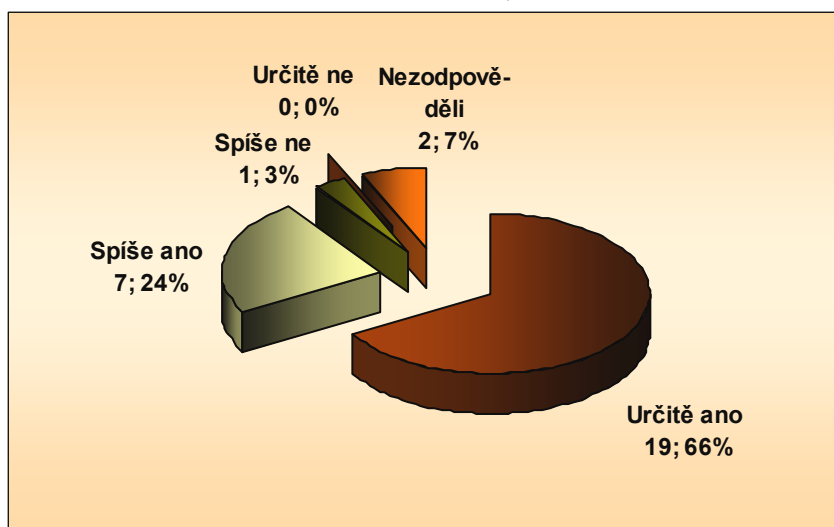
Graf 21: Odpovědi respondentů na otázku 17: Pracovník respektoval životní způsob a zvyklosti rodiny.



Zdroj: Vlastní výzkum

Raná péče je terénní sociální služba, protože domácí prostředí je pro dítě i rodinu méně stresující, než návštěva instituce. Je zde tedy naplňována potřeba životní jistoty a pocit (potřeba) vlastní hodnoty. Respektování identity rodiny potvrdilo 23(80%) respondentů. Zbýlých 5(17%) respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli, uvedlo, že pracovník ve většině případů identitu rodiny respektoval.

Graf 22: Odpovědi respondentů na otázku 18: Pracovníci nás naučili nejenom zdokonalovat dovednosti našeho dítěte, ale i zažívat s ním radosti.

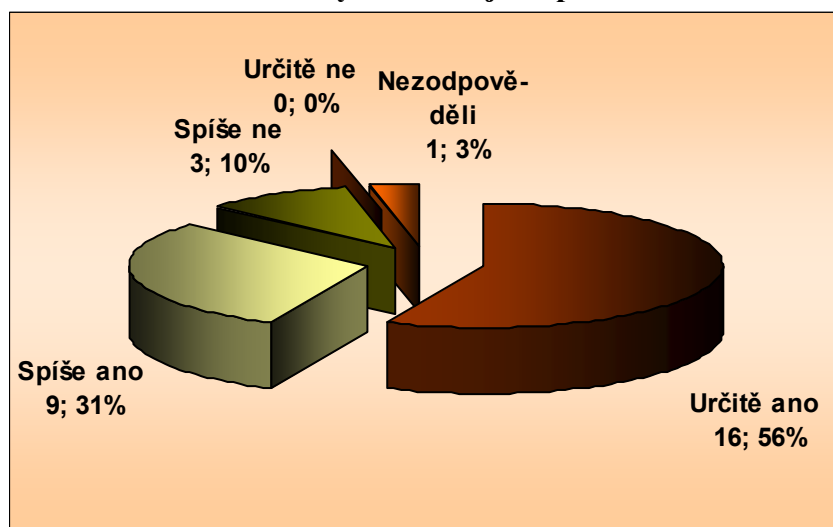


Zdroj: Vlastní Výzkum

V subjektivně zabarveném slově radost se ukrývá mnoho vysvětlení, každý člověk si ho může spojit s jiným pocitem, v každém tomto výrazu však bude ukryta uspokojená životní jistota dítěte v domácím prostředí pocit vlastní společenské hodnoty, v tom smyslu, že dítě s postižením není milováno jen za to co umí, ale i za to že je. To, zda péče střediska k této schopnosti rodičům napomohla, zjišťovala otázka 18. Zde 19(66%) respondentů výrok potvrdilo, 7(24%) respondentů se k výroku přiklonilo a 1(3%) respondent se kloní spíše k opaku.

Lze tedy usoudit, že pracovníci přispěli k přijetí rodinou a měli zásluhu i na tom, dítě cítilo ve své rodině jistotu a vlastní přínos do rodiny.

Graf 23: Odpovědi respondentů na otázku 19: Pracovník rané péči nás dostatečně informoval o existenci návazných služeb ještě před ukončením rané péče.

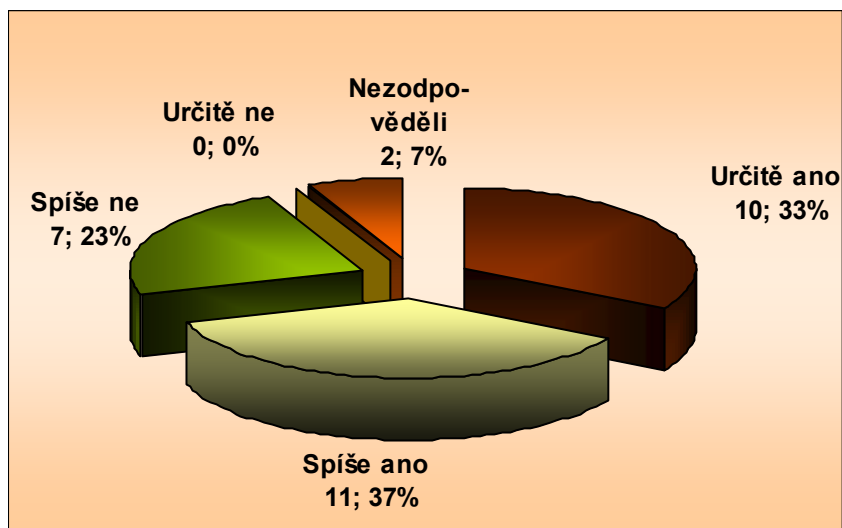


Zdroj: Vlastní výzkum

Poslední otázka vztahující se k saturaci potřeb se týkala potřeby životní perspektivy, jistého pokračování po ukončení péče střediska. 16(56%) respondentů potvrzuje, že byli dostatečně informováni, 9(31%) respondentů se k tomuto výroku kloní a 3(10%) se kloní k opaku. Lze tedy soudit, že raná péče poskytla možnost pokračování.

4.3. Saturace potřeb nyní

Graf 24: Odpovědi respondentů na otázku 20: Nyní jsme kvalitně informováni o možnostech poskytování dalších služeb.



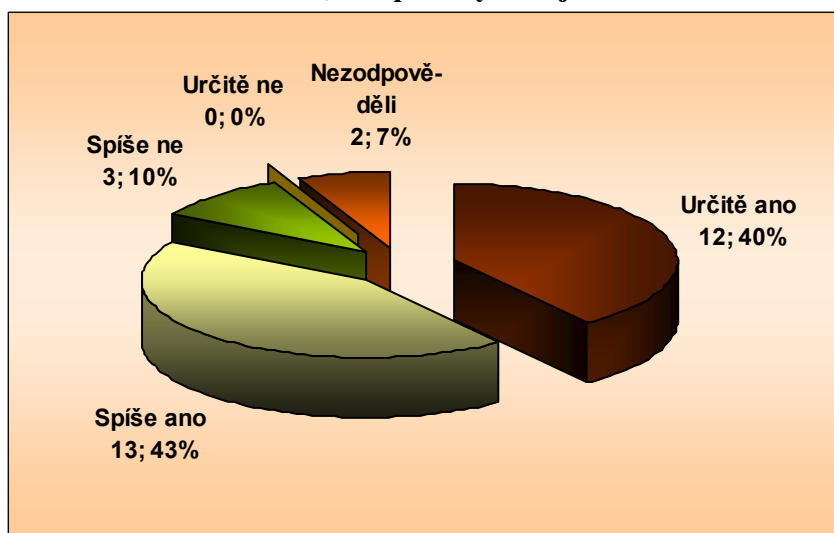
Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka zjišťuje saturaci potřeby náležitého přívodu podnětů a potřeby životní perspektivy.

Z grafu je patrné, že tyto potřeby jsou u 11 (37%) uspokojovány částečně, u 10 respondentů uspokojovány zcela a u 7 (23%) jsou větší části neuspokojovány.

Sečteme-li částečné a plné uspokojování potřeb (11+10=22 respondentů (70%)), můžeme říci, že potřeby jsou uspokojovány.

Graf 25: Odpovědi respondentů na otázku 21: Služby, kterých naše dítě nyní využívá, mu plně vyhovují.



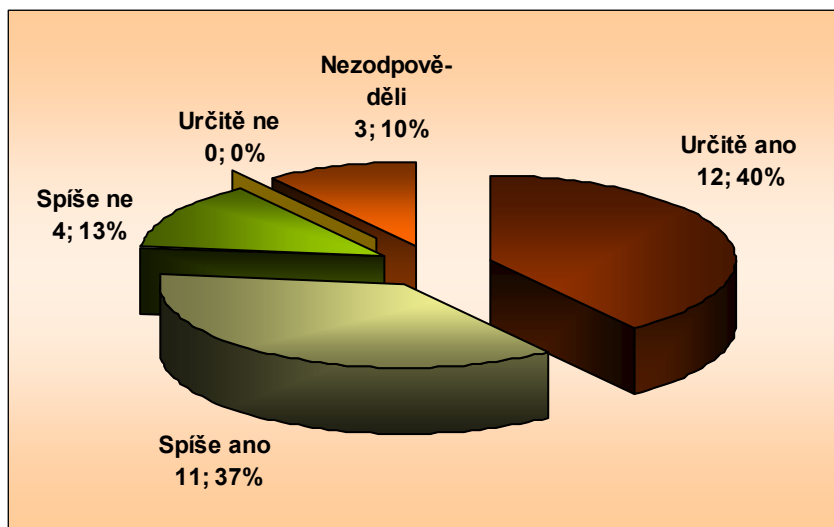
Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka je zaměřena na saturaci potřeby životní jistoty dítěte, náležitého přívozu podnětů a potřeby řádu a smyslu.

Částečnou saturaci potřeb potvrdilo 13(43%) respondentů, úplnou 12(40%) respondentů a převážně nesaturovanou 3(10%) respondentů.

Vyplývá tedy, že uvedené potřeby saturovány jsou.

Graf 26: Odpovědi respondentů na otázku 22: Služby vyhovují životnímu způsobu a zvyklostem rodiny.



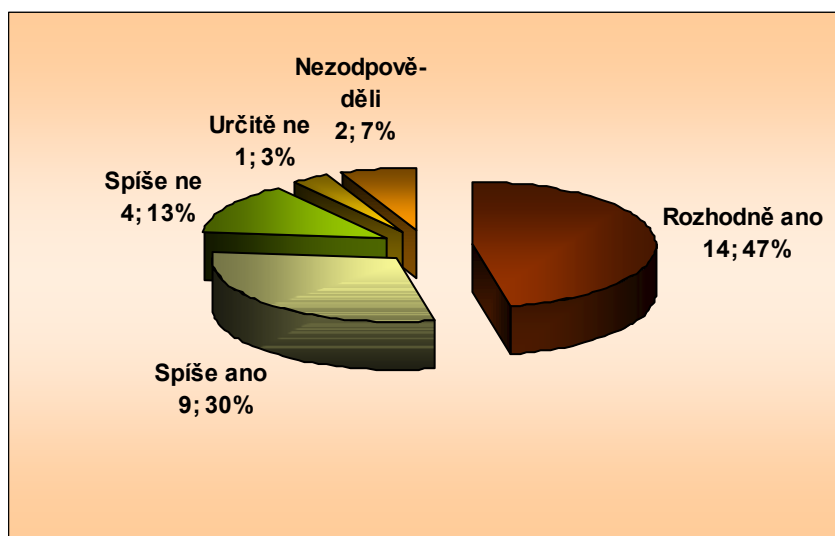
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka se zabývá saturací potřeby životní jistoty a potřeby vlastní a společenské hodnoty.

Respondenti potvrzují saturaci těchto potřeb ve 40%, částečnou ve 37% a spíše nesaturovanou ve 13%.

Z toho vyplývá, že potřeba saturovaná je.

Graf 27: Odpovědi respondentů na otázku 23: Máme dostatek přátelských kontaktů ve svém okolí.



Zdroj: Vlastní výzkum

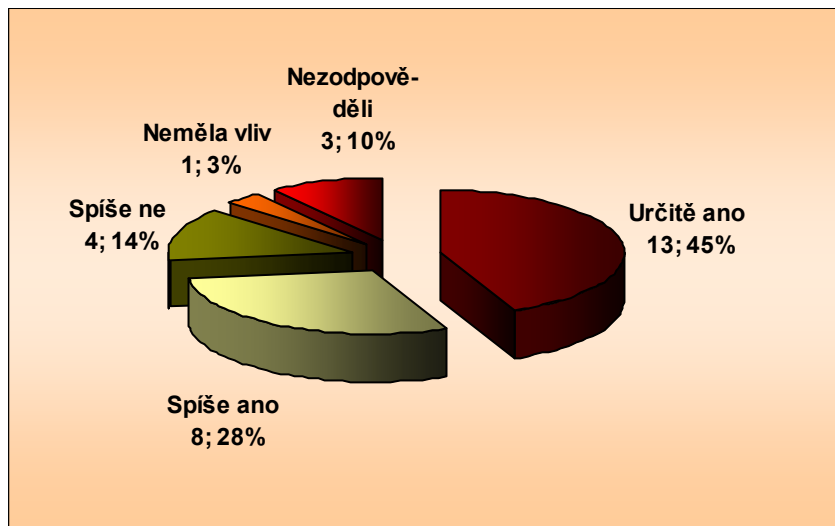
Otázka se opět zabývá saturací potřeby životní jistoty a potřeby vlastní a společenské hodnosti.

Potřeba je saturovaná u 14(47%) respondentů, částečně pak u 9(30%) respondentů a saturovaná spíše není u 4(13%) respondentů. Jeden respondent (3%) nemá tuto potřebu saturovanou zcela.

Opět se potvrdilo, že potřeba saturovaná je.

4.4. Přínos Střediska rané péče České Budějovice

Graf 28: Odpovědi respondentů na otázku 16: Spolupráce s ranou péčí napomáhala k přijetí dítěte celou rodinou a tím k vytvoření pozitivního prostředí pro přijetí dítěte.



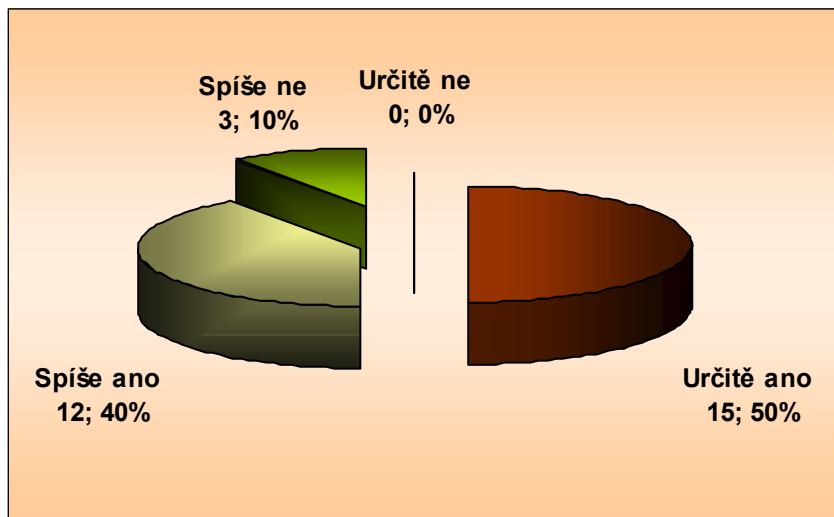
Zdroj: Vlastní výzkum

Dítě s postižením musí nejprve přijmout rodina, identifikovat se s procesem integrace a stymulovat dítě, tak, aby bylo integrovatelné.

Na otázku odpovědělo 13(45 %) respondentů kladně a 8(28%) respondentů se k výroku kloní. 4(14%) s výrokem spíše nesouhlasí a 1(3%) respondent uvádí, že spolupráce se střediskem na tento problém neměla vliv.

Z výsledků je zřejmé, že podmínka přijetí dítěte s postižením vlastní rodinou byla splněna.

Graf 29: Odpovědi respondentů na otázku 12: V průběhu poskytování rané péče jsme získali takové zkušenosti, že dokážeme posoudit hranice dovednosti našeho dítěte a přizpůsobit jim prostředí tak, aby přesto nebylo ze společenského života vyřazeno.



Zdroj: Vlastní výzkum

Podmínkou úspěšné integrace do společnosti jsou nejen patřičné předpoklady dítěte, ale i úprava prostředí pro úspěšný průběh tohoto procesu. Raná péče zprostředkovává zkušenosti a informace, jaké prostředí je pro dítě s poruchou zraku, nebo kombinovaným postižením facilitující a podnětné.

Z výsledků dotazníků, kde polovina respondentů odpověděla kladně a 12(40%) respondentů se k tomuto výroku přiklonilo, 3(10%) respondentů se přiklonilo k opaku.

Můžeme tedy konstatovat, že raná péče v tomto případě přispěla k integraci dítěte do sociálního prostředí.

5. Diskuse

Výzkum byl prováděn za účelem získání zpětné vazby od bývalých klientů pro zlepšení, nebo udržení kvality poskytovaných služeb Střediskem rané péče České Budějovice (dále jen střediskem) a získání dat, jež budou moci být využita v komunitním plánování sociálních služeb v jihočeském kraji. Výzkum přinesl řadu zajímavých skutečností, byly splněny vytyčené cíle a výsledky mohou být podnětem k zamyšlení nad budoucí prací nejen střediska, ale i odborníků a dalších poskytovatelů sociálních služeb.

Pro dosažení vytyčených cílů a ověření hypotéz byla použita metoda analýzy dokumentů, technika sekundární analýzy dat. Dále pak metoda dotazování, technika dotazníku. Dotazník, který byl pro tento výzkum sestaven, obsahoval 17 uzavřených otázek, 11 polootevřených otázek a jednu otevřenou otázku.

Pro ověření použitelnosti byl dotazník rozdán nejdříve studentům Zdravotně sociální fakulty a rodičům dětí bez jakéhokoliv postižení a poté byl upraven podle jejich připomínek.

Bylo osloveno 63 bývalých klientů Střediska rané péče České Budějovice. To bylo možno pouze za vydatné pomoci střediska, které umožnilo nahlédnout do databáze a použít adresy bývalých klientů. Kontaktování pak nebyli ti, kteří si to nepřáli při a při ukončení spolupráce s ranou péčí to výslovně uvedli. Dále nebyli kontaktováni ti, jejichž děti již zemřeli, nebo pominuly podmínky pro poskytování služeb rané péče a ti, jejichž adresa nebyla zjistitelná.

Z 63 dotazníků se zpět vrátilo 33, což činí 52% návratnost. Bohužel bylo nutno 3 dotazníky vyřadit, jeden byl vrácen poštou jako nedoručitelný, jeden dotazník se vrátil s odpovědí, že dítě zemřelo a jeden dotazník musel být ze souboru vyřazen pro neúplnost v odpovědích. Výzkumný soubor tedy činil $n=30$. Zastoupení respondentů podle věku dětí s postižením (dále jen dětí) bylo následující: 41% dětí ve věku 7–9, 38% dětí ve věku 10–12 a 21% dětí ve věku 13–15. Z toho vyplývá, že naprostá většina dětí plní základní školní docházku. Zastoupení dětí podle typu postižení bylo následující: 83% dětí výzkumného souboru mají kombinované postižení a pouhých 17% má poruchu zraku. Nejčastějším přidruženým postižením je pak DMO, toto zjištění však nevyplývá

ze zkoumaného souboru, ale z dat, jež byla získána z databáze Střediska rané péče České Budějovice.

5.1. Saturace potřeb bývalých klientů střediska rané péče České Budějovice během poskytování služeb rané péče

Při posuzování saturace potřeb klientů během péče střediska rané péče byl výzkum se zaměřen na potřeby psychické, neboť ptát se rodičů saturaci potřeb biologických, na to, jestli byli ekonomicky zaopatření, měli vyhovující bydlení, popřípadě jestli spali 8 hodin denně, nepřicházelo v úvahu. Zaprvé by to byly otázky natolik citlivé, že návratnost dotazníku by byla minimální a zadruhé nemají velký vliv na přijetí dítěte do rodiny.

Pro ověření pracovní hypotézy 1: V době kdy byly rodiny a děti s postižením klienty rané péče byly jejich potřeby saturovány.

Další část výzkumu se zabývá saturací potřeb klientů během poskytování rané péče. Zde se výzkum soustředil na pozici pracovníků v rané péči při saturaci potřeb dítěte i rodiny. Narození dítěte s postižením přináší řadu změn do života rodiny. Změní se ze dne na den životní styl rodiny, jejich chování v rámci rodiny i v rámci sociokulturního prostředí. Jsou motivováni k péči o dítě a snaží se získat jakékoliv informace, a jak bylo řečeno dítě s postižením má naprosto stejné potřeby jako dítě bez postižení, jen potřebuje informací více, nebo zprostředkované jiným způsobem.

Byla posuzována saturace potřeb jak je stanovil prof. Zdenek Matějček:

Dle Matějčka je se vši pravděpodobností rozhodujícími činiteli citového vztahu dítěte k jeho prvotním vychovatelům pocit jistoty a tlumení např. pocitu úzkost, nikoliv rozkoš a tlumení takových tělesných nepříjemností jako je hlad. Citový vztah k prvotním vychovatelům vytváří základ pro vztah dítěte k širšímu sociálnímu okolí a níže uvedené výsledky tuto tezi potvrzují **(9)**

Byly tedy sestaveny otázky týkající se psychických potřeb dítěte, jež autor popisuje ve své publikaci se zaměřením na roli pracovníka rané péče v saturaci těchto potřeb a to otázky 8, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19.

- ***Potřeba dostatečného přívodu informací – jak rodičům, tak dítěti***

K saturaci této potřeby se vztahovaly tyto otázky 8, 9, 10, 11, 14.

Více či méně kladné odpovědi ukazují, že potřeba byla saturována. Pracovník rané péče poskytoval především informace, popřípadě zprostředkoval kontakty a zkušenosti.

- ***Potřeba řádu a smyslu***

Ke zjištění, zda byla tato potřeba saturována, posloužily otázky 7, 10, 14.

Ve všech případech byla potřeba v nadpoloviční míře saturována. A pracovník rané péče zde zastával pozici poradce a informátora. Z výsledků také vyplynulo, že 53% respondentů pomohly kontakty s rodiči dětí s podobným postižením. Možnost tohoto kontaktu dodává respondentům smysl jejich úsilí, které vložili do výchovy dítěte s postižením. Rodiče se totiž nesetkávají jenom sami mezi sebou, ale i s rodiči, kteří již nejsou klienty rané péče, ti jim poté sdělují postřehy a dodávají síly do další práce a života.

- ***Potřeba životní jistoty***

Ke zjištění, zda byla potřeba saturována, posloužily otázky 7, 10, 13, 17. Z výsledků uvedených výše vyplývá, že potřeba saturována byla a pracovník rané péče zde rodině zprostředkoval onu jistotu poradce a terapeuta.

Fungující rodina je založena (za účelem) na základě uspokojování potřeb svých jednotlivých členů. Mimo základní potřeby, má dítě s postižením i potřeby speciální. Neznalost potřeb členů rodiny vede k nejistotě na straně těch, kteří by rádi dítěti problémy překonat a frustraci a stagnaci vývoje na straně dítěte. Z odpovědí respondentů na otázku 13, kdy 62% respondentů informace od pracovníků pomohly získávat znalosti a dovednosti potřebné k naplňování potřeb dítěte. Výše uvedené výsledky tak korespondují i s tezí Vágnerové.(20)

- ***Potřeba vlastní společenské hodnoty***

Ke zjištění, zda byla tato potřeba saturována, posloužily otázky: 10, 17, 18. Ve všech případech se respondenti vyjádřili, že potřeba byla saturována. Role pracovníka rané péče je velice komplikovaná. Funguje jako zprostředkovatel informací, výchovných postupů, kontaktů, přesto nesmí převzít odpovědnost za rodiče. Rodiče sami musí

problémy řešit a o své dítě se starat. Zda pracovník respektuje autonomii rodiny, zjišťovala otázka 17, kde 80% respondentů odpovědělo kladně.

Nejen rodina jako celek, ale i dítě musí mít pocit, že je platným členem rodiny a má svá práva. Tuto problematiku zjišťovala otázka 18: *Pracovníci nás naučili nejenom zdokonalovat dovednosti našeho dítěte, ale i zažívat s ním radosti.* Na tuto otázku odpovědělo kladně 66% respondentů a 24% respondentů se k ní přiklonilo.

- ***Potřeba životní perspektivy***

Ke zjištění, zda byla tato potřeba saturována, posloužily otázky: 15 a 19. V obou případech byla potřeba saturována.

Zde pracovník rané péče poskytuje rodičům informace o dalších nebo návazných službách.

5.2. Saturace potřeb bývalých klientů střediska rané péče České Budějovice v současnosti

Další část výzkumu se soustředila na saturaci potřeb klientů nyní.

Bylo předpokládáno ale, že s ukončením raněporadenské práce klesne kvalita péče o rodinu a potřeby rodiny saturovány nebudou.

Na výše zmíněné potřeby byly sestaveny otázky 20, 21, 24, 26 a 27 a bylo sledováno, jak rodina již sama, popřípadě s dopomocí někoho jiného dokáže saturovat potřeby svých členů, již bez intervence pracovníků rané péče.

- ***Potřeba náležitého přívodu podnětů***

Ke zjištění zda byla potřeba saturována, posloužily otázky: 20, 21, 24, 27.

- ***Potřeba řádu a smyslu***

Ke zjištění zda byla potřeba saturována, posloužily otázky: 21, 22, 24.

- ***Potřeba životní jistoty***

Ke zjištění zda byla potřeba saturována, posloužily otázky: 21, 22, 23, 25.

- ***Potřeba vlastní a společenské hodnoty***

Ke zjištění zda byla potřeba saturována, posloužily otázky: 22, 23.

- ***Potřeba životní perspektivy:***

Ke zjištění, zda byla potřeba saturována, posloužily otázky: 20, 24, 27,

Potřeby respondentů jsou saturovány, vyplývá to z grafů uvedených výše. Jednotlivé potřeby jsou vždy saturovány plně ve více než 30% zastoupení, částečně opět více než u 30 % respondentů.

Pozn.: Otázka 24: (*V současné době je naše dítě vzděláváno v:*) poskytuje výčet školských zařízení, kterými je dítě vzděláváno. To samo o sobě znamená, že dítěti je poskytnut přívod podnětů, je mu dán řád a smysl a poskytnuta životní perspektiva.

Otázka 25: (*V současné době je naše dítě v péči:*) Odpovědi respondentů vyloučily všechna pobytová zařízení, přičemž 83% respondentů má dítě ve vlastní péči. Tato odpověď předpokládá saturaci potřeby životní jistoty dítěte.

Otázka 27: (*S problémy, které vyplývají z péče o naše dítě s postižením, nám pomáhá:*) Otázka předpokládá zjištění informací pro možnost vytyčení životních cílů. Z odpovědí respondentů, že nejvíce spoléhají na lékaře: 18 (60%) respondentů, pedagogy: 17(57%) respondentů a přátele s dítětem se stejným postižením: 11(37%), neboť právě na ně se respondenti obrací nejčastěji při řešení svých problémů.

5.3. Přínos Střediska rané péče České Budějovice

Aby byla raněporadenská péče úspěšná je potřeba splnit několik základních podmínek vyplývajících z východisek a teorií uvedených v teoretické části této práce

Pro ověření splnění základních podmínek pro úspěšné poskytování služeb rané péče, byly položeny 3 kontrolní otázky:

Otázka 3: *V jakém věku dítě jste se dozvěděli diagnózu?*

Pozitivní vliv stimulace v raném věku a poznatky o příčinách a důsledcích deprivace poukázaly na velkou plasticitu dětského mozku a možnosti tvorby kompenzačních mechanismů, proto je věk zjištění diagnózy pro korekci vad zásadní. Z výše uvedených výsledků plyne, že 90% respondentů se diagnózu dozvěděla v prvním roce života dítěte. Výzkumný soubor splňuje podmínku vytyčenou světovými výzkumy.

Otázka 5: Od koho jste se dozvěděli o existenci rané péče?

Pro důvody uvedené v ověření výsledků plynoucích z výsledků odpovědí na otázku 3 bylo zjištěno, že se respondenti o existenci rané péče dozvídají od oftalmologa 12(44%), neonatologa 2(7%) a pediatra 3(11%). Lze tedy říci, že se rodiče v nadpoloviční většině o rané péči dozvídají brzy po oznámení diagnózy.

Otázka7: V průběhu rané péče, kdy nás navštěvovaly poradkyně rané péče, byla pro nás frekvence návštěv: dostačující, nedostačující (rozved'te), jiné.

Jak je zmíněno výše, raněporadenská práce prováděná v přirozeném prostředí klienta a saturuje potřebu jistoty a vlastní společenské hodnoty. Frekvence návštěv pak stanovuje časový úsek, kdy do péče o dítě s postižením nezasahuje poradkyně rané péče. Tento úsek stanoví rodič sám pohybuje se od měsíce výše.

27,(91%) respondentů uvádí, že frekvence návštěv byla dostačující. Raněporadenská práce v rodinách, z hlediska četnosti návštěv zanedbána nebyla.

Dle odpovědí na otázku 6: V době, kdy jsme byli klienty střediska, jsme využívali těchto služeb:

25 (83%)respondentů využívalo služby poradenství, které má zaručovat přínos informací a podpory rodině i dítěti. To potvrzují výsledky otázek 7, 8, 13, 15, 19.

27 (90%) respondentů využívalo služby půjčování hraček. Tato služba dle standardů kvality podporuje minimalizování a kompenzaci následků vzniklých vad. To potvrzují kladné odpovědi na otázky 16, kdy zcela souhlasilo 21 (70%) respondentů a 11 (27%) souhlasilo spíše.

21 (70%) respondentům byla poskytována edukace zraku, která měla pomáhat minimalizovat následky vzniklých vad.

10 (33%) respondentů využívalo rehabilitačních pobytů, kde je zprostředkován mimo množství informací, edukace zraku, kompenzačních pomůcek, rehabilitace apod. i kontakt s jinými rodiči dětí se stejným, nebo podobným postižením. Tyto kontakty shledává jako dostatečné 15 (50%) respondentů a jako spíše dostatečné 12 (40%), 16 (53%) respondentům tyto kontakty spíše pomáhaly a 9 (30%) respondentům pomáhaly.

Z výše uvedených výsledků můžeme tedy vyvodit závěr, který se shoduje se standardy kvality rané péče, a to že raná péče přispívá rodině především zprostředkováním kvalitních informací, dále pak zajišťováním materiálního vybavení pro výchovu a kompenzaci a zprostředkováním kontaktu s osobami v podobné situaci. **(11)**

Jedinečnost rané péče je však v tom, že je výhradně poskytována v přirozeném prostředí dítěte a dle standardů kvality a také výsledků výzkumu respektuje nejen zvyky a životní způsob rodiny, ale především osobnost dítěte. **(11)**

To že tomu tak bylo, potvrzují odpovědi na otázku 17: „Pracovník respektoval životní způsob a zvyklosti rodiny“. 23 (83%) respondentů s tímto prohlášením souhlasí, 5 (17%) se k němu kloní. Na otázku 18: „Pracovníci nás naučili nejenom zdokonalovat dovednosti našeho dítěte, ale i zažívat s ním radosti“. Kladně tuto tezi potvrdilo 19 (66%) respondentů a 7 (24%) se k ní přiklonilo.

Lze tedy jednoznačně říci, že středisko nastavilo podmínky pro úspěšné přijetí dítěte jak rodinou, tak širším okolím.

Poslední část této podkapitoly se zabývá současnou situací rodin.

K potvrzení hypotézy nám posloužily otázky: 23, 24, 25 a 26.

Otázka 25: *V současné době je naše dítě v péči:*

Otázka zjišťovala, zda po ukončení raněporadenské práce byli rodiče schopni a ochotni se o dítě starat, vychovávat ho či vzdělávat sami. Zjišťovala, zda bylo dítě přijato do rodiny.

Výsledky jsou více než jasné. Z výše uvedeného grafu vyplývá, že převážná většina dětí po ukončení raněporadenské práce je zcela v rodinné péči 24(83%). Zbývajících dětí 5(17%) navštěvuje stacionář.

Potvrzuje to i otázka 26: *V současné době potřebujeme nejčastěji pomoci v těchto oblastech života naší rodiny:*

Ve výběru možností byla i odpověď: *Se zařazením dítěte do zařízení sociální péče*. Tuto možnost si nikdo nevybral. Je tedy evidentní, že dítě bylo rodinou přijato a integrace byla úspěšná.

Otázka 24: *V současné době je naše dítě vzděláváno v:*

Otázka se zabývá integrací dítěte do školského zařízení, kdy výsledky uvádí, že

8(27%) dětí s postižením je integrováno do běžného typu škol, 4(13%) děti jsou zařazeni do speciální třídy základní školy, 9(30%) dětí do základní školy praktické.

Vezmeme-li v úvahu, že každé dítě není vhodné pro integraci ať už jakéhokoliv důvodu, míra integrace je skvělá $8+4=12(40\%)$.

Poslední otázka 23: *Máme dostatek přátelských kontaktů*, se věnuje integraci v sociokulturním prostředí.

Zde z výsledků vyplynulo, že i okolí rodinu přijalo, 14(47%) respondentů má dostatek přátelských kontaktů, spíše dostatek než nedostatek pak 9(30%) respondentů a spíše nedostatek než dostatek 4(13%) respondenti. Jeden respondent (3%) nemá zcela žádné přátelské kontakty ve svém okolí.

Pouze v otázce 26 4(13%) respondenti uvádí, že jejich dítě nemá nedostatek sociálních kontaktů.

Lze tedy říci, že k integraci došlo.

Výsledky tak potvrzují Pacovského tezi, že rodina chtít, umět a moci. Kdy pojem chtít je zásadní, neboť jestli se chce rodina postarat, musí vytvořit předpoklady pro to, čeho chce dosáhnout. Pojem moci, pak například finanční zajištění rodiny, ale především nastavení společnosti a typ a závažnost postižení dítěte. (4)

Zjišťování stupně integrace nebylo předmětem této práce.

5.4. Reflexe rodičů na služby Střediska rané péče

Otázka 28: S odstupem času bych služby rané péče obohatil o:

Respondent 1: *„Návštěva byla vždy přátelská, v jisté době jsem byla ráda, že si mám s kým popovídat o radostech i starostech a je to vážně dávno, že nedokáži posoudit, ale my jsme byli spokojeni, snad jen, že návštěva byla 2x do roka, což by mohlo být častěji. Pracovnice byla vždy milá a snažila se nám vyjít vstříc.“*

Respondent 2: *„Koncepce poskytování služeb Střediska rané péče je perfektní, nemám žádné připomínky. Naopak rady, které mi na začátku naší strastiplné cesty poskytly, považuji za cenné.“*

Respondent 3: *„Byla to Úžasná spolupráce, byli jsme moc spokojeni. Děkuje.“*

Respondent 4: „*Nic mě nenapadá, myslím, že středisko rané péče funguje skvěle, všechny poradkyně byly vstřícné a nápomocné.*“

Respondent 5: „*Více odborné literatury.*“

Respondent 6: „*Raná péče nám vyhovovala – bohužel už patříme do SPC. Ti k nám nemohou jezdit tak často.*“

Respondent 7: „*Služby jsou dokonalé, jak ve středisku tak v terénu. Nyní bychom potřebovali stálou domácí pracovníci a to je problém protože by měla být šikovná začlenit se do rodiny (cizí člověk v domácnosti mě znervózňuje). Jsem invalidní a po těžké nemoci mám sníženy fyzické i duševní schopnosti.*“

Respondent 8: „*Nevím byla jsem velmi spokojena.*“

Respondent 9: „*Nevíme co napsat na toto téma, když se nás to už netýká, nejezdíte za náma, a jaké máte, služby bohužel nevíme.*“

Respondent 10: „*Nemám žádné připomínky. Pouze nás mrzí, že po dovršení 6 let věku se již nemůžeme účastnit rehabilitačních pobytů.*“

Respondent 11: „*Snad jen, aby se po ukončení MŠ mohla prolínat s pomocí SPC, které je spíše pomocí škole.*“

Respondent 12: „*O rehabilitaci, hlavně jiné metody nejen Vojtu.*“

Respondent 13: „*Velice jsme byli spokojeni. Touto cestou ještě jednou díky.*“

Respondent 14: „*Vaši péči by si zasloužily i děti a rodiče s jinými druhy postižení.*“

6. Závěr

Hlavním cílem práce bylo získat zpětnou vazbu od bývalých klientů Střediska rané péče České Budějovice a zjistit tak přínos raněporadenské práce.

Hlavní cíl byl splněn.

Bylo zjištěno, že raněporadenská péče přispívala k saturaci potřeb klientů především poradenskou prací, podporou členů rodiny a vzdělávací činností. Kdy přispívala k přijetí dítěte rodinou a posléze i sociokulturním prostředím. Z výše uvedených výsledků lze vyčíst, že děti s postižením byly do rodin úspěšně přijaty a byly přijaty i do školských zařízení, jak vypovídají výsledky výzkumu: dostatek přátelských kontaktů ve

svém okolí má 14 (47%) respondentů k tomuto výroku se pak kloní 9 (30%) respondentů. Lze tedy tvrdit, že rodiny jako celek byly přijaty i do sociokulturního prostředí.

Hypotéza byla tedy potvrzena.

Dílčím cílem práce, který přispěl ke splnění cíle hlavního bylo *zjistit, zda byly potřeby respondentů saturovány v době, kdy byly klienty Střediska rané péče České Budějovice. Tento cíl byl splněn.*

Výzkum prokázal, že potřeby klientů byly saturovány zcela nebo částečně a raněporadenský pracovník zde fungoval jako poskytovatel informací, zkušeností, podpory a zprostředkovatel kontaktů. **Hypotéza byla potvrzena.**

Druhým dílčím cílem bylo *zmapovat saturaci potřeb bývalých klientů Střediska rané péče v Českých Budějovicích v současné době* a tím zmapovat jejich situaci. **Tento cíl byl splněn.**

Bylo zjištěno, že potřeby i v současnosti saturovány jsou a to buď zcela nebo částečně.

Hypotéza, která předpokládala, že s ukončením raněporadenské práce míra saturace potřeb klesne, **byla vyvrácena**. Především díky tomu, že rodiče ví, na koho se obrátit se svými případnými problémy. Pokud-li takové řešení není, jsou odhodláni se o dítě starat a snaží si pomoci samy.

Hlavním přínosem práce je zpětná vazba od respondentů. Přináší informace o současném stavu bývalých klientů, kdy se středisko dozvídá, zda dosáhly cíle práce a to toho, že dítě je přijato do rodiny a opatrovníci jsou dostatečně kompetentní a samostatní k další práci s dítětem i k životu v sociokulturním prostředí.

Jedním z přínosů práce jsou data, která budou moci být použita pro komunitní plánování sociálních služeb v jihočeském kraji.

V publikaci ministerstva práce a sociálních věcí její autoři uvádějí, že se jedná o metodu plánování sociálních služeb, tak aby odpovídaly místním specifikům a potřebám jednotlivých občanů. Přínos komunitního plánování tkví, mimo jiné, ve zvýšené dostupnosti a kvalitě sociálních služeb a zvýšené efektivitě investovaných finančních prostředků. **(10)**

V dotazníku, který byl pro tyto účely sestaven se dozvídáme, že respondenti se potýkají s následujícími problémy: 9(30%) respondentů je soběstačných, 9(30%) respondentů má problém s osobní asistencí a 6(20%) respondentů nemá dostatek volného času pro rodinu. Pro upřesnění bylo dále zjištěno, že optimální řešení jejich problémů v 6(29%) případech je příliš vzdálené od místa jejich bydliště, v 6 (29%) je časově náročné a v 5(24%) případech neexistuje. Nakonec bylo zjištěno, že největší důvěru mají respondenti v lékaře: 18 (60%) respondentů, pedagogy: 17(57%) respondentů a přátelé s dítětem se stejným postižením: 11(37%), neboť právě na ně se respondenti obrací při řešení svých problémů.

7. Seznam použité literatury

- 1) *Asociace pracovníků v rané péči* [online]. c2006, [cit. 2006-05-03]. <<http://www.asociace-ranapece.unas.cz/>>
- 2) Deprivace [online]. c2007, [cit. 2007-03-01]. Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow>
- 3) HABEŠOVÁ, A., *Současný stav rané péče v České republice*. České Budějovice, 2005. 148s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí diplomové práce Jana Vachulová.
- 4) HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 s. Edice Pyramida. ISBN 80-7038-158-2.
- 5) JANKOVSKÝ, J a kol. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální Fakulta, 2005. 103s. ISBN 80-7040-826-X
- 6) JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 168s. ISBN 80-7254-730-5
- 7) KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. 126s. ISBN 80-7315-063-8.
- 8) KEBLOVÁ, A. *Zrakově postižené dítě*, 1. vyd. Praha: Septima, 2001. 68s. ISBN 80-7216-191-1
- 9) MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*, 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 108s. ISBN 80-7178-853-8
- 10) MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Komunitní plánování věc veřejná*, Praha: Nakladatelství Jan, 2002. 16s. ISBN 80-86552-30-6
- 11) MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Návrh akreditačních standardů – květen 2000* [online]. c2002, [cit. 2006-12-05]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/scripts/clanek.asp?lg=1&id=2555>>
- 12) NIELSENOVÁ. *Učení zrakově postižených dětí v raném věku*. 1.vyd. Praha: TIRA, 1998. 119s. ISBN 80-85866-26-9

- 13) SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI. *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením: vybrané příspěvky z kurzu "Poradce rané péče"*. 1. vyd. Praha: Středisko rané péče Praha, 1998. 104 s. ISBN 80-238-326-0
- 14) SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI. *Seminář společnosti pro ranou péči 8 - 10. 11. 2005*. Vzdělávací institut SČKCH, 2005.
- 15) *Společnost pro ranou péči* [online]. c2007, [cit. 2007-05-03]. Dostupné z: <<http://www.ranapece.cz/spolecnost.htm>>
- 16) *Středisko rané péče České Budějovice* [online]. c2007, [cit. 2007-03-13]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/strediska/ceske_budejovice/budejovice.htm>
- 17) *Úmluva o právech dítěte* [online]. c2002-2006, [cit. 2006-12-01]. Dostupné z: <<http://www.detskaprava.cz/soubory/umluva.pdf>>
- 18) ÚPLNÉ ZNĚNÍ: *Sociální zabezpečení 2007*. č. 565 (1.7. 2006). Ostrava: Jiří Matloch – Sagit, 2006. Vychází měsíčně. ISBN 80-7208-571-9
- 19) ÚPLNÉ ZNĚNÍ: *Školství 2001*. č. 618 (1. 4. 2007). Ostrava: Sagit, 2007. Vychází měsíčně. ISBN 979-80-7208-627-6
- 20) VÁGNEROVÁ , M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 870s. ISBN 80-7178-802-3
- 21) VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 180s. ISBN 80-7315-071-9
- 22) VÍTKOVÁ, M. a kol. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, 1999. 94s. ISBN 80-85931-75

8. Klíčová slova

RANÁ PÉČE

STŘEDISKO RANÉ PÉČE ČESKÉ BUDĚJOVICE

RODINA

DÍTĚ

POTŘEBA

KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ

9. PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1- Dotazník pro bývalé klienty Střediska rané péče České Budějovice

Vážení rodiče (opatrovníci),

Dostává se Vám do rukou dotazník, jímž **Středisko rané péče v ČB** získá informace potřebné ke zhodnocení a zlepšení své další činnosti.

Mé jméno je **Marie Mottlová**. Jsem **studentka Zdravotně sociální fakulty** v ČB oboru Rehabilitace a psychosociální péče a ve spolupráci se Střediskem rané péče v ČB budu dotazník vyhodnocovat. Tímto vám zaručuji, že veškerá **osobní data v dotazníku jsou anonymní** a výsledky budou sloužit pouze účelům střediska rané péče a výzkumné části mé bakalářské práce s názvem „Raná péče o děti s poruchami zraku“

Jsem si vědoma, že nejste klienty rané péče již delší dobu. Prosím Vás však o úplnost ve vyplňování.

Vyplněné dotazníky prosím obratem zašlete zpět v **příložené obálce**.

Děkuji za Váš čas Marie Mottlová

Jak vyplňovat dotazník?

Správné odpovědi značte křížkem, zakroužkováním či podtržením.

- ✓ U otázek s označte křížkem, nebo podtržením **pouze jednu odpověď, není-li uvedeno jinak** (nevyhovuje-li vám výběr, do kolonky **jiné** napište vlastní odpověď)
- ✓ U otázek tohoto typu křížkem označte **pouze jednu odpověď**, která vám nejvíce vyhovuje:

++	Souhlasím, určitě ano, byla jsem velmi spokojený/á
+	Spíše souhlasím, spíše ano, byla jsem spokojený/á
-	Spíše nesouhlasím, spíše ne, byla jsem nespokojený/á
--	Nesouhlasím, určitě ne, byla jsem velmi nespokojený/á

1. Kolik let je vašemu dítěti?

- 4 - 6
- 7 - 9
- 10 – 12
- 13 – 15
- 15 – 17
- Jiné

2. Jaké postižení má vaše dítě?
- poruchu zraku
 - kombinované
3. V jakém věku dítěte jste se dozvěděli diagnózu?
- 0 - 2 měsíci
 - 3 – 5 měsíci
 - 6 - 12 měsíci
 - 1 – 3 roce
 - 3 – 7 roce
 - jiné...
4. Kdo Vám sdělil diagnózu dítěte?
- pediatr
 - neonatolog (porodník)
 - oftalmolog (oční)
 - pediatr
 - neurolog
 - jiné.....
5. Od koho jste se dozvěděli o existenci rané péče?
- neonatolog (porodník)
 - pediatr
 - oftalmolog (oční)
 - neurolog
 - sociální pracovnice
 - sdělovací prostředky (TV, rádio...)
 - rodiče postiženého dítěte
 - příbuzní
 - spolupracovníci
 - učitelé sourozenců
 - jiné....
6. V době, kdy jsme byli klienty rané péče, jsme využívali těchto služeb:
(možno zaškrtnout více odpovědí)
- poradenství
 - půjčování pomůcek – hraček
 - rehabilitačních pobytů
 - vzdělávací akce, semináře
 - zapůjčování odborných materiálů
 - zpravodajů, letáků
 - psychologické poradenství – terapie

- edukace zraku – stimulace
 jiné.....

7. V průběhu rané péče, kdy nás navštěvovaly pracovnice střediska střediska rané péče, byla pro nás frekvence návštěv:

- frekvence návštěv byla dostačující
 frekvence návštěv byla nevyhovující
 - jak často by vám vyhovovalo.....

8. Pracovníci nám poskytli dostatek kvalitních informací, abychom se mohli stát kompetentní k výchově dítěte s poruchou zraku (kombinovaným postižením) k samostatnému životu.	++	+	-	--
9. Během kontaktu s ranou péčí jsme měli dostatek možností kontaktu s rodiči dětí s podobným postižením.	++	+	-	--
10. Kontakty s rodiči dětí s podobným postižením nám pomáhaly.	++	+	-	--
11. Byl nám poskytnut dostatek kompenzačních pomůcek, abychom minimalizovali důsledky poruch našeho dítěte.	++	+	-	--
12. V průběhu poskytování rané péče jsme získali takové zkušenosti, že dokážeme posoudit hranice dovedností našeho dítěte a přizpůsobit jim prostředí tak, aby přesto nebylo vyřazeno ze společného života	++	+	-	--
13. Informace od pracovníků nám pomohly získávat znalosti a dovednosti potřebné k naplňování potřeb našeho dítěte.	++	+	-	--
14. Byli jsme kvalitně informováni, co můžeme očekávat od služeb rané péče.	++	+	-	--
15. Byli jsme kvalitně informováni o možnostech využití dalších služeb mimo ranou péči.	++	+	-	--
16. Spolupráce s ranou napomáhala k přijetí dítěte celou rodinou a tím k vytvoření pozitivního prostředí pro přijetí dítěte.	++	+	-	--
17. Pracovník respektoval životní způsob a zvyklosti rodiny.	++	+	-	--

18. Pracovníci nás naučili nejenom zdokonalovat dovednosti našeho dítěte, ale i zažívat s ním radosti.	++	+	-	--
19. Pracovník rané péče nás dostatečně informoval o existenci návazných služeb ještě před ukončením rané péče.	++	+	-	--
20. Nyní jsme kvalitně informováni o možnostech poskytování dalších služeb.	++	+	-	--
21. Služby, kterých naše dítě nyní využívá, mu plně vyhovují	++	+	-	--
22. Služby vyhovují životnímu způsobu a zvyklostem rodiny.	++	+	-	--
23. Máme dostatek přátelských kontaktů ve svém okolí.	++	+	-	--

24. V současné době získává naše dítě vzdělání v:

- Vzděláváno v domácí péči pod dohledem SPC a zaštiťující školy typu.....
- Mateřská škola
- Mateřské školy pro děti s vadami.....
- Přípravný ročník
- Základní škola praktická (dříve zvláštní, nebo pomocná)
- Základní škola pro děti s vadami
- Integrováno v základní škole běžného typu
- Speciální třída základní školy běžného typu
- Jiné.....

25. V současné době je naše dítě v péči:

- Zcela v rodinné péči
- Celoroční pobytové
- Týdenní pobytové
- Stacionární
- Terapeutické dílny
- Denní centrum
- Jiné....

26. V současné době potřebujeme nejčastěji pomoci v těchto oblastech života naší rodiny:

(možno zaškrtnout i více možností – zaškrtnutí první možnosti toto vylučuje)

- Jsme soběstační
- Se zařazením dítěte do školského zařízení
- Se zařazením dítěte do zařízení sociální péče
- S bydlením, které by vyhovovalo životnímu způsobu rodiny s dítětem s postižením
- S orientací v sociálně právní oblasti
- S pracovní začleněním v době, kdy se o naše dítě nestaráme
- S osobní asistencí pro čas, kdy dítě tráví čas mimo péči rodiny
- S přijetím postiženého dítě svými sourozenci
- Vztahů v naší rodině
- Vztahů naší rodiny se širším okolím
- S vyplněním volného času svého dítěte
- Nedostatkem sociálních (dětských) kontaktů, které má naše dítě
- S nedostatkem času, který nám zbývá na rodinu
- Jiné

Pokud jste nespokojeni, s pomocí v oblastech, které jste označili v otázce číslo 26, sdělte nám prosím důvod, proč nevyhledáte pomoc, která by Vaše problémy vyřešila:

- Neexistuje
- Vzdálenosti
- Finančního
- Časové náročnosti
- Nedostatku informací o této službě
- Ji-
né.....

27. S problémy, které vyplývají z péče o naše postižené dítě (nám pomáhá) konzultujeme s:

(možno označit více odpovědí)

- Nikdo
- Sociální pracovník
- Přátelé se stejně postiženým dítětem
- Rodinní příslušníci
- Odborná literatury (knihy, časopisy, letáky)
- Lékaři
- Pedagogové
- Jiné.....

28. S odstupem času bych služby rané péče obohatil o:

.....

.....
.....
.....

Děkuji za čas, který jste strávili nad tímto dotazníčkem, doufám, že byl příjemně stráven. Již nyní se těším na Vaše brzké odpovědi. (nejdéle do konce týdne).

Středisko rané péče České Budějovice
Jizerská 4, 3700 01 ČESKÉ BUDĚJOVICE