

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Informovanost dětských lékařů a sociálních pracovníků o službách rané péče**

bakalářská práce

Autor práce: Dana Plášilová, DiS.  
Studijní program: Rehabilitace  
Studijní obor: Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory – kombinované studium  
Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.  
Datum odevzdání práce: 4. 5. 2012

## **Abstract**

This baccalaureate dissertation deals with the issues of awareness in regards to the social services pertaining to early years care.

The theoretical part includes the demarcation of circumstances in which young children may develop a disability as well as rehabilitation options. Furthermore, it deals with the history and progress of early years care in the Czech Republic. It also touches on the topic of how to impart the adverse diagnosis on parents or how to handle such situations.

The aim of the work was to determine awareness of early years care services amongst paediatricians and the employees of social and medical departments in the České Budějovice area. The results were obtained by means of qualitative research, utilising structural interaction and quantitative research methods, such as anonymous questionnaires.

The results of the study reveal that while the social workers at the department for social matters and healthcare as well as paediatricians in the České Budějovice area are aware of the existence of early years care, they do not pass on this information to families at such a level that they may decide whether or not they wish to make use of these services of early years care. The families at the České Budějovice Early Years Care Centre obtain information about early years care prevalently from specialists in large hospitals. They would appreciate being given this information directly at the maternal ward or hospital where the baby was born, or from their paediatrician.

The results of the baccalaureate dissertation will be utilised by the Society for Early Years Care in order to orchestrate an improved strategy to raise awareness among social workers as well as paediatricians so that timely intervention be provided to families.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, 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 podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb., zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz, provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2012

.....

Dana Plášilová

### **Poděkování**

Děkuji vedoucí bakalářské práce doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce a rodině za podporu.

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>8</b>
1.1 PÉČE O DĚTI S POSTIŽENÍM V RANÉM VĚKU.....	8
1.2 REHABILITACE .....	9
1.3 VZNIK POSTIŽENÍ .....	11
1.4 VYROVNÁNÍ SE S NAROZENÍM DÍTĚTE S POSTIŽENÍM .....	12
1.5 DŮSLEDKY PERINATÁLNÍHO OHROŽENÍ NOVOROZENCŮ PRO JEJICH DALŠÍ VÝVOJ 13	
1.6 NEDONOŠENÉ DÍTĚ A RODIČE .....	14
1.7 SDĚLOVÁNÍ NEPŘÍZNIVÉ DIAGNÓZY .....	16
1.8 DŮSLEDKY POSTIŽENÍ DÍTĚTE .....	17
1.8.1 <i>Ekonomická podpora rodin</i> .....	20
1.9 RANÁ PÉČE .....	22
1.10 TEORIE A VÝCHODISKA RANÉ PÉČE .....	23
1.11 ČESKÝ MODEL RANÉ PÉČE „PROVÁZENÍ“.....	25
1.11.1 <i>Raná péče jako proces</i> .....	27
1.11.2 <i>Principy služeb rané péče</i> .....	27
1.12 STŘEDISKO RANÉ PÉČE ČESKÉ BUDĚJOVICE .....	29
<b>2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY</b> .....	<b>31</b>
<b>3. METODIKA</b> .....	<b>32</b>
3.1 POUŽITÉ METODY .....	32
3.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU .....	32
<b>4. VÝSLEDKY</b> .....	<b>34</b>
4.1 VÝSLEDKY Z ROZHOVORŮ S DĚTSKÝMI LÉKAŘI.....	34
4.2 VÝSLEDKY ROZHOVORŮ SE SOCIÁLNÍMI PRACOVNÍKY ODBORU SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, KRAJSKÝ ÚŘAD JIHOČESKÉHO KRAJE .....	38

4.3	VÝSLEDKY ROZHovorŮ SE SOCIÁLNÍMI PRACOVNÍKY ODBORU SOCIÁLNÍCH VĚCÍ - VYPLÁCENÍ DÁVEK ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM, MAGISTRÁT MĚSTA ČESKÉ BUDĚJOVICE. ....	41
4.4	VÝSLEDKY Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ S UŽIVATELI SLUŽEB RANÁ PÉČE .....	44
<b>5.</b>	<b>DISKUSE</b> .....	<b>48</b>
5.1	DISKUSE K INFORMACÍM OD DĚTSKÝCH LÉKAŘŮ .....	48
5.2	DISKUSE K INFORMACÍM OD SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ .....	49
5.3	DISKUSE K INFORMACÍM OD UŽIVATELŮ RANÉ PÉČE.....	50
<b>6.</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>53</b>
<b>7.</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>55</b>
<b>8.</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	<b>59</b>
<b>9.</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>60</b>

## ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou informovanosti o sociální službě raná péče. Po absolvování praxe ve středisku rané péče České Budějovice, jsem se mohla seznámit s konkrétní činností poradce rané péče v rodině. Velice mě to zaujalo to, že existují i jiné možnosti pro děti s postižením, že rodiče jim věnují veškerou pozornost, pečují o ně v domácím prostředí, kde se cítí dobře a v bezpečí. Poradce rané péče je oporou pro rodiče nejen v oblasti vývoje dítěte, ale i v oblasti psychické.

Velkým problémem je zde pozdní předání informací o existenci této služby a hlavně kdo by ji měl rodičům nabízet. Zda lékař v porodnici, když se zjistí ohrožení vývoje dítěte hned po narození nebo dětský lékař, který má dítě v péči a jeho vývoj sleduje pravidelně.

Po domluvě s vedoucí Střediska rané péče SPRP České Budějovice, jsem se rozhodla zpracovat téma – „informovanost dětských lékařů a sociálních pracovníků o sociální službě raná péče.“ Dále jaká je úroveň informovanosti rodičů dětí s postižením o sociální službě raná péče. Podobné téma bylo již zpracováno na Kutnohorsku. Společnost pro ranou péči by tyto informace postupně chtěla získat z celé republiky.

Zjištěné výsledky budou využity pro vytvoření lepší strategie o informování a předávání informací rodinám dětí s postižením v raném věku.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Péče o děti s postižením v raném věku

### Péče v rodině

Pokud se narodí dítě s postižením nebo se v důsledku nepříznivého stavu či jiných poruch objeví, prvotně je rodina v kontaktu s lékaři, kdy se dozvídají první základní informace o zdravotním stavu dítěte.

Další léčba a postup většinou záleží na informovanosti, vzdělání, dostupnosti zdravotní péče, sociální pomoci. Většina dětí se po propuštění dostává do prostředí vlastní rodiny.

Tyto děti jsou dále sledovány v poradnách svých lékařů, dojíždí na rehabilitace.

Rehabilitace se provádí různými metodami (např. Vojtovou reflexní lokomocí, Bobath koncept). Důležitou roli hraje i lázeňská péče, kdy lázeňský pobyt je zaměřen na intenzivní rehabilitaci.

Nesmíme opomenout ani Střediska rané péče, která se zaměřují na podporu vývoje dítěte v raném věku a podporu celé rodiny. Rodině pomáhají s novou nestandardní životní situací (Květoňová, 2004).

### Ústavní péče o děti s postižením

Může nastat i situace, kdy rodiče dítě s postižením odmítnou, nebo péči nezvládají a dítě musí být umístěno mimo rodinu.

Dítě ve věku od narození do tří let je umístěno do kojeneckého ústavu. Po té jsou umísťovány do ústavů sociální péče (Květoňová, 2004).



## 1.2 REHABILITACE

Pochází z novolatinského výrazu, je to soubor činností, které pomáhají člověku s poruchou orgánů nebo jejich ztrátou. V důsledku toho má oslabenou nebo znemožněnou některou aktivitu, která byla způsobena nemocí, úrazem a nebo vrozenou vadou.

U nás se pojem rehabilitace projevil až po druhé světové válce. Složky ucelené rehabilitace spolu úzce souvisejí a neměli by mezi nimi existovat pevné hranice (Jesenský, 1995).

Pojem rehabilitace se během času vyvíjel a měnila se i jeho definice dle WHO (Světová zdravotnická organizace).

Definice z roku 1969: „ *Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jednotlivce k nejvyšší možné funkční schopnosti*“ (Jankovský a kol., 2005, s 40).

Další definice je z roku 1994, která rehabilitaci definuje takto: „ *Rehabilitace jako proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti*“ (Jankovský a kol., 2005, s .40).

Dle J. Pfeiffera a J. Votavy dělíme rehabilitaci na:

- vertikální = obnovení původního stavu
- horizontální = dlouhodobá, poškození má dlouhodobý a závažný charakter

(Jankovský, 2006)

Rehabilitace je charakteristická tím, že předpokládá motivaci a pozitivní přístup od postiženého, aktivní zapojení postiženého v průběhu rehabilitace a také dostatek sociálních jistot postiženého (Jesenský, 1995).

Rehabilitace je v dnešní době chápána jako interdisciplinární obor. Ucelená rehabilitace je součástí multidisciplinárního týmu odborníků, mezi které patří odborní lékaři (např. neurolog, rehabilitační lékař, pediatr, ortoped), fyzioterapeuti, psychologové, speciální pedagogové, protetici a sociální pracovníci. Vzájemná

spolupráce závisí na komunikaci mezi sebou. Důležitou roli v týmu hrají rodiče nebo zákonní zástupci (Interní materiály SPRP, Gregorová, 2009).

Ucelená rehabilitace:

- léčebná
- pracovní
- sociální
- pedagogická

(Jankovský, 2005)

*Léčebná rehabilitace*, tvoří významnou složku ucelené rehabilitace a je dle J. Jesenského (1995) zaměřená na odstranění postižení a funkčních poruch na eliminaci následků zdravotního postižení.

Do léčebné rehabilitace můžeme zařadit fyzikální terapii. Mezi metody fyzikální terapie patří masáže (klasické, reflexní), elektroléčba, léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba světlem. Dále sem můžeme zařadit také léčbu teplem, vodoléčbu a nesmíme zapomenout na balneoterapii.

K dalším postupům léčebné rehabilitace je možné zařadit LTV (léčebná tělesná výchova), jejíž hlavní metodou je fyzioterapie. Fyzioterapie se zabývá pohybovým ústrojím a velmi prospívá dětem s DMO (dětská mozková obrna). Základní formou je tělesné cvičení, patří sem také Vojtova metoda, Bobath koncept.

Nedílnou součástí je i ergoterapie, která je chápána jako léčba smysluplnou činností, u dětí pomocí hravých aktivit.

Nesmíme zapomenout ani na animoterapii, kam můžeme zařadit canisterapii, což je léčba pomocí kontaktu se zvířetem – psem, hipoterapii jízda na koni, felinoterapii.

Zmínit bychom měli také další specifické terapie, jako např. arteterapii, muzikoterapii nebo psychoterapii (Jankovský, 2005).

Úkolem *sociální rehabilitace* je aby člověk přijal své postižení a integroval se do společnosti. Podstatou sociální rehabilitace je proces učení žít s vadou a poruchami funkcí, překonávání neschopností, rozvíjení uchovaných potencií (Jesenský, 1995).

*Pedagogické prostředky rehabilitace* - zde je otázkou, zda se dítě s postižením již narodilo nebo je postižení získané. U osob se získaným postižením se zaměřujeme zejména na návrat k původnímu rozvoji osobnosti.

Zde používáme pojem reedukace – obnovení normálního stavu, jde o rehabilitaci osobnosti, což pomáhá k začátku speciální výchovy a vzdělávání (Jankovský, 2005).

K *pracovním prostředkům rehabilitace* patří zejména obnovení pracovního potenciálu (Jankovský, 2005). Zahrnuje v sobě pracovní přípravu a další prvky, které umožní zdravotně postiženým se zapojit do práce (Jesenský, 1995).

### 1.3 Vznik postižení

Postižení je především porucha organismu, vzniká různým způsobem, na různé tělesné úrovni a v různém stupni.

Tato porucha může být vrozená nebo získaná.

1. *vrozená* – znamená, že dítě se s poruchou či nemocí již narodí.

Také sem řadíme dědičné vady, kdy je porucha geneticky podmíněna (svalová dystrofie, metabolické poruchy, Downův syndrom).

Dále do této skupiny patří vrozené vývojové vady. Vznikají na základě vadné embryogeneze. Na vývoj plodu během nitroděložního vývoje může mít vliv např. infekce u matky, léky, drogy, alkohol. Nejcitlivější jsou první tři měsíce těhotenství.

2. *získaná* – znamená, že ke vzniku poruchy dochází v období porodu (perinatálně), nebo v období po porodu (postnatálně).

Příčiny poruch působí přímo na organismus. Nejčastěji je to hypoxie, infekce, krvácení. To vše vede k orgánovým změnám na příslušných orgánech (odumření, degenerace) (Květoňová – Švecová, 2004).

### **Rozdělení postižení podle typu:**

- mentální
- tělesné
- smyslové
- kombinované

(Květoňová – Švecová, 2004)

Mentální postižení = snížení rozumových schopností různého stupně, (Jankovský a kol, 2005) postižení v oblasti CNS, duševní poruchy (Květoňová – Švecová, 2004)

Tělesné postižení = poruchy hybného aparátu (záněty CNS, následky poranění míchy, DMO)

Smyslové postižení = porucha orgánů nebo mozkového centra zraku, sluchu, řeči a jiných smyslů, (zrakové postižení – od narození poškození zraku u nedonošených dětí, genetické poruchy degenerativních onemocnění; sluchové postižení – neslyšící a nedoslýchaví od narození nebo získané poruchy sluchu)

Kombinované postižení = kombinace různých postižení, (Jankovský a kol, 2005) nejčastěji tělesné a mentální postižení, většinou souvisí s poraněním CNS (Květoňová – Švecová, 2004). S rozvíjející se vědou přibývají nové metabolické a dědičné choroby, které ovlivňují vývoj dítěte.

## **1.4 VYROVNÁNÍ SE S NAROZENÍM DÍTĚTE S POSTIŽENÍM**

Problematika jakéhokoliv postižení má psychologické problémy, neboť rodiče se těší na narození svého miminka a nepočítají s tím, že by se mohlo narodit s nějakou vrozenou vadou nebo s postižením v důsledku komplikací při porodu nebo po porodu.

Psychologická problematika se netýká jen dítěte s postižením, ale především také jeho vlastní rodiny.

Když se narodí dítě s postižením, objevují se hned na samém začátku životně důležité otázky, které se zdají být neřešitelné.

Proces vyrovnání se s postižením má charakteristický průběh, první ho popsala E. Kübler-Ross.

Jedná se o 6 stádií:

- šok
- popření
- smlouvání
- agrese
- deprese
- rovnováha a přijetí dítěte s postižením

Fázi šoku předchází tzv. nulitní fáze, kdy si člověk uvědomuje narození dítěte s postižením, ale u sebe si to nepřipouští (Jankovský, 2003).

Pokud najde dítě pevné místo v rodině, nejen u rodičů a sourozenců, ale také u ostatních příbuzných, má dobré šance na lepší vývoj (Bečvářová, 2001).

## **1.5 Důsledky perinatálního ohrožení novorozenců pro jejich další vývoj**

K perinatálním rizikovým faktorům řadíme akutní nebo chronickou hypoxii, infekci plodu a novorozence, závažné vrozené vývojové vady, které v kombinaci s těžkou nezralostí vedou u novorozenců po porodu k ohrožení zdravotního stavu a snižují kvalitu dalšího neuromotorického a neurosenzorického vývoje vznikem DMO, centrálních i periferních poruch zraku, sluchu.

Včasná diagnostika odchylek neuromotorického a neurosenzorického vývoje dítěte během tří měsíců života a zahájení intervenčních programů, jsou dobrými předpoklady jak předejít pozdějším komplikacím (Zoban, 2002).

## 1.6 Nedonošené dítě a rodiče

*„Předčasné narození dítěte je pro matku, otce a celou širší rodinu vysoce stresující zátěžovou situací.“*

Život celé rodiny je od základu změněn (Sobotková, 2002, s. 5).

### **Jaké jsou pocity rodičů předčasně narozených dětí?**

Rodiče se často cítí bezmocní a zoufalí, dostavuje se pocit vyčerpání a podrážděnosti, který se střídá s pocitem viny, osamocněním a nepochopením a v neposlední řadě pocit, že necítí nic ke svému dítěti. Jsou nerozhodní a často mívají obavy z budoucnosti (Drahokoupilová, 2009).

### **Jak rodičům pomoci?**

V první řadě je povzbuzovat ke kontaktu s dítětem, zapojit je do péče o dítě. Informace by měl rodičům sdělovat jeden lékař, měl by je informovat o vhodné stimulaci dítěte a hlavně průběžně informovat o stavu a co vše se s ním bude dělat (Jungwirthová, 2002).

Šance, kterou má dítě na „úspěch“ na světě, je závislá na tom jak dlouhé nitroděložní období má za sebou. Předčasně narozené děti můžeme rozdělit podle hmotnosti nebo podle týdne těhotenství.

Rozdělení nezralosti:

- dle týdne těhotenství
  1. *lehká nezralost – 36-37 týden těhotenství*
  2. *střední nezralost – 32-35 týden těhotenství*
  3. *těžká nezralost – 28-31 týden těhotenství*
  4. *extrémní nezralost – pod 28 týden těhotenství*
  
- dle hmotnosti
  1. *novorozenec s normální hmotností – nad 2500 gramů*

2. *novorozenec s nízkou porodní hmotností – 1500 - 2500 gramů*
3. *novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností – 1000 – 1500 gramů*
4. *novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností – pod 1000 gramů*  
(Drahokoupilová , 2009, s.32,33)

U předčasně narozených dětí se mohou vyskytnout různé diagnózy. Nejčastějšími diagnózami jsou např.:

- syndrom dechové tísně – akutní plicní onemocnění, kdy nezralá plíce má nedostatek látky zvané surfaktant, který vystýlá plicní sklípky a je nepostradatelný pro normální funkci plic. Udržuje plíce roztažené a usnadňuje dýchání. Dalším problémem je anatomická nezralost plic. Děti jsou dušné, mají propadlé mezižeberní prostory
- pneumotorax – příčinou je vnik vzduchu do hrudní dutiny a následný kolaps plic, objeví se náhle nebo se postupně zhoršuje dýchání.
- zápal plic – často vzniká u dětí s umělou plicní ventilací, kdy nezralé děti nemají plně funkční imunitní systém
- apnoické pauzy – pauzy mezi dýcháním trvající déle než 20 vteřin. Příčinou mohou být nezralost dechového centra nebo nesprávná poloha hlavičky a krku nebo nahromadění slin
- otevřená tepenná dučej – tepenná dučej je céva, která spojuje malý a velký krevní oběh, u donošených dětí se po porodu uzavře. Pokud dučej zůstane otevřená, proudí krev z aorty do plicnice a do plic, ty se překrvují a dochází k problémům s dýcháním, zhoršuje se zásobování orgánů krví

- střevní dysfunkce – stav, kdy se trávenina pohybuje zažívacím traktem velmi pomalu
- gastroezofageální reflux – nevyzrálost svěrače mezi jícnem a žaludkem, dochází k návratu žaludečního obsahu do jícnu a způsobuje ublinkávání nebo zvracení
- hydrocefalus – vzniká nahromaděním mozkomíšního moku v mozkových komorách, ty se začnou zvětšovat
- retinopatie nedonošených - u nezralých dětí dochází k poruchám růstu cév v sítnici. Ohroženy jsou především děti narozené před 32. týdnem těhotenství nebo s porodní hmotností pod 1 500 g. Retinopatie může mít několik stádií. Při I. a II. stadiu dochází k mírné poruše cév, stav se sám zlepšuje a prognóza je dobrá. Někdy se ale může po II. stadiu objevit strabismus (šilhání), amblyopie nebo refrakční vady (dalekozrakost, krátkozrakost). Ve III. stadiu je již porucha růstu cév výrazná, dostávají se pod sítnici, kterou odchlípují. IV. stadium je charakterizováno částečným odchlípením sliznice. Vyžaduje operační řešení. V. stadium – úplné odchlípení sítnice a vede k totální slepotě.
- novorozenecká žloutenka - játra nedokážou efektivně odbourávat zvýšené množství bilirubinu a přirozeně se rozpadajících červených krvinek, které mají u nezralých dětí kratší životaschopnost než u dětí donošených. Bilirubin se poté hromadí v kůži, která je žlutě zbarvená
- anémie - je snížené množství červených krvinek. Je důsledkem krevních ztrát potřebných na různá vyšetření a také nedostatečnou krvetvorbu nezralé kostní dřeně (Drahokoupilová, 2009)

## 1.7 Sdělování nepříznivé diagnózy

Se sdělováním pravdy, její míry a způsobu, souvisí určité otázky, jež Haškovcová shrnula do šesti krátkých slov, které vyjadřují daný problém:

**„komu, kdy, jak, co, kde a kdo“** (Jankovský, 2003).



První sdělení u rodičů vyvolává šok, úzkost, rozvoj obranných mechanismů (popření problému, apatie, hledání viníka).

Projevem krize je snížená schopnost přijmout a zapamatovat si jakékoliv informace.

*„Vztah rodičů k dítěti a k jeho problému je významně ovlivněn způsobem, jakým byla diagnóza dítěte rodičům sdělena“ (Jungwirthová, 2002, s. 4).*

Nejvíce záleží na prostředí a míře informací, které lékař rodičům sdělí. Při sdělování diagnózy se osvědčila zásada pěti **P**:

- *„pochválit matku*
- *pohodlí*
- *přivolat otce*
- *připravit se na rozhovor*
- *poskytnout informace“*

(Hradilková, 2002, s. 4)

Znalost přesných diagnostických termínů pomůže rodičům se lépe orientovat v daném problému a jeho řešení.

Mohou se sami zapojit do hledání informací k postižení svého dítěte a hledat nějaká řešení a pomoc mimo zdravotnictví (setkání s rodiči se stejně postiženým dítětem, různé organizace).

Lékař má rodiče vyslechnout – jejich obavy, v případě potřeby dodat doplňující vysvětlení.

Je i vhodné rodiče informovat o existenci různých sdružení, které jim pomohou. Zde mohou rodiče získat mnoho dobrých a užitečných rad, ale hlavně podporu (Hájková, Jak sdělovat nepříznivé zprávy, 2003).

## **1.8 Důsledky postižení dítěte**

- dopad na psychiku všech členů rodiny. Do rodiny se počítají rodiče, prarodiče, sourozenci

- dopad na vztahy v rodině, s přáteli. Nejvíce odstrčení se cítí sourozenci, od přátel můžeme cítit neporozumění, a také se cítíme „vyloučení“ ze společnosti
- změny způsobu života, život se změní neustálým ježděním po vyšetřeních, rehabilitacích, nesmíme opomenout ani finanční aspekt.

Odlišná situace nastává tehdy, když je dítě zdravé a diagnóza se projeví později. Rodiče se postupně sžívají s diagnózou, nedostávají se do tak velké krize, ale naopak přijetí skutečnosti trvá delší dobu a v neposlední řadě je důležité i to, že dítě již má svou pevnou pozici v rodině. (Kunová, 2006)

Dítě je během prvních let života závislé na důležitých osobách ve svém okolí. K těmto osobám patří rodiče, kteří pro své dítě vytvářejí příjemné a klíčové prostředí pro další rozvoj (Inghsholt, 2008).

### **Podpora rodiny**

Narození dítěte je naplněním života, stejně tak i komplikací a vyčerpáním. Změní se chod rodiny, jak po stránce vztahové, tak i finanční. Také narození dítěte s postižením naruší rodinný systém. Rodina, jež se dozví diagnózu hned po narození dítěte, reaguje výrazně jinak, než rodina, která se dozví tyto informace měsíce až roky po narození.

Celá tato situace přináší velké nároky na všechny členy rodiny. Změní se komunikace mezi členy i jejich role (Schmitt, 2004).

Rodinu tvoří matka, otec a právě narozené dítě, někdy jsou v rodině již další děti. Proto je pro každé dítě důležité, bez ohledu na to s jakým postižením se narodilo, poskytnout mu lásku, péči, pozornost, porozumění a hlavně dostatek příležitostí a motivace k učení (Hradilková a kol., 2001).

*„Právě rodina dokáže společnými silami vytvořit nejvhodnější podmínky pro růst dítěte, když je láskyplně přijme se všemi jeho slabostmi“ (Hradilková a kol., 2001, s. 2).*

Oba rodiče mají při výchově podstatnou roli, ale zároveň i odlišnou a tyto rozdíly děti velmi rychle pochopí.

Novorozenci, které otcové koupou, krmí, přebalují a účastní se všech běžných aktivit, jsou přizpůsobivější. Děti lépe odpovídají na sociální podněty, mají bezpečné citové vazby, pokud jsou tátové aktivní součástí jejich života. Otcové tak přispívají k duševní a emocionální pohodě rodin a dětí. Když mají děti dobrý vztah s otcem, jsou motivovanější, jsou úspěšní ve škole a mají lepší sociální dovednosti (Schmitt, 2004).

K tomu abyste mohli být svému dítěti oporou, je nutné pamatovat na sebe a své potřeby, hýčkat vztah s manželem, pravidelně odpočívat. Neuzavírejte se před okolím (Hradilková a kol., 2001).

Nejobtížnější bývá začátek. Každý člen rodiny má právo na projev své vlastní reakce na danou situaci.

Pro otce je důležité hovořit s jinými otci dětí se speciálními potřebami, potřebují slyšet informace, rady a zkušenosti od někoho, kdo si sám vším prošel, a že se to dá zvládnout. Muž může narození dítěte s postižením brát jako osobní selhání (Schmitt, 2004).

Pro děti je velkým přínosem i přítomnost sourozence, a to z důvodu lepší sociální adaptability, komunikativnosti a schopnosti zařadit se do kolektivu. Zdravé dítě většinou svého sourozence s postižením motivuje v některých vývojových oblastech. Měli bychom určitě dodržovat několik pravidel, všechna pravidla by měla platit pro každého stejně, neměli bychom očekávat, že zdravý sourozenec bude pečovat o postižené dítě. Zdravé dítě by mělo mít možnost účasti na aktivitách, které ho baví (Jungwirthová, 2009).

Otcové, ať již dětí s postižením či zdravých, mají hodně společného, chtějí, aby jejich děti byly přijímané, šťastné a zdravé.

Zjištěním diagnózy jakéhokoli postižení ohrozí plány do budoucnosti. Hlavně ve chvíli, kdy otec má určité představy o vztahu ke svému dítěti a o činnostech, které bude dělat.

I otec by měl o svých pocitech hovořit, vyjádřit své pochyby a zklamání. Tím získá prostor pro vznik svých snů a možností pro sebe a dítě.

Každý z partnerů potřebuje v tom druhém oporu a pozornost. Pozornost potřebujete mezi sebou navzájem, ale potřebuje ji i vaše dítě (Schmitt, 2004).

### 1.8.1 Ekonomická podpora rodin

Péče o dítě s postižením bývá velice náročná nejen po stránce fyzické a psychické, ale také po stránce finanční. Neustálé ježdění na vyšetření k lékařům, nejen v místě bydliště, ale často na specializovaná pracoviště vzdálené stovky kilometrů, není zrovna nejlevnější záležitostí. Za zmínku určitě stojí i finanční nákladnost různých pomůcek pro osoby s postižením.

Touto problematikou se zabývá zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Dle tohoto zákona mají osoby se zdravotním postižením nárok na tyto dávky: příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku.

*„Nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče.*

*Podmínky nároku na příspěvek na mobilitu podle odstavce 1, s výjimkou podmínky opakovaného dopravování, musí být splněny po celý kalendářní měsíc.“* Výše příspěvku na mobilitu je 400 Kč měsíčně.

Posuzování zdravotního stavu a schopnost zvládat základní životní potřeby se posuzuje dle zákona o sociálních službách. Tímto způsobem se určuje i nárok na příspěvek na péči (zákon č. 329/2011 § 6).

*„Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby.“* Zde rodiny naráží na problém, neboť osoba mladší jednoho roku nemá na příspěvek nárok. Osoba do osmnácti let je závislá na pomoci jiné osoby v:

- I stupni – osoba není schopna zvládnout tři základní životní potřeby
- II stupni – kdy osoba není schopna zvládat čtyři anebo pět základních životních potřeb
- III stupni – osoba nezvládá šest nebo sedm základních životních potřeb
- IV stupni – osoba není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb

*„Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:*

- *mobilita*
- *orientace*
- *komunikace*
- *stravování*
- *oblékání a obouvání*
- *tělesná hygiena*
- *výkon fyziologické potřeby*
- *péče o zdraví*
- *osobní aktivity*
- *péče o domácnost“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 9)*

*„Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku.“*

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje nepříznivý zdravotní stav, který trvá nebo má trvat déle než 1 rok. Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku dále je, že osoba je starší:

- 3 let, je-li tento příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla nebo na úpravu bytu,
- 15 let, je-li tento příspěvek poskytován na pořízení vodícího psa,
- 1 roku v ostatních případech.

*„Příspěvek na zvláštní pomůcku nelze poskytnout, jestliže zvláštní pomůcka je zdravotnickým prostředkem, který je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění anebo je osobě zapůjčen příslušnou zdravotní pojišťovnou. Tento příspěvek nelze rovněž poskytnout na pořízení zvláštní pomůcky, která není osobě hrazena z veřejného*

*zdravotního pojištění nebo zapůjčena zdravotní pojišťovnou z důvodu nedostatečné zdravotní indikace*“ ( zákon č. 329/2011 Sb., § 9).

Přesto, že ze strany státu je určitá finanční pomoc poskytována, nepokryje v plné výši finanční náklady rodiny dítěte s postižením, které jsou dosti vysoké. V mnohých případech je rodina odkázána na finanční příjem jednoho z rodičů, většinou otce, vzhledem k tomu, že dítě potřebuje celodenní péči a matka s ním zůstává doma.

## **1.9 Raná péče**

Raná péče vzniká na konci 80. let 20. století spíše na bázi dobrovolnictví, kdy se skupina lidí věnovala rodičům nevidomých dětí. Iniciátorem byl jeden psycholog, který se skupinou studentů vedl výzkumnou práci o nevidomých dětech. Rodiče těchto dětí se na ně obraceli s otázkami, co mají v dané situaci dělat, jak s dětmi pracovat apod. Často tak byly děti umístovány do školního internátního či ústavního zařízení. Rodiče potřebovali vzniklou nečekanou situaci s někým sdílet (Klič, 2010).

Termín raná péče vznikl v roce 1993 překladem výrazu používaného v zahraničí „anglicky – early intervention, francouzsky – intervention precoce, německy – Frühförderung“.

U nás se jako adekvátní k mezinárodně používanému „early intervention“ ujal termín **raná péče**.

Raná péče zaznamenala jako obor i komplex služeb několik vývojových fází a v souvislosti s různými sociokulturními podmínkami má různé podoby:

- *„Raná péče je ucelený program komplexních služeb zaměřených na celou rodinu, poskytovaný na komunitní úrovni s cílem podpořit vývoj dětí ve věku od narození do tří let, jejichž vývoj je atypický nebo je zde vážné nebezpečí, že se stane atypickým, vlivem biologických faktorů nebo vlivem prostředí (Hradilková, 2006, s. 9).*
- *„Raná péče je soustava služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám, s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální*

*integrace. Tyto služby mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení do přijetí dítěte vzdělávací institucí tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postižením ohroženy“ (Hradilková, 2006, s. 9).*

Raná péče je definována v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách a v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Raná péče: „ *terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba poskytovaná dítěti a rodičům ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*“

Služba obsahuje:

- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- Zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Dopomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon č.108/2006Sb., § 54)

## **1.10 Teorie a východiska rané péče**

Komplexní služby rané péče začaly být cíleně poskytovány od konce 60. let, nejprve v USA.

Vliv na změny měly tyto směry:

- a) Teorie imprintingu = vpečetování, která zdůrazňuje důležitost prvních tří let života pro utváření osobnosti dítěte = období neurofyziického zrání
- b) Výsledky výzkumů o interakci matka-dítě, rodina-dítě, z toho vyplývá, že teorie posílila pocit zodpovědnosti a sebevědomí rodičů, kteří nejlépe rozumí signálům svého dítěte
- c) Poznatky o pozitivním vlivu stimulace v raném věku dítěte a poznatky o příčinách a důsledcích deprivace

- d) Hnutí za práva postižených osob, zejména hnutí rodičů v 70. letech v USA – usilovalo o práva na rovné podmínky, právo na co nejméně omezující prostředí a právo žít ve vlastní rodině, komunitě (Hradilková, 2006)

Důležitý základ rané péče tvoří biologická a sociální hlediska.

**Hledisko biologické:** nervová soustava prodělává překotný rozvoj od narození do tří let.

V období do tří let jsou kompenzační možnosti mozku tak obrovské, že umožňují nejlépe rozvinout náhradní mechanismy i u těch dětí, které mají v některé z oblastí vývoje handicap. Když se toto velice citlivé období zanedbá, možnosti vývoje dítěte se mohou snížit.

**Hledisko sociální:** rodina je základním přirozeným prostředím, které má zásadní vliv na vývoj dítěte.

Narození dítěte s postižením staví rodinu do situace, kdy se podstatně mění některé hodnoty, potřeby, role, zároveň se zvyšují nároky na její dobré fungování. Dítě s postižením vyžaduje přístupy, na které rodina nebyla připravena a které nezná.

Dítě, které nesplňuje očekávání rodičů, může být příčinou změny emocionálních vazeb a oslabení funkce rodiny (Hradilková, 2006).

Poradce rané péče se u rodičů snaží podpořit intuitivní rodičovství, které se s narozením dítěte s postižením rychle vytrácí. Rodič se stává expertem na dítě v oblasti výchovné či zdravotní a již není prostor na radost z přirozené hry s dítětem (Klíč, 2010). Důležitým faktorem pro rozvoj psychických a fyziologických funkcí je láskyplná a stimulující interakce mezi rodičem a dítětem.

Od konce 80. let přichází nový trend v rané péči, kdy dochází k přechodu od institucionální péče k poskytování služeb v přirozeném prostředí klientů, služby přestávají být zaměřené na jednotlivce a více se zaměřují na rodinu a komunitu (Hradilková, 1998).



## 1.11 Český model rané péče „PROVÁZENÍ“

Tento model vznikl od poloviny 80. let a spojil teoretické poznatky s praktickým působením poradenských pracovníků pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením. Využívá poznatků týkajících se teorie raného učení a deprivace, potřeb socializace, rodinné výchovy a vzdělávání.

Od roku 1994 praktikuje model „Provázení“ síť Středisek rané péče SPRP.

Model „Provázení“ se skládá ze 3 programů:

- **Podpora vývoje dítěte** – zaměřená na předcházení nebo eliminaci důsledků postižení nebo narušení sociálních vazeb dítěte. Dochází ke snaze minimalizovat vzniklá vývojová opoždění. Vychází z teorie neurofyzického zrání a plasticity nervového systému dítěte. Pomáhá vytvářet si kompenzační mechanismy a posiluje funkce, které jsou ohrožené nebo potlačené. Vše vychází z poznávání a respektování rodiny.

Metody podpory vývoje dítěte

- stimulace
- kompenzace
- terapie

- **Podpora rodiny** - pomáhat rodičům v odpovědnosti a nezávislosti při výchově dětí se zvláštními potřebami. Úkolem je poskytnout rodičům informace, které by jim umožňovaly být partnery odborníkům a uměli formulovat své potřeby. Podpora začíná včasnou nabídkou pomoci rodině, kde se narodilo dítě s postižením. Především pomáhá rodině přijmout a akceptovat dítě s postižením (Hradilková, 2006).

Metody podpory rodiny:

- depistáž = včasné vyhledávání klienta, účinnost rané péče je především závislá, jak brzy se klient seznámí s nabídkou pomoci a začne ji využívat. (Hojná, 1998)
- krizová intervence

- poradenství
- svépomoc a komunitní práce
- terapie
- **Působení na společnost** – raněporadenská praxe je závislá na sociokulturním prostředí, ve kterém je poskytována, a jejíž nedílnou součástí jsou i rodiče, které toto prostředí vytváří. Od společnosti můžeme očekávat toleranci jen tehdy, bude – li součástí preventivních a vzdělávacích programů.  
Metody působení na společnost spočívají v mezioborové spolupráci, vzdělávání pracovníků rané péče a v prevenci postižení.

Naslouchání, rozhovor, interakce s dítětem, společné hledání možností, poskytování informací a poradenství a ještě poskytování terapie, to vše můžeme zařadit mezi formy práce s klienty.

Formy práce s klienty můžeme rozdělit dle dostupnosti na návštěvy v domácím prostředí nebo v regionálním zařízení. Dále můžeme klienta pozvat na denní pobyt dětí, ambulantní konzultaci, vyšetření, jednodenní seminář nebo vícedenní pobyt. Také můžeme klienta doprovázet k lékaři, na úřad či poskytovat další služby.

Výhody realizace programů rané péče

- mají preventivní charakter, kdy významně snižují vliv prvotního postižení a zároveň se snaží předcházet vzniku postižení druhotného
- posilují rodinu, která využívá svých přirozených zdrojů a možností tak, aby dítě s postižením mohlo vyrůstat ve svém prostředí
- rodiče postupně získávají sebevědomí a stávají se méně závislými na institucích, tím se snižuje riziko umístění dítěte do ústavního zařízení
- jsou předpokladem k úspěšné sociální integraci
- služby jsou podřizovány klientovy a přicházejí za ním, což vede ke zlepšení komunikace a spolupráce mezi rodičem, dítětem a poradcem
- rodiče dostávají informace, na jejichž základě se mohou samostatně rozhodnout

- služby rané péče jsou sestavovány individuálně na základě přání a potřeb klienta

Konkrétní raněporadenské programy se realizují prostřednictvím spektra služeb. Nabídka služeb je koncipována v návaznosti na potřeby dané cílové skupiny a dle možností pracoviště. Důležitou roli v procesu hrají také subjekty, které na služby poskytují finanční prostředky (dotace, granty, dary) (Kudelová, 2006).

### **1.11.1 Raná péče jako proces**

Vztah rané péče a vzdělávacích institucí

Raná péče se výrazně liší od školských vzdělávacích programů, které na ranou péči navazují.

Služby rané péče jsou nabídkové, tzn., že klient je může buď přijmout nebo odmítnout. Na prvním místě je vždy rodina. Služby berou ohled na psychologické zákonitosti raného věku, průběh socializace a domácího prostředí (Hradilková, 1998).

Při poskytování služeb rané péče jsou dodržovány následující principy, aby byl zachován určitý standard.

### **1.11.2 Principy služeb rané péče**

Princip důstojnosti – respektovat individualitu dítěte. Kulturní, sociální a výchovné zvláštnosti každé rodiny. S klientem vždy jednat podle zásad partnerství.

Princip ochrany soukromí klienta – při konzultaci v domácím prostředí klienta vstupuje pracovník služeb rané intervence pouze na ta místa, kam je zván. Veškeré osobní informace o klientovi jsou poskytovány pouze s jeho souhlasem.

Princip zplnomocnění – pracovník respektuje práva klienta na informace a zodpovědnost klienta rozhodovat o sobě

Princip nezávislosti – služba rané intervence podporuje u rodičů a dítěte schopnost nacházet a využívat vlastní zdroje a schopnosti ke zvládnutí situace, ve které se nacházejí. Služby jsou poskytovány tak, aby rodinu nečinily závislou na žádné výchovně-vzdělávací ani pobytové instituci.

Princip práva volby – klient se může rozhodnout, zda nabízené služby přijme nebo ne. Služby jsou koncipovány na základě spolurozhodování o výběru služeb a tvorbě individuálního plánu.

Princip týmového přístupu a komplexnosti služeb – spolupráce interních i externích členů v interdisciplinárním týmu a jejich vzájemná informovanost přináší kvalitní, ekonomické a časové výhody pro klienta a společnost.

Princip přirozenosti prostředí – převážná část služeb je poskytována v přirozeném prostředí dítěte – v rodině. Pracovník si domlouvá konzultace tak, aby respektoval chod rodiny.

Princip kontinuity péče – při ukončování péče je klient informován o dalších návazných službách, které může využívat a je mu nabídnuto i jejich zprostředkování. Služby rané intervence podporují sociální integraci dítěte a jeho rodiny (Standardy rané péče, 2008).

### **Cíl rané péče**

- snížit negativní vliv postižení na rodinu dítěte a na jeho vývoj
  - zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postiženy
  - posílit kompetence rodiny a snížit její závislost na sociálních systémech
- Klientem rané péče je vždy **rodina**.

### **Cílové skupiny:**

- rodiny s dětmi s tělesným postižením

- rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením
- rodiny s dětmi se sluchovým a kombinovaným postižením
- rodiny s dětmi s mentálním a kombinovaným postižením
- rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra (Standardy rané péče, 2008)

## 1.12 Středisko rané péče České Budějovice

*„Společnost pro ranou péči o.s., (SPRP), je organizace s celorepublikovou působností.“*

Poskytuje terénní služby rané péče, pomoc rodinám, podporu rodinám, které vychovávají dítě se zrakovým anebo jiným postižením. Realizuje program „Provázení“, který se snaží o podporu schopností, síly všech členů rodiny.

*„Chceme, aby naše služby vedly k posílení kompetencí, zodpovědnosti a nezávislosti rodičů při výchově dětí.“*

*Chceme umožnit rodině vychovávat dítě v jeho přirozeném prostředí a žít běžný život.“*

Středisko rané péče České Budějovice působí pro Jihočeský kraj a Kraj Vysočina, zde konkrétně pro okres Pelhřimov a Havlíčkův Brod. Zaměřují se především na rodiny dětí s postižením zraku a s kombinovaným postižením, a to od narození do 7 let.

### **Cíle:**

- *„Snižít negativní vliv postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a na jeho vývoj.“*
- *Zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy.“*
- *Posílit kompetence rodiny a snížit její závislost na sociálních systémech.“*
- *Vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky sociální integrace.“*

Středisko rané péče České Budějovice má kapacitu 70 rodin, stálý tým má 6 pracovníků a poskytuje tyto bezplatné služby:

- *„konzultace v domácím prostředí klientů (tvoří 75% ze všech nabízených služeb) - speciálně vyškolení odborníci navštěvují klientské rodiny v jejich přirozeném“*

*prostředí, podporují vývoj dítěte, poskytují podporu a odborné konzultace rodičům a provázejí je při výchově dětí v jejich přirozeném prostředí*

- *ambulantní konzultace ve Středisku – funkční vyšetření zraku*
- *půjčování vhodných hraček, speciálních pomůcek, literatury, videa a CD*
- *telefonické poradenství, zasílání materiálů*
- *doprovod klientů k odbornému vyšetření, jednání*
- *semináře, přednášky – informace o rané péči pro odbornou i laickou veřejnost zprostředkování kontaktů s dalšími odborníky“ (Tušlová, O nás, 2012)*

## 2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Cílem práce je zjistit informovanost pediatriů a pracovníků odborů sociálních věcí a zdravotnictví na území Českobudějovicka o službách rané péče. Dále zjistit, jakým způsobem jsou tyto informace předávány rodinám dětí s postižením a jaká je úroveň informovanosti rodičů dětí s postižením na území Českobudějovicka o službách rané péče.

Pro účely výzkumu byly stanoveny tyto hypotézy:

**H1:** Předávání informací sociálními pracovníky potenciálním žadatelům o sociální službu rané péče není v takové míře, aby se rodiče na jejich základě rozhodli pracovníky rané péče oslovit.

**H2:** Předávání informací pediatriy potenciálním žadatelům o sociální službu rané péče není v takové míře, aby se rodiče na jejich základě rozhodli pracovníky rané péče oslovit.

**H3:** Uživatelé služeb rané péče získávají informace o sociálních službách ve svém regionu z nemocnic.

## 3. METODIKA

### 3.1 Použité metody

Pro ověření stanovených hypotéz a splnění cílů bakalářské práce byl využit kvantitativní výzkum:

- Anonymní dotazník – „*respondent odpovídá písemně na otázky tištěného formuláře*“ (Disman, 2002, s.124). Dotazník byl použit u uživatelů služby.

Pro získání informací od dětských lékařů a sociálních pracovníků byl použit kvalitativní výzkum:

- Strukturovaný rozhovor – „*vyžadované informace jsou získávány v přímé interakci s respondentem, rozhovor může být prováděn tváří v tvář nebo telefonicky*“ (Disman, 2002, s. 124)

### 3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořili dětští lékaři na území Českobudějovicka. Území Českobudějovicka je definováno územím města České Budějovice a přilehlými obcemi (Týn nad Vltavou, Rudolfovo, Zliv, Lišov, Nové Hrady, Hluboká nad Vltavou, Trhové Sviny, Nedabyče, Doudleby, Ševětín, Ledenice, Borovany). Další výzkumný soubor tvořili pracovníci sociálních služeb Magistrátu města České Budějovice a Krajského úřadu Jihočeského kraje.

Ve spolupráci se Střediskem rané péče SPRP České Budějovice jsem oslovila jejich klienty jako uživatele sociální služby raná péče.

Nejprve jsem začala telefonicky kontaktovat dětské lékaře, kdy jsem jim vysvětlila co bych od nich potřebovala. Kontakty na dětské lékaře jsem získala od Střediska rané péče SPRP České Budějovice. Na území Českobudějovicka by mělo podle seznamu pracovat 40 lékařů. Podařilo se mi kontaktovat 34 ordinací dětských lékařů, z toho 7 lékařů nemělo zájem dále spolupracovat, z 6 lékařů jsem si domluvila spolupráci přes mail, ale spolupracoval pouze jediný lékař, s kterým jsme si nakonec



domluvila osobní schůzku. Do důchodu bez nahrazení jiným lékařem odešli 2 lékaři a dva lékaři změnili obor. I po opakovaném telefonickém kontaktu se mi 6 lékařů vůbec kontaktovat nepodařilo. Osobní setkání proběhlo s 18 lékaři a s nimi jsem provedla strukturovaný rozhovor.

To samé následovalo s pracovníky sociálního odboru magistrátu města. Vedoucí pracovnice sociálního odboru na Magistrátu města České Budějovice mi doporučila, abych se obrátila na oddělení, které vyplácí dávky osobám se zdravotním postižením, kde o sociálních službách mají větší přehled. Zde jsem mohla udělat strukturovaný rozhovor s 11 pracovníky, kdy jsem dostala odpověď od všech pracovníků.

Dále jsem kontaktovala odbor zdravotnictví a sociálních věcí na Krajském úřadě Jihočeského kraje, kde jsem si také domluvila se 4 pracovníky termín osobní návštěvy pro zpracování rozhovorů.

Dotazníky pro uživatele sociální služby raná péče byly s pomocí Střediska rané péče České Budějovice rozesílány mailem, z důvodu zachování soukromí a anonymity rodin. Bylo odesláno 60 dotazníků, z toho se vrátilo 22 dotazníků.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Výsledky z rozhovorů s dětskými lékaři

#### **Otázka č. 1. Máte informace o sociální službě rané péči?**

**Tabulka č. 1:** Informovanost dětských lékařů o službách rané péče.

Odpověď	Počet
ano	13
ne	5

Zdroj: vlastní výzkum

O službě raná péče je z celkového počtu osmnácti dotazovaných informováno třináct a pět lékařů službu vůbec neznalo.

Součástí otázky v případě odpovědi ano bylo: Co je raná péče? A pro koho je určena?

Jedenáct lékařů uvedlo, že se jedná o službu pro rodiče s postižením – zrakovým, sluchovým nebo kombinovaným, od narození do 7 let.

Dva lékaři neuměli službu popsat.

#### **Otázka č. 2. Kde jste informace o rané péči získal/a?**

Dotazovaní lékaři uváděli různě, kde informace získali např.: z informačních materiálů o rané péči, z masmédií, od sociálních pracovníků, z různých pracovních seminářů, někdo přímo od pracovníků Střediska rané péče.

#### **Otázka č. 3. Pokud se na Vašem oddělení narodí rodičům dítě se zdravotním postižením, poskytnete jim informace o službě rané péči?**

**Tabulka č. 2:** Informování rodičů lékaři o službách rané péči.

Odpověď	Počet
ano	10
ne	8

Zdroj: vlastní výzkum

Z osmnácti dotazovaných lékařů deset informace o službě raná péče předává a osm lékařů nikoliv.

Součástí otázky, v případě odpovědi ano bylo, zda informace lékaři předávají ústně anebo písemně. Většina lékařů předává informace kombinací obou možností.

**Tabulka č. 3:** Způsob informování rodičů o rané péči.

Odpověď	Počet
ústně	3
písemně	1
kombinace obou možností	6

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku zda informace rodičům předávají ústně nebo písemně, tři lékaři uvádí, že předávají potřebné informace ústně, jeden písemně a šest lékařů informuje ústně i písemně.

**Otázka č. 4. Máte seznam středisek rané péče s garancí Asociace pracovníků v rané péči?**

**Tabulka č. 4:** Znalost seznamu středisek rané péče s garancí APRP.

Odpověď	Počet
ano	7
ne	11

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku zda lékaři mají k dispozici seznam středisek s garancí asociace pracovníků rané péče, sedm lékařů seznam k dispozici má. Jedenáct dotazovaných lékařů o existenci seznamu nevědělo.

**Otázka č. 5. Chybí Vám nějaké informace o rané péči, které byste si rád/a doplnil/a?**

**Tabulka č. 5:** Chybějící informace o rané péči.

Odpověď	Počet
ano	8
ne	10

Zdroj: vlastní výzkum

Chybějící informace by si chtělo doplnit osm lékařů, deset z nich potřebu doplnění informací nepotřebuje.

Pokud ano, jaké? Lékaři často uváděli, že by rádi měli seznam středisek a kontakty, také by uvítali nabídku konkrétních služeb a nějaké letáky pro rodiče.

**Otázka č. 6. Jakou máte zkušenost se středisky rané péče?**

Většina lékařů nemá se středisky rané péče žádnou zkušenost a ti co ji mají, tak ji hodnotí kladně.

**Otázka č. 7. Spolupracujete s pracovníky středisek rané péče?**

**Tabulka č. 6:** Spolupráce lékařů se středisky rané péče.

Odpověď	Počet
ano	3
ne	15

Zdroj: vlastní výzkum

Se středisky rané péče spolupracují pouze tři lékaři a dalších patnáct se středisky nespolupracuje v žádné formě.

V případě kladné odpovědi, s kterými středisky rané péče a jak spolupracujete?

Lékaři spoluprací nazývají i jen doporučení rodině a spolupracují se střediskem rané péče České Budějovice.

## 4.2 Výsledky rozhovorů se sociálními pracovníky odboru sociálních věcí, Krajský úřad Jihočeského kraje

### **Otázka č. 1. Máte informace o sociální službě rané péči?**

**Tabulka č. 7:** Informovanost sociálních pracovníků o službě raná péče.

Odpověď	Počet
ano	4
ne	0

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni dotazovaní přesně věděli o čem služba je a pro koho je určena. Někteří službu dokázali definovat přesně podle zákona.

Součástí otázky v případě odpovědi ano bylo: Co je raná péče a pro koho je určena?

Všichni dotazovaní popsali, že je to služba pro rodiny s dětmi s postižením, od narození do 7 let.

### **Otázka č. 2. Kde jste informace o rané péči získal/a?**

Zde každý uvedl jiný zdroj informací – zákon o sociálních službách, internet, v rámci zaměstnání, den otevřených dveří střediska rané péče.

### **Otázka č. 3. Pokud se rodičům narodí dítě se zdravotním postižením, které spadá pod tento sociální odbor poskytnete jim informace o službě rané péči?**

**Tabulka č. 8:** Informování rodičů sociálními pracovníky o službách rané péči.

Odpověď	Počet
ano	4
ne	0

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni dotazovaní odpověděli ano na otázku, zda o službě informují rodiče.

V případě kladné odpovědi bylo součástí otázky jak informace předávají, zda ústně nebo písemně. Dotazovaní uvedli oba dva způsoby a ještě doplnili o veřejný registr sociálních služeb.

**Tabulka č. 9:** Způsob informování rodičů o rané péči.

Odpověď	Počet
ústně	2
písemně	0
kombinace obou možností	2

Zdroj: vlastní výzkum

**Otázka č. 4. Máte seznam středisek rané péče s garancí Asociace pracovníků v rané péči?**

**Tabulka č. 10:** Znalost seznamu středisek rané péče s garancí APRP.

Odpověď	Počet
ano	0
ne	4

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni dotazovaní odpověděli na otázku zda mají seznam středisek rané péče s garancí APRP stejně, seznam nemají.

**Otázka č. 5. Chybí Vám nějaké informace o rané péči, které byste si rád/a doplnil/a?**

**Tabulka č. 11:** Chybějící informace o rané péči.

Odpověď	Počet
ano	0
ne	4

Zdroj: vlastní výzkum

O doplnění chybějících informací nemají sociální pracovníci zájem.

**Otázka č. 6. Jakou máte zkušenost se středisky rané péče?**

Každý z pracovníků má jinou zkušenost. Někdo má zkušenost pracovní, jeden pracovník zkušenost zatím nemá žádnou a jeden pracovník to nechtěl komentovat, poslední dotazovaný má zkušenost dobrou, ale blíže to nespecifikoval.

**Otázka č. 7. Spolupracujete s pracovníky středisek rané péče?**

**Tabulka č. 12:** Spolupráce sociálních pracovníků se středisky rané péče.

Odpověď	Počet
ano	2
ne	2

Zdroj: vlastní výzkum

Spolupráce se středisky se většinou týká pracovní agendy, grantů v rámci Jihočeského kraje. Pracují se všemi středisky rané péče.



### 4.3 Výsledky rozhovorů se sociálními pracovníky odboru sociálních věcí -vyplácení dávek zdravotně postiženým, Magistrát města České Budějovice.

#### **Otázka č. 1. Máte informace o sociální službě raná péče?**

**Tabulka č. 13:** Informovanost sociálních pracovníků o službě raná péče.

Odpověď	Počet
ano	11
ne	0

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni dotazovaní přesně uvedli co je raná péče a pro koho je určena.

#### **Otázka č. 2. Kde jste informace o rané péči získal/a?**

Pracovníci se s informacemi o rané péči setkali například při studiu na vysoké škole, ze zákona, z přednášek, z informačních materiálů střediska rané péče, v práci a jedna pracovnice dokonce v praxi.

#### **Otázka č. 3. Pokud se rodičům narodí dítě se zdravotním postižením, které spadá pod tento sociální odbor poskytnete jim informace o službě rané péči?**

**Tabulka č. 14:** Informování rodičů sociálními pracovníky o službách rané péči.

Odpověď	Počet
ano	10
ne	1

Zdroj: vlastní výzkum

Deset pracovníků odpovědělo, že rodičům o službě raná péče poskytuje informace. Pouze jeden pracovník uvádí zápornou odpověď.

**Tabulka č. 15:** Způsob informování rodičů o rané péči.

Odpověď	Počet
ústně	9
písemně	2
kombinace obou možností	0

Zdroj: vlastní výzkum

Devět pracovníků předává informace o službě raná péče ústně, pouze dva pracovníci informace předávají písemně.

**Otázka č. 4. Máte seznam středisek rané péče s garancí Asociace pracovníků v rané péči?**

**Tabulka č. 16:** Znalost seznamu středisek rané péče s garancí APRP.

Odpověď	Počet
ano	1
ne	10

Zdroj: vlastní výzkum

O seznamu středisek rané péče s garancí APRP neví deset dotazovaných, zná ho pouze jediný pracovník.

**Otázka č. 5. Chybí Vám nějaké informace o rané péči, které byste si rád/a doplnil/a?**

**Tabulka č. 17:** Chybějící informace o rané péči.

Odpověď	Počet
ano	5
ne	6

Zdroj: vlastní výzkum

Pět pracovníků by si rádo doplnilo informace o službě raná péče, šest dalších dotazovaných další informace nepotřebuje.

Pracovníci by si chtěli doplnit hlavně seznam s kontakty středisek, rozpis konkrétních služeb poskytovaných konkrétním cílovým skupinám.

#### **Otázka č. 6. Jakou máte zkušenost se středisky rané péče?**

Pracovníci nemají osobní zkušenost se středisky, mají pouze zpětnou vazbu od rodin, kterým službu doporučili. Rodiny většinou zkušenosti hodnotí kladně.

#### **Otázka č. 7. Spolupracujete se středisky rané péče?**

**Tabulka č. 18:** Spolupráce sociálních pracovníků se středisky rané péče.

Odpověď	Počet
ano	2
ne	9

Zdroj: vlastní výzkum

Pracovníci spolupracují se střediskem rané péče České Budějovice a Arpidou České Budějovice. Většinou ve formě doporučení rodině, osobní návštěvou střediska a účastí na seminářích pořádaných střediskem.

#### 4.4 Výsledky z dotazníkového šetření s uživateli služeb rané péče

##### **Otázka č. 1. Kde jste se poprvé dozvěděli o existenci sociální služby rané péče?**

**Tabulka č. 19:** Seznámení s existencí služeb rané péče.

Odpověď	Počet
v porodnici	0
na odboru sociálních věcí a zdravotnictví	0
v ordinaci dětského lékaře	3
z masmédií	2
od známých/přátel	2
jinde	15

Zdroj: vlastní výzkum

Většina z dotazovaných klientů uvádí možnost jinde, kam doplňují, že se informace dozvěděli od očního lékaře nebo neurologa ve Fakultní nemocnici Motol. Dva klienti o službě vědí od přátel, dva z masmédií, a tři od dětského lékaře. Z porodnice a od sociálních pracovníků informace nikdo nedostal.

##### **Otázka č. 2. Kolik let bylo Vašemu dítěti, když jste se stali klientem střediska rané péče?**

**Tabulka č. 20:** Věk dítěte při prvním kontaktu se střediskem rané péče

Věk dítěte	Počet
0 – 6 měsíců	6
7 – 12 měsíců	12
13 – 24 měsíců	1
25 a více měsíců	3

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku kolik bylo let dítěti při prvním kontaktu se střediskem rané péče, uvádějí rodiče různý věk. Šest rodičů se dostalo do péče střediska rané péče ve věku do šesti měsíců, dvanáct rodičů ve věku do jednoho roku, jedna rodina se stala klientem

rané péče v rozmezí mezi třinácti až dvacet čtyři měsíců. Tři rodiny se staly klienty ve věku dvacet pět měsíců a více.

### **Otázka č. 3. Jaké informace o rané péči jste získali v porodnici?**

**Tabulka č. 21:** Kvalita informací o rané péči z porodnic.

Odpověď	Počet
srozumitelné	0
nedostatečné	0
žádné	22

Zdroj: vlastní výzkum

Informace o rané péči z porodnice si neodnesla ani jedna rodina.

**Tabulka č. 22:** Využívání služeb rané péče podle získaných informací z porodnic.

Odpověď	Počet
ano	0
ne	22

Zdroj: vlastní výzkum

Z důvodů neposkytnutí žádných informací se rodiny nemohly rozhodnout využívat tuto službu.

### **Otázka č. 4. Jaké informace o rané péči jste získali na odboru sociálních věcí a zdravotnictví?**

**Tabulka č. 23:** Kvalita informací o rané péči z odboru sociálních věcí a zdravotnictví.

Odpověď	Počet
srozumitelné	0
nedostatečné	0
žádné	22

Zdroj: vlastní výzkum

Informace o službě raná péče od sociálních pracovníků nedostali klienti žádné.

**Tabulka č. 24:** Využívání služeb rané péče podle získaných informací z odboru sociálních věcí a zdravotnictví.

Odpověď	Počet
ano	0
ne	22

Zdroj: vlastní výzkum

Z důvodu nezískání žádných informací se klienti pro službu nerozhodli

**Otázka č. 5. Kde jste získali kontakt na středisko rané péče, kterého jste v současné době klientem?**

**Tabulka č. 25:** Získání kontaktu na středisko rané péče.

Odpověď	Počet
v porodnici	0
na odboru sociálních věcí a zdravotnictví	0
v ordinaci dětského lékaře	3
z masmédií	5
od známých/přátel	1
jinde	13

Zdroj: vlastní výzkum

Kontakt na středisko rané péče od dětského lékaře dostali tři rodiny, z masmédií má informace pět rodin, od přátel dostala kontakt jedna rodina. Třináct rodin zaškrtno možnost jinde, zde opět uvádí, jako v první otázce většinou z Fakultní nemocnice Motol.

**Otázka č. 6. Kdo by podle Vás měl rodičům po narození dítěte se zdravotním postižením poskytovat informace o rané péči?**

Klienti si zde mohli vybrat odpovědi z následujících několika možností. Nejvíce odpovědí bylo kombinací a to takové, že informace by měli sdělovat pracovníci porodnic, pracovníci odboru sociálních věcí a dětské lékaři. Dále by informace měli sdělovat odborníci, např. neurolog, oční lékař.

**Otázka č. 7. V jakém středisku rané péče jste Vy a Vaše dítě klientem?**

Rodiče a jejich dítě s postižením je klientem Střediska rané péče SPRP České Budějovice.

## 5. DISKUSE

### 5.1 Diskuse k informacím od dětských lékařů

Z dotazovaných lékařů většina odpověděla kladně, že ví o existenci sociální služby raná péče. Dovedli ji definovat, ne podle přesného znění zákona, ale podstatu uváděli správnou. Věděli pro koho je určena, a to pro děti s postižením a jejich rodiny z praktického hlediska jim význam, smysl a náplň práce tolik neřikal. To také uváděli v odpovědi na otázku, zda by si chtěli doplnit o službě rané péče nějaké informace. Informace by uvítali zejména o přesně poskytovaných službách, seznamu středisek a informační materiály pro rodiče do svých ordinací. Lékaři se o službě dozvěděli z pracovních seminářů, masmédií, někdy se zmíní rodiče, že spolupracují se střediskem, kde jim pomáhají.

Lékaři informace o službě raná péče rodičům poskytují ústně i písemně (leták s informacemi o službě). Úplný seznam středisek rané péče s garancí Asociace pracovníků v rané péči převážně nemají, to samé platí o zkušenostech se středisky, většina z nich nemá vlastní osobní zkušenost žádnou. Pediatři jsou s rodiči od začátku, znají jejich situaci a měli by rodině předávat informace, kde mohou získat pomoc a ne pouze doporučení na odborná vyšetření. Ve většině případů lékaři uváděli, že rodiče se středisky spolupracují a to zejména v kombinaci se specialistou na jejich zdravotní postižení. Se středisky uvádí spolupráci pouze tři lékaři, kteří za spolupráci považují i jen to, že rodině předali kontakt. Kontakt dávají na středisko rané péče České Budějovice.

Pouze v jednom případě jsme se s paní doktorkou nemohli domluvit, co to vlastně sociální služba raná péče znamená. Paní doktorka uváděla, že ranou péči provádí u dětí hned po příchodu z porodnice. Ranou péči jako sociální službu nezná, ale ani neměla zájem se o ní něco dozvědět.

Poskytovatelé rané péče, vědí, že lékaři nemají povinnost informovat rodiče o službě raná péče, pokud se zjistí ohrožení vývoje dítěte, (Bendová, 2011) přesto by



bylo pro dítě nejlepší, aby pediatr předával informace rodině o rané péči ihned po tomto zjištění.

Pracovníci v rané péči se snaží o to, aby informace byly dostupné pro všechny, kdo by mohl tuto službu potřebovat. Provádějí pravidelnou depistáž u odborných lékařů a pediatrů, aby se informace dostaly k potřebným rodinám co nejdříve - nejlépe ihned po té, co se rodiče dozví, že jejich dítě je ohroženo ve vývoji (Kudelová, Raná péče, 2012).

Z výpovědí rodičů je patrné, že včasné předání informací je velmi důležité nejen pro vývoj dítěte, ale pro rodinu celou. Rodina využívající služeb rané péče přibližně od tří měsíců věku jejich dcery komentuje přínos rané péče slovy: „*v začátcích to byla pro mě velká psychická podpora*“. Reakce další rodiny: „*oni vám prostě dokážou pomoci, v tom, aby se s tím člověk psychicky dokázal vyrovnat. To si myslím, že je v té první chvíli asi to nejdůležitější pomoci těm rodičům. No a potom vlastně přichází pomoc tomu dítěti...*“ ( Klíč, 2010).

Z mého výzkumu vyplývá, že lékaři si neuvědomují, že zde nestačí pouze odborná lékařská péče, ale je třeba myslet na rodinu, jak je patrné z výpovědí rodin z pořadu Klíč. Rodiny v této situaci neví co dělat, jak s dítětem pracovat a jak zvládnout danou situaci psychicky.

## **5.2 Diskuse k informacím od sociálních pracovníků**

Sociální pracovníci jsou o službě raná péče informováni v rámci svého zaměstnání, všichni definovali službu raná péče i pro koho je určena. Informace o službě mají ze zákona o sociálních službách, internetu, jeden pracovník byl i na dni otevřených dveří pořádaném Střediskem rané péče České Budějovice SPRP. V případě potřeby rodiče informují ústně a dva pracovníci uvedli kombinaci obou možností. Na otázku, zda mají seznam středisek s garancí Asociace pracovníků v rané péči, shodně odpověděli ne. Jeden pracovník tuto otázku okomentoval tak, že veřejný registr sociálních služeb je dostatečnou garancí. Informace si žádné doplňovat nepotřebují, na tom se také shodli všichni. Zkušenost se středisky rané péče má každý jinou, jeden pracovník dobrou, ale blíže ji nespecifikoval, jeden pracovník nemá zkušenost žádnou a

poslední pracovník tuto otázku nechtěl komentovat. Spolupráce se středisky se týká především pracovní agendy a grantů v rámci Jihočeského kraje. Spolupracují se všemi středisky rané péče působícími na území Jihočeského kraje.

Na Magistrátu města České Budějovice pracovníci službu znají, znají i přesnou definici ze zákona. O službě se dozvěděli někteří během studia na vysoké škole, v zaměstnání a jedna pracovnice má osobní zkušenost. Informace rodičům předávají většinou ústně. Seznam středisek s garancí APRP zná jeden pracovník z dotazovaných, ostatní informace nemají. K informacím, které by si chtěli doplnit, patří právě seznam středisek a kontakty, a také rozpis konkrétních služeb poskytovaných cílovým skupinám. Přímou zkušenost se středisky pracovníci nemají. Mají pouze zpětnou vazbu od rodin, kterým službu doporučili. Rodiny spolupráci se středisky hodnotí vždy kladně. Zde pracovníci za spolupráci považují návštěvu střediska a účast na seminářích pořádaných střediskem. Jedna pracovnice spolupracuje s Arpidou České Budějovice a druhá spolupracuje se střediskem rané péče České Budějovice.

Stejně jako pediatři nemají sociální pracovníci povinnost sdělovat rodičům informaci o rané péči, pokud mají dítě s postižením. Přestože rodiče na tento odbor chodí až kolem jednoho roku věku dítěte, kdy mají nárok na příspěvek na péči a mimořádné výhody pro zdravotně postižené, tak nemají všichni informace o rané péči. Proto by bylo vhodné, aby i úředníci o těchto službách byli informováni a informace uměli předat rodičům (Bendová, 2011).

V rámci osvěty pořádají poskytovatelé rané péče dny otevřených dveří, odborné semináře, kam mimo jiné zvou i pracovníky sociálních odborů a snaží se tak s nimi navázat spolupráci a předávat informace o službách rané péče (Kudelová, Raná péče, 2012).

### **5.3 Diskuse k informacím od uživatelů rané péče**

Uživatelé služeb rané péče získali první informace o středisku rané péče převážně od očních lékařů, neurologů ve fakultní nemocnici Motol. Od lékařů v porodnici nezískali informace žádné a ta samá situace je i na odborech sociálních věcí. Dětská lékařka informovala rodiče o sociální službě rané péče pouze ve třech případech. Ve

srovnání s výsledky výzkumu z Kutnohorska, kde je informovanost již z porodnice 7,1% a s odboru sociálních věcí je informovanost také 7,1%. Dále na Kutnohorsku dětští lékaři informují v 21,4%, přátelé a známí doporučují ranou péči v 21,4% případů (Bendová, 2011).

V případě získání informací z porodnice a odboru sociálních věcí se rodiče nic nedozvěděli. Vzhledem k těmto nulovým výsledkům se rodiče ani pro službu nemohli rozhodnout.

Z výsledků výzkumu je patrné, že se rodiče na Českobudějovicku dozvídají informace o možné sociální pomoci, až když se dostanou do rukou odborníků v Praze. Přičemž, kdyby byli dětští lékaři, kteří se s rodinou znají v podstatě již od narození dítěte, dobře informováni, tak by dle mého názoru měli rodinu o těchto možnostech informovat právě oni. Čím dříve se s rodinou a dítětem začne pracovat, tím lepší výsledky tato spolupráce může pro rodinu a vývoj dítěte přinést.

Z výsledku je dále patrné, a dle mého názoru ještě důležitější, aby se rodina prvotní informace o možnostech pomoci v jejich nenadálé životní situaci, dozvěděla v porodnici, pokud je již jisté, že dítě je ohroženo ve vývoji. Toto však v českobudějovické porodnici dle zpětné vazby od rodičů nefunguje a rodiny tak musejí hledat prvotní informace jinde.

Toto podkládají i výsledky otázky, kdo by měl rodičům poskytovat informace o službě raná péče. Uživatelé služeb rané péče na tuto otázku uváděli nejčastěji kombinaci v porodnici, u dětského lékaře a pracovníci sociálních služeb. V možnosti někdo jiný uváděli např. neurologa či očního lékaře.

Tento názor rodičů dokresluje výpověď jedné maminky z Plzeňského kraje, která vypovídá pro Klíč: *„Nás v podstatě třetí den po porodu mě paní doktorka řekla, jak na tom vlastně M. je. Dostala jsem propouštěcí zprávu, nebo nejdříve když se mnou mluvila, tak mi řekla, že existuje tady v Plzni středisko rané péče. Napsali mi to do zprávy, abych se na ně obrátila. Nedokázala jsem si to představit, co to obnáší. Takže hned 3 neděle nebo měsíc poté, co jsme se vrátili, jsme zavolali. Paní přišla, nabídla služby, program, takže s tím jsem souhlasila. Protože prvnímu dítěti, které máme, je už*

*13 a je zdravé, takže jsem nevěděla, co mám dělat, tak jsem byla ráda, že jsem se tam dostala...“ (Klíč, 2010).*

Na otázku kolik let bylo Vašemu dítěti při prvním kontaktu na území Českobudějovicka se do 1 roku o existenci střediska rané péče dozvědělo 81% (27% do půl roku) zatímco na Kutnohorsku 14% (Bendová, 2011).

Výsledky výzkumu ukazují na to, že ačkoliv se na území Českobudějovicka dozvídají rodiny o možnostech sociální pomoci až u odborníka, tak přesto se na základě těchto informací rozhodnou spolupracovat se středisky rané péče dříve než na Kutnohorsku. Ze všech respondentů se 27% dozvědělo o rané péči do 6ti měsíců života dítěte. Pracovníci rané péče by byli rádi, kdyby se k rodinám dostávali ještě dříve. Neoptimálnější situace by byla, kdyby se rodina na středisko rané péče nakontaktovala již v porodnici, nebo pak v průběhu třech měsíců od narození dítěte. Čím je dítě menší, tím je plasticita mozku větší a včasnou stimulací se tak může získat více. Nejde zde pouze o stimulaci dítěte, ale i o situaci v rodině, kdy se rodina těšila na narození zdravého dítěte a není připravena na dítě s postižením. Poradce rané péče ukazuje rodině, jak mají s dítětem zacházet, jak se k němu chovat, na co mají nárok od zdravotní pojišťovny či státu apod. Středisko rané péče bývá první organizací, kde se nezaobírají pouze zdravotním stavem dítěte, ale dávají rodině zpětnou vazbu, co dítě umí, intuitivně ukazují, že se k němu rodina může chovat jako ke zdravému dítěti, že i dítě s postižením potřebuje jejich lásku. Dává rodině podporu v dané situaci, ukáže jim, že v tom nejsou sami (Kudelová, Raná péče, 2012).

Další otázka byla, kde získali kontakt na středisko, jejímž jsou klienty. Tři klienti dostali kontakt u dětského lékaře, pět klientů z masmédií – internet, televize, jeden klient dostal informace od přátel a třináct klientů jinde. Zde opět uvádějí očního lékaře a neurology z Fakultní nemocnice Motol.

Z výsledků této otázky vyplývá, že v současné době nemůžeme podceňovat ani masmédiá, kde rodina může získat plno informací, ať už konkrétně na stránkách dané organizace, či na diskusních fórech pro maminky. Dále nesmíme opomenout sílu televize či rádia a novin na státní nebo regionální úrovni.

## 6. ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit informovanost pediatrů a pracovníků odborů sociálních věcí a zdravotnictví na území Českobudějovicka o službách rané péče. Dále zjistit, jakým způsobem jsou tyto informace předávány rodinám dětí s postižením a jaká je úroveň informovanosti rodičů dětí s postižením na území Českobudějovicka o službách rané péče.

Celý výzkum vycházel ze tří hypotéz:

H1: Předávání informací sociálními pracovníky potenciálním žadatelům o sociální službu rané péče není v takové míře, aby se rodiče na jejich základě rozhodli pracovníky rané péče oslovit.

H2: Předávání informací pediatry potenciálním žadatelům o sociální službu rané péče není v takové míře, aby se rodiče na jejich základě rozhodli pracovníky rané péče oslovit.

H3: Uživatelé služeb rané péče získávají informace o sociálních službách ve svém regionu z nemocnic

Na základě zjištěných výsledků jsem dospěla k závěru, že sociální pracovníci jak odboru sociálních věcí a zdravotnictví Jihočeského kraje, tak pracovníci na odboru sociálních věcí Magistrátu města České Budějovice, nepředávají rodinám případné informace o sociální službě raná péče, čímž se potvrdila moje první hypotéza.

Po porovnání dotazníků od pediatrů a uživatelů služeb jsem dospěla ke zjištění, že dětské lékaři sice mají informace o rané péči, ale tyto informace nepředávají v dostatečné míře rodinám. Tímto výsledkem se potvrdila má druhá hypotéza.

Po vyhodnocení dotazníků od uživatelů služeb rané péče, kdy jsem zjistila, že informace a kontakt na konkrétní středisko rané péče dostávají rodiny především v nemocnici v Praze, se nepotvrdila má třetí hypotéza.

Na základě výsledků mé práce je patrné, že je potřeba ze stran středisek rané péče, se více zaměřit na informovanost pediatrů i úředníků sociálních odborů, aby mohli rodinám předávat srozumitelné informace, na základě kterých se rodina může rozhodnout kontaktovat středisko rané péče určené pro jejich cílovou skupinu.

Podle mého názoru by měl rodině první informace a kontakt předat jejich dětský lékař nebo nejlépe v porodnici, pokud je patrné, že je ohrožen vývoj dítěte. Pediatr při pravidelných prohlídkách vidí, jak se dítě vyvíjí, upozorňuje rodinu na určité nesrovnalosti a dává doporučení ke specialistům. Měl by si uvědomit, že i pracovníci v rané péči jsou specialisté, kteří v žádném případě nekonkurují lékařům, ale snaží se jejich péči doplnit o další nezbytné informace pro rodinu a podpořit rodinu v jejich situaci. Informace by měl podávat ústně a doplnit je písemným kontaktem, aby rodina věděla kam se obrátit. Neměli by se spoléhat na to, že kontakt dostane rodina od specialisty, kam se rodina dostane po delší době, kdy už by mohla se středisky rané péče spolupracovat.

Díky mé bakalářské práci jsem získala mnoho nových poznatků a v současnosti jsou výsledky již k dispozici střediskům rané péče a pomáhají jim navázat lepší spolupráci s lékaři a porodnicemi pro včasnou intervenci v rodinách.

## 7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BENDOVÁ, Martina. *Úroveň informovanosti o sociální službě raná péče*. Praha, 2011. Diplomová práce. Univerzita Jana Amose Komenského.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

DRAHOKOUPILOVÁ, Milena. Barbora Fišárková, Lenka Novotná a kol. *Narodilo se předčasně*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-552-3.

GREGOROVÁ, Lucie. Přehled rehabilitačních technik a metodik; interní materiál Společnosti pro ranou péči, 2009.

HÁJKOVÁ, Irena. Jak sdělovat nepříznivé zprávy. [online.] [cit. 29. 3. 2012]. Dostupné z <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=306>.

HOJNÁ, Tereza. Depistáž. In: *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením; Vybrané příspěvky z kurzu Poradce rané péče*. Praha: Středisko rané péče Praha, 1998. Str. 14. ISBN 80-238-3267-0.

HRADILKOVÁ, Terezie. *Když není všechno tak, jak si přáli*. Praha: Společnost pro ranou péči, 2002

HRADILKOVÁ, Terezie. Raná péče jako proces. In: *Sborník Vybraných příspěvků z kurzu poradce rané péče*. Praha: Společnost pro ranou péči, 2006. Str. 14 - 17.

HRADILKOVÁ, Terezie. Raná péče - vymezení pojmů. In: *Sborník Vybraných příspěvků z kurzu poradce rané péče*. Praha: Společnost pro ranou péči, 2006. Str. 9 – 13.

HRADILKOVÁ, Terezie, a kol. *Všechno jde, i když trochu jinak*. Liberec: Středisko rané péče, 2001.

HRADILKOVÁ, Terezie. Vymezení pojmů. In: *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením; Vybrané příspěvky z kurzu Poradce rané péče*. Praha: Středisko rané péče Praha, 1998. Str. 6 - 9. ISBN 80-238-3267-0.

INGSHOLT, Anette. Social – emotional development from birth to free years of age; interní materiál Společnosti pro ranou péči, 2008.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

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

JANKOVSKÝ Jiří, Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ, *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. ISBN 80-7040-826-x.

JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: KAROLINUM, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

JUNGWIRTHOVÁ, Iva. Sdělování nepříznivé diagnózy. In: „*Když...*“ Praha: Společnost pro ranou péči, 2002. Str. 4.



JUNGWIRTHOVÁ, Iva. Sourozenci dětí s postižením; interní materiály Společnosti pro ranou péči, 2009.

*Klíč* [televizní pořad]. ČT 2, 27. 4. 2010.

KUDELOVÁ, Ivana. Služby a programy rané péče. In: *Sborník vybraných příspěvků z kurzu poradce rané péče*. Praha: Společnost pro ranou péči, 2006. Str. 24 – 27.

KUDELOVÁ, Ivana. Raná péče. [online] [cit. 26. 4. 2012] dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rana-pece.shtml>

KUNOVÁ, Alena. Narození dítěte s postižením, sdělování diagnózy, krizová intervence. In: *Sborník vybraných příspěvků z kurzu poradce rané péče*. Praha: Společnost pro ranou péči, 2006. Str. 43 - 44.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-063-8.

SCHMITT, Paul, ARMENTY – SCHMITT, Fernanda. *Otcové: společná cesta*. Praha: Společnost pro ranou péči, 2004. ISBN neuveden.

SOBOTKOVÁ, Eva. Nedonošené dítě a rodiče. In: „*Když...*“. Praha: Společnost pro ranou péči, 2002. Str. 5.

Standardy rané péče/intervence SPRP 2008. Praha: Společnost pro ranou péči, 2008

TUŠLOVÁ, Jana. *O nás* [online]. [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: <http://ceskebudejovice.ranapece.cz/>.

Zákon ČR č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením,  
v platném znění

ZOBAN, Petr. Důsledky perinatálního ohrožení novorozenců pro jejich další vývoj. In:  
„*Když...*“ Praha: Společnost pro ranou péči, 2002. Str. 3.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Dítě s postižením

Raná péče

Rodina

Sociální služby

## **9. SEZNAM PŘÍLOH**

1. Strukturované interview
2. Dotazník
3. Přehled vývoje zrakových funkcí a zrakových dovedností od narození do 6 let věku dítěte
4. Přehled nejdůležitějších momentů fyziologického vidění u dětí
5. Klasifikace zrakových vad dle WHO

# Příloha č. 1

## Strukturované interview

1) Máte informace o sociální službě rané péči?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano:

- a) Co je raná péče?
- b) Pro koho je určena?

2) Kde jste informace o rané péči získal/a?

3) Pokud se na Vašem oddělení narodí rodičům dítě se zdravotním postižením, poskytujete jim informace o službě rané péči?

/Pokud se rodičům narodí dítě se zdravotním postižením, které spadá pod tento sociální odbor poskytujete jim informace o službě rané péči?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, jakým způsobem jim informace předáváte?

- a) ústně
- b) písemně (nabídkový leták)

4) Máte seznam středisek rané péče s garancí Asociace pracovníků v rané péči?

a) ano

b) ne

5) Chybí Vám nějaké informace o rané péči, které byste si rád/a doplnil/a?

a) ano

b) ne

Pokud ano, jaké?

6) Jakou máte zkušenost se středisky rané péče?

7) Spolupracujete s pracovníky středisek rané péče?

a) ano

b) ne

Pokud ano:

a) S kterými středisky rané péče spolupracujete?

b) Jak?

## Příloha č. 2

### Dotazník

Vážení rodiče,

dostává se Vám do rukou dotazník, díky kterému bych ráda zjistila, jak jste byli informováni o sociální službě rané péči ještě předtím, než jste ji začali využívat. Výsledky šetření mohou vést ke zkvalitnění informování rodičů dětí se zdravotním postižením o sociální službě rané péči.

U otázky č. 6 je možné zvolit i více odpovědí. V případě ostatních otázek prosím o výběr pouze jedné z možností, případně doplnění odpovědi.

1) Kde jste se poprvé dozvěděli o existenci sociální služby rané péče?

- a) v porodnici
- b) na odboru sociálních věcí a zdravotnictví
- c) v ordinaci dětského lékaře
- d) z masmédií (televize, rozhlas, noviny, časopis, internet)
- e) od známých/přátel
- f) jinde, prosím uveďte

2) Kolik let bylo Vašemu dítěti, když jste se stali klientem střediska rané péče?

3) Jaké informace o rané péči jste získali v porodnici?

- a) vyčerpávající, srozumitelné

- b) nedostatečné, některé informace jsme neobdrželi
- c) žádné

Rozhodli jste se na základě těchto informací, že budete služeb rané péče využívat?

- a) ano
- b) ne

4) Jaké informace o rané péči jste získali na odboru sociálních věcí a zdravotnictví?

- a) vyčerpávající, srozumitelné
- b) nedostatečné, některé informace jsme neobdrželi
- c) žádné

Rozhodli jste se na základě těchto informací, že budete služeb rané péče využívat?

- a) ano
- b) ne

5) Kde jste získali kontakt na středisko rané péče, kterého jste v současné době klientem?

- a) v porodnici
- b) na odboru sociálních věcí a zdravotnictví
- c) v ordinaci dětského lékaře
- d) z masmédií (televize, rozhlas, noviny, časopis, internet)
- e) od známých/přátel
- f) jinde, prosím uveďte



6) Kdo by podle Vás měl rodičům po narození dítěte se zdravotním postižením poskytovat informace o rané péči?

- a) pracovníci porodnic
- b) pracovníci odborů sociálních věcí a zdravotnictví
- c) dětské lékaři
- e) od rodičů dětí se stejným problémem
- d) někdo jiný, prosím uveďte

7) V jakém středisku rané péče jste Vy a Vaše dítě klientem?

Moc Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

## Příloha č. 3

**Tabulka č. 26:** Přehled vývoje zrakových funkcí a zrakových dovedností od narození do 6 let věku dítěte.

<b>0 – 1 měsíc</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podívá se na zdroj světla, otočí za ním hlavu i pohled (dívá se na okna světlé stěny).</li><li>• Mrká při prudkém osvětlení.</li><li>• Reaguje na přímý osvit zúžením zornice, která se při zhasnutí rozšíří.</li><li>• Fixuje krátce obličej.</li><li>• Krátce sleduje pohyb v horizontální rovině.</li><li>• Krátce se podívá na předměty umístěné v jeho zorném poli.</li><li>• Oči se otáčejí na opačnou stranu, než se otáčí nebo naklání hlava. Tento reflex vymizí po několika týdnech s tím, jak dítě začíná fixovat předměty.</li></ul>
<b>2 měsíce</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vyhledává oční kontakt s osobami.</li><li>• V <u>jednom měsíci</u> se dívá na okrajové části obličeje jako jsou vlasy, uši, brada.</li><li>• Ve <u>dvou měsících</u> se dívá na vnitřní části obličeje jako jsou oči, nos, ústa, obočí.</li><li>• Zajímá se o pohyby rtů.</li><li>• Směje se při pohledu do tváře dospělého, který se směje, mluví a pohybuje hlavou. Sleduje zavěšené hračky.</li><li>• Nevyužívá dosud vnější (temporální) zorné pole.</li><li>• Sleduje vertikální pohyb.</li><li>• Pohyby očí jsou špatně koordinované, oči nemusí vždy hledět přímo nebo se pohybovat souměrně.</li><li>• Dívá se na kontrastní obrazce jako je šachovnice, pruhy, geometrické vzory. Dívá se na trojrozměrné předměty jasných barev nebo s geometrickým vzorem.</li><li>• Sleduje vodorovně pomalu se pohybující předmět v rozsahu 90 stupňů (nedokáže sledovat přes středovou čáru, proto sleduje ze středu ke straně a od strany ke středu).</li><li>• Sleduje pohyb blízko stojící osoby.</li></ul>
<b>3 – 6 měsíců</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zaostruje na blízko předměty 12 až 8 cm vzdálené (konvergence).</li><li>• Zaostruje na předměty ve vzdálenosti 12-50 cm a v 6. m, fixuje předměty 1 metr vzdálené.</li><li>• Ruce jsou většinou otevřené. Dítě se na ruce dívá a hraje si s nimi ve střední čáře.</li><li>• Napřahuje ruce, aby mohlo rozhýbat zavěšené hračky.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prohlíží si střídavě dvě hračky.</li> <li>• Na chvíli se podívá na předměty, které drží v ruce. Přenáší pohled z ruky na předmět a nazpátek.</li> <li>• Sleduje pohledem padající či kutálející se předmět.</li> <li>• Poznává důležité předměty z větší vzdálenosti.</li> <li>• Používá zorné pole v celém rozsahu (otočí se za podnětem).</li> <li>• Sleduje různé předměty, které se v zorném poli přibližují nebo vzdalují.</li> <li>• Hledá ve skupině lidí matku nebo toho, kdo o něj pečuje. Hledá určitou hračku ve skupině hraček a natahuje se pro ní.</li> <li>• Snadno mění směr pohledu.</li> <li>• Vsedě nebo vleže na břiše otáčí hlavu, aby se podívalo na zdroj zvuku.</li> <li>• V 6. m vytvořen základ binokulárního (prostorového) vidění.</li> </ul>
<b>7 – 10 měsíců</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Souhyby očí jsou dobře koordinované. Obě oči se pohybují společně a souměrně.</li> <li>• Jakékoli odchylky, při kterých se jedno oko stáčí dovnitř, ven, nahoru nebo dolů, by měly být vyšetřeny očním lékařem, pokud přetrvávají v šesti měsících života.</li> <li>• Prohlíží si realistické obrázky.</li> <li>• Když upustí hračku, dívá se za ní a snaží se ji najít.</li> <li>• Dívá se do zrcadla, někdy se na obraz v zrcadle směje nebo do něj plácá. Samo začne žvatlat, když vidí obličej známé osoby.</li> <li>• Poznává cizí lidi, reaguje na ně upřeným pohledem, šklebením, stažením do sebe, pláčem.</li> <li>• Najde drobné korálky a snaží se je uchopit.</li> <li>• Dívá se na obrázky.</li> <li>• Poznává částečně zakryté předměty.</li> <li>• Dotýká se úst, očí, nosu na obličejí rodičů.</li> <li>• Pozorovací schopnosti využívá k nápodobě.</li> </ul>
<b>11 – 12 měsíců</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zrakově se orientuje v domácím prostředí.</li> <li>• Dívá se z okna a poznává známé osoby.</li> <li>• Zlepšuje se kontrastní citlivost.</li> <li>• V 1 roce jsou dobře vyvinuté zrakové funkce jako je <u>fixace</u>, <u>sledování</u>, <u>přenesení pohledu</u>, <u>skenování</u>, <u>konvergence a divergence</u> (při pohledu na blízký a vzdálenější předmět), jsou dobře využívány při složitějším chování při uchopení předmětů a manipulaci s nimi.</li> </ul>
<b>12 – 18 měsíců</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rozpoznává podobnosti a rozdíly.</li> <li>• Kreslí čáry tužkou na papíře.</li> <li>• Ukazuje na obrázku předměty, které mu pojmenujeme.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na požádání ukazuje známé osoby, zvířata, hračky.</li> <li>• Na pokyn se začne dívat na námi pojmenované předměty nebo do určeného místa.</li> <li>• Ukazuje a říká si o předmět, který chce.</li> <li>• Prohlíží si obrázkovou knížku a obrací listy.</li> </ul>
<b>18 měsíců – 3 roky</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konvergence je dobře vyvinuta.</li> <li>• Dívá se za zrcadlo, když v něm vidí svůj obraz.</li> <li>• Poznává obrázky známých zvířat.</li> <li>• Na požádání napodobuje jednoduchou činnost.</li> <li>• Najde a zachází s mnoha jednoduchými předměty ve svém okolí.</li> <li>• Kreslí podle vzoru svislé čáry a kruhy.</li> <li>• Rozpoznává a pojmenuje známé předměty, jako jsou hračky, potrava a části oblečení.</li> <li>• Přiřadí obrázek k předmětu a obrázek k obrázku.</li> <li>• Přiřadí k sobě předměty stejné barvy bez ohledu na tvar.</li> <li>• Přiřadí k sobě předměty ve tvaru kruhu, čtverce, trojúhelníku.</li> <li>• Na požádání ukáže části těla panenky nebo postavy na obrázku.</li> <li>• Prohlíží si pohlavní znaky nebo na ně ukazuje.</li> <li>• Kreslí podle vzoru vodorovnou čáru.</li> <li>• Předvádí použití známého objektu, když je o to požádáno.</li> <li>• Pojmenuje se nebo ukáže na svůj obrázek na fotografii.</li> </ul>
<b>3 – 6 let</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Přiřazuje a pojmenuje barvy.</li> <li>• Přiřazuje a pojmenuje odstíny barev.</li> <li>• Odliší dva překrývající se obrázky.</li> <li>• Rozliší obrázky dle velikosti, dle detailu a určitých vlastností.</li> <li>• Rozliší rozdílné obrázky a přiřadí stejné.</li> <li>• Skládá obrázek z několika částí a doplní chybějící část obrázku.</li> <li>• Vyhledává objekt ve skupině zprava doleva</li> </ul>

**Zdroj:** Hyvarinen-Bjorkman-Lindquist-Stenstrom, 1994, In: Skalická-Gadó, 1996, Šmardová – Bednářová 2008.

## Příloha č.4

**Tabulka č. 27:** Přehled nejdůležitějších momentů fyziologického vidění u dětí.

Po narození	Skotopické vidění (vidění za šera)
2.týden	Počátek fotopického vidění (vidění za světla)
1.měsíc	Počátek monokulární fixace (sledování jedním okem)
2.měsíc	Počátek binokulární fixace (dítě se začíná dívat oběma očima)
3. měsíc	Počátek centrální fixace Počátek vergentních pohybů (oční pohyby divergence a konvergence). - Dítě sleduje bližší a vzdálenější předměty.
4. měsíc	Centrální fixace Akomodace (přizpůsobení oka pohledu na různě vzdálené předměty) Převaha fotopického vidění nad skotopickým
5. měsíc	Trvalá centrální fixace
6. měsíc	Počátek fúze (splynutí dvou obrazů ze sítnice dvou očí v jeden) Dokončení vývoje makuly
9. – 12. měsíc	Upevnění binokulárních reflexů
3 roky	Dokončení akomodačně – konvergenčního reflexu
5. – 6. let	Stabilizace binokulárních reflexů

**Tabulka č. 28:** Vývoj rozlišovací zrakové ostrosti.

Věk	Zraková ostrost
3. měsíc	pohyb
5. měsíc	1/20 - 1/30
12. měsíc	6/20 – 6/18
2 roky	6/12
3 roky	6/9
5 – 6 let	6/6 (vývoj je ukončen)

## Příloha č. 5

Tabulka č. 29: Klasifikace zrakových vad dle WHO.

Položka	Druh zdravotního postižení
1.	<b>Střední slabozrakost</b> zrková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10,  kategorie zrakového postižení 1
2.	<b>Silná slabozrakost</b> zrková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05);  1/10 - 10/20, kategorie zrakového postižení 2
3.	<b>Těžce slabý zrak</b> <b>a)</b> zrková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02);  1/20 - 1/50, kategorie zrakového postižení 3 <b>b)</b> koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
4.	<b>Praktická nevidomost</b> zrková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
5.	<b>Úplná nevidomost</b> ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí,  kategorie zrakového postižení 5

Zdroj: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - desátá revize (MKN-10), vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR .