



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Pohled sociálních pracovníků na ranou péči  
v Jihočeském kraji**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**REHABILITACE**

**Autor:** Eliška Hájková

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Hana Konečná, Ph.D.

České Budějovice 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Pohled sociálních pracovníků na služby rané péče v Jihočeském kraji*“ jsem vypracoval/a samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2021

.....

Eliška Hájková

## **Poděkování**

V první řadě bych velice ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce doc. PhDr. Ing. Haně Konečné, Ph.D. za její čas a rady, které mi poskytovala v průběhu psaní práce. Dále bych ráda poděkovala rodině, která mi byla po celou dobu oporou a všem informantkám, které mi věnovaly svůj čas.

# **Pohled sociálních pracovníků na služby rané péče v Jihočeském kraji**

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá pohledem sociálních pracovníků na služby rané péče v Jihočeském kraji. Cílem práce je popsat spokojenost sociálních pracovníků jednotlivých pracovišť rané péče v Jihočeském kraji, více se dozvědět o jejich vzdělávání a zhodnotit informovanost klientů o rané péči.

V rámci teoretických východisek se práce zaměřuje na pojem raná péče, její vznik a vývoj a na poskytovatele rané péče. Dále se zaměřuje na děti s postižením, konkrétně pak na jejich socializaci a rodinu.

Z cílů práce vyplynuly následující výzkumné otázky, které zní: Jaká je spokojenost sociálních pracovníků pracujících ve středisku rané péče? Jaké jsou možnosti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků ze středisek rané péče? Jaká je podle sociálních pracovníků informovanost o službě rané péče u cílové skupiny klientů?

Vzhledem k povaze výzkumu byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Výzkumný soubor tvořilo 14 sociálních pracovníků – poradkyň rané péče ze 6 středisek poskytujících ranou péči v Jihočeském kraji. Metodou pro získávání dat byl semistrukturovaný rozhovor a pro zpracování dat byla zvolena metoda zakotvené teorie a techniky tzv. otevřeného kódování. Z výpovědi informantek vyplynulo 6 klíčových témat, jež byla následně rozřazena pod jednotlivé výzkumné otázky.

Práce by mohla sloužit jako podklad pro zefektivnění služeb rané péče na základě pohledu na ranou péči. Výsledky mohou vedoucím středisek rané péče sloužit jako určitý druh zpětné vazby.

## **Klíčová slova**

Dítě s postižením; poradce rané péče; raná péče; středisko rané péče; socializace; sociální práce; zdravotní postižení.

# **The View of Social Workers on Early Care Services in the South Bohemian Region**

## **Abstract**

The bachelor thesis deals with the view of social workers on early care services in the South Bohemian Region. The aim of the thesis is to describe the satisfaction of social workers in particular early care services in the South Bohemian Region, to learn more about their education and to evaluate awareness of clients about early care.

Within theoretical basis, the thesis focuses on the concept of early care, its origin and development and early care providers. It also focuses on children with disabilities, specifically on their socialization and family.

From the aims of the thesis arose following research questions: What is the satisfaction of social workers working in early care centers? What are the possibilities for further education of social workers from early care centers? According to social workers, what is awareness of early care service in the target group of clients?

Due to the nature of the research it was chosen qualitative research strategy. The research group was consisted by 14 female early care social workers from 6 centers providing early care in the South Bohemian Region. As a method for data collection was used a semi-structured interview, for data processing was chosen the method of grounded theory and technique (so-called open coding). From the answers of informants – in 6 key topics. These topics were divided then into particular research questions.

The thesis could serve as a basis for streamlining early care services on the basis perspective of social workers on early care. Results can serve as a kind of feedback for managers of early care centers.

## **Key words**

Child with a disability; early care adviser; early care; early care center; socialization; social work; disability.

## Obsah

Úvod .....	8
<b>1 Raná péče .....</b>	<b>9</b>
1.1 Vymezení pojmu raná péče .....	9
1.2 Vznik a vývoj rané péče .....	11
1.2.1 Sociální model rané péče .....	12
1.3 Poskytovatelé rané péče .....	13
1.3.1 Profil poradce rané péče .....	13
1.3.2 Asociace rané péče České republiky .....	15
1.4 Dítě s postižením .....	15
1.4.1 Socializace dětí s postižením .....	16
1.4.2 Rodina s dítětem se zdravotním postižením .....	18
1.4.3 Sourozenecké vztahy .....	19
1.4.4 Styly rodinné výchovy dítěte s postižením .....	20
<b>2 Cíl práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>21</b>
2.1 Cíl práce .....	21
2.2 Výzkumné otázky .....	21
2.3 Operacionalizace pojmů .....	22
<b>3 Metodika .....</b>	<b>24</b>
3.1 Použité metody a techniky sběru dat .....	24
3.2 Výzkumný soubor .....	25
3.3 Charakteristika středisek rané péče v Jihočeském kraji .....	26
3.4 Metody zpracování dat .....	28
3.4.1 Metoda zakotvené teorie .....	29
3.5 Etika výzkumu .....	29
<b>4 Výsledky .....</b>	<b>31</b>

4.1.1	VO1: Jaká je spokojenost sociálních pracovníků pracujících ve středisku rané péče? .....	31
4.1.2	VO2: Jaké jsou možnosti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků ze středisek rané péče? .....	40
4.1.3	VO3: Jaká je podle sociálních pracovníků informovanost o službě rané péče u cílové skupiny klientů? .....	43
<b>5</b>	<b>Diskuse.....</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>50</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>51</b>
<b>8</b>	<b>Seznam tabulek.....</b>	<b>55</b>
<b>9</b>	<b>Seznam obrázků.....</b>	<b>56</b>

## Úvod

Rodiče si často k dítěti vytvářejí vztah dávno před jeho narozením a ani nepomýšlejí na to, že by se jim mohlo narodit dítě s postižením. Nikde ovšem neexistuje záruka, že se dítě narodí zdravé. Pro rodiny, ve kterých se dítě s postižením narodí nastává složité období, na které se nelze dopředu nijak připravit. Pro takové rodiny, které mnohdy mohou po takovém zjištění pociťovat určitou rodičovskou krizi, je zde raná péče. Raná péče je velmi důležitou sociální službou, která v rámci uceleného systému rehabilitace poskytuje prvotní pomoc rodinám, kterým se narodilo dítě s postižením. Tato první pomoc spočívá v poradenství, sociálně aktivizačních, vzdělávacích a výchovných činnostech.

Téma práce jsem si vybrala z toho důvodu, že v práci poradců rané péče vidím velký smysl a mým cílem bylo proniknout do jednotlivých středisek poskytujících ranou péči v Jihočeském kraji, zmapovat jejich přístup ke klientům a dozvědět se více o fungování služeb. Konkrétněji o informovanosti klientů a dalším vzdělávání pracovníků.

Předložená bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V první kapitole se vymezuje pojem raná péče, popisuje její vznik a vývoj a charakterizuje poskytovatele rané péče. Další kapitola je zaměřená na dítě s postižením, jeho socializaci do společnosti, rodinu a vztahy se sourozenci. Součástí práce je také operacionalizace pojmů, se kterými v rámci bakalářské práce pracuji.

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Výzkumná část prezentující výsledky je rozdělena na 3 kapitoly, které se zabývají jednotlivými výzkumnými otázkami a díky semistrukturovaným rozhovorům, které jsem prováděla s informantkami ze středisek rané péče z Jihočeského kraje, jsem na výzkumné otázky odpověděla. Metodou tzv. otevřeného kódování jsem výpovědi informantek rozdělila na šest oblastí a následně je přiřadila k jednotlivým výzkumným otázkám.

Práce by mohla sloužit jako podklad pro zefektivnění služeb rané péče na základě pohledu na ranou péči. Výsledky mohou vedoucím středisek rané péče sloužit jako určitý druh zpětné vazby.



# 1 Raná péče

## 1.1 Vymezení pojmu raná péče

Dle Slowíka (2016) by rodina dítěte s postižením v raném věku měla získat potřebnou podporu od profesionálů, jako jsou například lékaři, speciální pedagogové, psychologové nebo sociální pracovníci. Tuto podporu může dítě s postižením a jeho rodinou získat v oblasti rané péče. Ranou péčí nejčastěji poskytují střediska rané péče, ale mohou jí poskytovat např. speciálně pedagogická centra nebo nestátní neziskové organizace (Slowík, 2016).

Můžeme se setkat s pojmy raná péče, raná intervence nebo včasná terapie. V zahraniční literatuře se používá pojem *early childhood intervention* (Schonkoff, 2000) nebo také *die Frühförderung* v němčině. Raná péče je zaměřená na podporu vývoje dítěte s postižením a na podporu jeho rodiny. Součástí služby jsou například činnosti zaměřené na výchovu a vzdělávání nebo aktivizační činnosti (Valenta, 2015).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách upravil ranou péči jako sociální službu a završil snahy o hájení významu a důležitosti sociálního modelu rané péče (Doskočilová et al., 2012). Zákon v § 54 ranou péči definuje následovně: *Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*

*Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:*

- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- *sociálně terapeutické činnosti,*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb.)*

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách dále popisuje konkrétní úkony:

- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
  - *zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte s postižením nebo znevýhodněním,*
  - *specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám,*
  - *podpora a posilování rodičovských kompetencí,*
  - *upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny,*
  - *vzdělávání rodičů, například formou individuálního a skupinového poskytování informací a zdrojů informací, seminářů, půjčování literatury,*
  - *nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte,*
  - *instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, sensorické, motorické a sociální,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
  - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,*
  - *podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,*
- *sociálně terapeutické činnosti:*
  - *psychosociální podpora formou naslouchání,*
  - *podpora výměny zkušeností,*
  - *pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny,*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
  - *pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů,*
  - *doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte (Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách).*

Raná péče dále poskytuje rodině psychickou podporu, speciální postupy a kontakty na další rodiny v obdobné situaci. Poradkyně rané péče společně s rodiči hledá nové

možnosti, plánuje budoucnost, určuje cíle pro rodinu i pro dítě s postižením. Dítěti poskytuje různé speciální postupy, terapie a pomáhá překonat omezení, které plyne z postižení (Doskočilová et al., 2012).

Centra rané péče existují ve všech evropských zemích, někde ale odlišná od českých středisek. V každé spolkové zemi existuje jiný systém poskytování služeb rané péče, který je unikátní (Brambring et al., 1996).

## ***1.2 Vznik a vývoj rané péče***

V evropských zemích dříve existovala specializovaná ústavní zařízení, která měla vyřešit situaci rodičů, kterým se narodilo dítě s postižením. Postupně se ale začali ozývat rodiče, kteří se nechtěli vzdát svých dětí kvůli jejich postižení, a tak vznikala rodičovská hnutí, jejichž cílem bylo vytvoření jiných forem podpory, která by umožňovala, aby mohli své dítě vychovávat doma. Tato hnutí se formovala v západoevropských zemích zejména v 70. a 80. letech 20. století (Kudelová, 2013). Dle Schonkoffa et al. (2000) se vyskytl zájem o neurologický, fyziologický i psychologický vývoj dítěte. Začala se diskutovat témata jako péče o dítě, vzdělávání dětí, speciální pedagogika nebo psychologie, která vedla k problému zodpovědnosti a účasti veřejnosti na kvalitě života osob s postižením. Díky těmto tématům se došlo k poznatku, že raná péče je lepší než následná sanace. Kudelová (2013) dále uvádí, že se současně také ozývali odborníci, kteří si díky výsledkům z různých výzkumů začali uvědomovat význam raného věku u dítěte a také důležitost rodinného prostředí v dalším vývoji dítěte. V těchto státech díky tomuto došlo k uznání nároku rodin dětí s postižením na službu, která odpovídá potřebám rodin a současně je etická i viditelně efektivní. Díky tomuto se následně začaly vytvářet zákonné normy a struktura financování.

Rozdíly ve vývoji rané péče v České republice spočívaly v odlišném společenském i politickém klimatu před rokem 1989. Běžné bylo, že děti s postižením skončily v ústavech sociální péče, jelikož rodiče byli spíše přesvědčováni o tom, že by o dítě nedokázali pečovat, a tedy, že ústav sociální péče je nejlepší možností. Ke změnám v oblasti péče o děti s postižením směřovala iniciativa zejména speciálních pedagogů, jakožto odborníků, kteří se zabývali touto problematikou. Díky konkrétním poznatkům z praxe se vytvořila komplexní služba, která reagovala jak na potřeby dítěte s postižením, tak na potřeby zbytku rodiny dítěte s postižením (Kudelová, 2013).

Nejdříve se služba zaměřovala zejména na zdravotní problém dítěte a rodičům bylo poskytováno poradenství ohledně výchovy a péče o dítě s postižením. Postupem času se služba začala zaměřovat i na zbytek rodiny a zohledňovat potřeby všech členů. Nejprve poradcem rané péče byli speciální pedagogové, ale postupně se tato škála vzdělání rozšířila na odborníky v oblastech sociální práce nebo sociální pedagogiky, kteří si pravidelně doplňují své znalosti (Kudelová, 2013).

### ***1.2.1 Sociální model rané péče***

V České republice se ustálil a rozvinul sociální model rané péče. Česká republika měla narozdíl od USA a západní Evropy výhodu v opožděném zavádění rané péče. Tím se podařilo vynechat již překonané modely rané péče, a jelikož zde už byly jisté zkušenosti ze zahraničí, tak se převzaly nejlepší a nejnovější poznatky z praxe i výzkumu. V tomto modelu jde jak o poměry rodiny, tak o minimalizaci působení postižení na dítě (Hradilková, 2017).

Hlavní úkoly sociálního modelu rané péče jsou sociální začleňování dítěte s postižením a jeho rodiny, dále schopnost rodiny se s postižením vyrovnat v prostředí komunity, zachovat si běžný způsob života a prožívání běžných radostí (Hradilková, 2017).

Pro sociální model je charakteristické, že raná péče jako sociální služba následuje cíle sociálních služeb, kterými je například sociální začlenění dítěte a rodiny a podpora běžného života. Plán rané péče je určován cíli a potřebami rodičů, tudíž pro to, jak bude raná péče vypadat jsou zásadní především rozhodnutí rodičů. Další charakteristikou je, že převážně se raná péče odehrává v přirozeném prostředí klientů, tedy u nich doma (Hradilková, 2017).

Česká republika je na předním místě v počtu umístěných ohrožených dětí v ústavech. Důvodem je nedostatečná podpora rodičů, kteří se právě na základě nejistoty, bezradnosti či nedůvěry, rozhodují umístit dítě do ústavu. Raná péče a její dostupnost se ukázala jako účinný nástroj prevence umístění dětí s postižením do ústavu (Hradilková, 2017).

### ***1.3 Poskytovatelé rané péče***

Ranou péči poskytují střediska rané péče, která pokrývají celou Českou republiku a specializují se na různé druhy postižení dítěte. Střediska mohou být zaměřená na práci s rodinami a dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, sluchovým a kombinovaným postižením, mentálním a pohybovým postižením nebo děti s nerovnoměrným a ohroženým vývojem (Středisko rané péče SPRP, 2012).

Raná péče je poskytována převážně v nestátním neziskovém sektoru. Rané péče s cílovou skupinou rodin s dětmi se zrakovým postižením mají většinou celorepublikovou působnost s detašovanými pracovišti. Rané péče s cílovou skupinou rodin s dětmi se zdravotním, mentálním, kombinovaným postižením nebo s diagnózou poruchy autistického spektra mají většinou krajskou působnost (Šándorová et al., 2015).

Dle Cameronové et al. (2011) je nezbytný profesionální interdisciplinární tým, ve kterém je hodnotná role sociálního pedagoga. Sociální pedagogové mohou poskytovat výčet zásadních kompetencí sociálně pedagogického přístupu, mezi které patří například možnosti týmové a meziresortní spolupráce nebo propojení teorie a praxe.

#### ***1.3.1 Profil poradce rané péče***

Valenta (2015) uvádí, že poradce rané péče je odborný pracovník s předpokladem vzdělání v oblastech speciální pedagogika, sociální pedagogika, psychologie na úrovni VOŠ. Dalším předpokladem poradce rané péče je komunikativnost, flexibilita, kreativita, všeobecný rozhled a organizační schopnosti a pracovní náplní poradce rané péče je podpora rodin s dětmi s postižením (Valenta, 2015).

Mezi dovednosti, které by měl poradce rané péče mít, patří například vedení rozhovoru, který vede ke stanoveným cílům, stanovení vývojové úrovně dítěte, komunikace s různými odborníky nebo institucemi, prezentace služby na veřejnosti, být samostatný a schopný řídit si svou práci, řízení motorového vozidla nebo umět pracovat s informacemi.

Mezi kompetence poradce rané péče patří:

- 1) Budování vztahu s klientem – navázání kontaktu, přizpůsobení komunikace věku a individualitě rodiny, rozeznání shodných a odlišných hledisek, hodnot a cílů a respektování jich, poskytnutí přiměřeného prostoru k objasnění a znázornění názorů a cílů klientů, usnadnění komunikace mezi klienty, organizacemi a širším společenstvím, motivace klienta k překonání překážek v dosažení jeho vlastních hodnot a cílů, udržení pracovního vztahu s klientem, a jeho okolím.
- 2) Orientace na komplexní situaci klienta a plánování postupu spolupráce s ním – orientace v potřebách a možnostech klientů, orientace v legislativě, ve společenských i organizačních podmínkách a dalších možnostech v určité situaci, zvažování různých možností a důsledků spolu s klienty, rozeznání rizikových faktorů a stanovování hranic, vedení dokumentace, pomoc při objasňování cílů, zdrojů, možných překážek a navržení řešení, umění plánování postupu služby.
- 3) Podpora vlastních kompetencí klientů – umění poskytovat emoční podporu, pomoc klientům s rozeznáním a vyjádřením jejich předností, schopností a silných stránek, umět klientům objasnit jejich práva, respektování práva klientů na chybné rozhodnutí a s tím spojená rizika, pomoc vyvíjet větší kontrolu na vlastním chování klientů, podpora získání informací, posílení schopností a rozšířit dovednosti, přímé vystupování v zájmu klientů.
- 4) Poskytování přiměřené služby – znalost možností a metod poskytování služeb i intervence, poskytování pomoci a služby v souladu s plánem spolupráce a pravidelné hodnocení plánu, znalost možných situací, které by mohly vytvořit riziko a ohrozit klienta nebo jeho okolí, organizace a koordinace poskytování pomoci, příprava vhodných podmínek pro ukončení služby.
- 5) Přispívat k rozvoji oboru, organizace, svého pracoviště – zapojení do programů, podporujících rozvoj sociálních služeb, orientovat se ve struktuře organizace, v jejích cílech a dodržování pravidel a režimu.
- 6) Odborně růst – vzdělávání, sledování vývoje zákonodárství v sociální oblasti a doplňování svých znalostí, využívání kontaktů, umění kritické reflexe a hodnocení vlastního rozvoje, schopnost zorganizovat si práci a dosáhnout vytyčeného cíle v určitém čase (Asociace rané péče České republiky, 2018).

Poradce v rodině by měl k výkonu své práce mít odborné předpoklady a mít znalosti o:

- 1) vývoji dítěte od narození do šesti let a vlivu postižení na vývoj,
- 2) postupech a technikách, které podporují optimální vývoj dítěte,
- 3) podpoře rodiny a dovednost uschopnit rodiče,
- 4) metodách práce s rodinou,
- 5) zákonitostech, procesech a organizaci služby,
- 6) kritériích kvality služby (Hradilková, 2018).

### ***1.3.2 Asociace rané péče České republiky***

Asociace rané péče České republiky je organizace, která funguje po celé České republice, jejímž posláním je prosazování oboru raná péče, sdružování poradců rané péče a dalších pracovníků v oboru. Asociace rané péče České republiky dále dohlíží na zajišťování vzdělávání pracovníků v rané péči, zastupuje zájmy pracovníků i pracovišť rané péče nebo se snaží o spolupráci jednotlivých pracovišť poskytujících ranou péči a jejich vzájemnou odbornou podporu. V organizaci jsou různé druhy členství, mezi které patří členství s garancí kvality, členství bez garance a čestné členství (Asociace rané péče České republiky, 2018).

## ***1.4 Dítě s postižením***

Téměř každý člověk se ve svém životě dočasně nebo trvale setká s nějakou vadou. Mnoho rodin má člena s nějakým postižením a mnoho zdravých lidí se stará o své příbuzné či přátele s postižením. Historicky byli lidé s postižením umístováni do různých sociálních zařízení či speciálních škol, ale v současné době je snaha o začleňování těchto jedinců (WHO, 2011).

Děti s postižením by neměly fungovat izolovaně, ale v kontextu rodiny a sociálního prostředí. Odhaduje se, že 200 milionů dětí mladších 5 let nedokáže dosáhnout svého potenciálu v kognitivním a sociálně-emočním vývoji. Zvyšuje se podíl dětí, kterým hrozí zakrnění či podvýživa, ale také dětí, které mají pozitivní screening na riziko postižení (WHO, 2011).

Když mluvíme o postižení, jde zejména o poruchu organismu. Porucha organismu může vznikat různými způsoby, na různých tělesných úrovních a v různých vyjádřených stupních. Vady mohou být:

- Vrozené – dítě se s poruchou již narodí. Může se jednat o dědičnou vadu nebo vrozenou vývojovou vadu. Dědičné vady se mohou vázat na chromozomy, autozomy či na chromozomy X nebo Y. Dědičné vady mohou být recesivně či dominantně dědičné nebo vzniknout mutací genu. Dále je můžeme rozdělit na vady polygenní či monogenní. Vrozené vývojové vady vznikají na základě vadného embryonálního vývoje, na který může mít vliv například infekce matky, různé léky, drogy, alkohol nikotin, které přicházejí z vnějšího prostředí. Nejohroženější část vývoje jsou první tři měsíce.
- Získané – ke vzniku poruchy dojde perinatálně nebo postnatálně. Ke vzniku poruch dochází vnějšími příčinami, mezi které patří například nedostatek kyslíku v krvi, různé infekce nebo krvácení. Kvůli těmto vnějším příčinám dochází ke změnám na orgánech a postihují funkce, které jsou s tímto orgánem spojené (Květoňová-Švecová, 2004).

Jednotlivá postižení můžeme rozdělit podle systému na:

- Tělesné postižení, u kterého dochází k poruše pohybového aparátu. Jedná se o poruchy struktury či funkce pohybového aparátu a mohou to být poruchy svalové, kostní či funkční.
- Smyslové postižení, které postihuje orgány zraku, sluchu, řeči, případně dalších smyslů.
- Mentální postižení, které postihuje myšlení nebo kognitivní funkce.
- Kombinované postižení, se kterým se u dětí setkáváme nejčastěji, jedná se o přítomnost postižení v kombinacích. Nejčastěji to bývá kombinace postižení tělesného a mentálního (Květoňová-Švecová, 2004).

#### ***1.4.1 Socializace dětí s postižením***

Socializaci chápeme jako proces, při kterém si jedinec osvojuje systém poznatků, postojů a forem chování, které mu pomáhají začlenit se do společnosti a aktivně se podílet na společenském životě. Socializace dětí, stejně tak dětí s postižením začíná již v rodinném



prostředí. V současné době se jedná o dvoustranné zaměření, kdy nejen, že rodiče předávají sociální dovednosti dětem, ale i děti svým způsobem učí rodiče (Lechta, 2010).

Procházka (2012) uvádí, že socializace trvá celý život a vzniká na základě sociálního učení, sociální komunikace a interakcí. V průběhu socializace se vyskytuje několik etap. První etapou je identifikace dítěte s matkou, další etapou je touha jedince po samostatnosti a hledání svého místa ve společnosti, a poslední etapou rozumíme začleňování jedince do širších sociálních vztahů a systému sociálních rolí. (Procházka, 2012).

Rozlišují se čtyři stupně socializace:

- Integrace – je považována za nejvyšší stupeň socializace. Jedná se o proces začlenění člověka do společnosti, který se přirozeně týká každé osoby ve společnosti. Potíž nastává v případě některých minoritních skupin, například etnických menšin nebo osob s postižením, které se od majoritní společnosti liší. V těchto případech je vhodné vytvářet vhodné podmínky a integraci podporovat. Sociální integrace tedy znamená rozvinutí společenského systému, jehož součástí jsou hodnoty a ideje majority i minority (Slowík, 2016).
- Adaptace (dle Arnoldové, 2011), kdy se jedinec s postižením dokáže zapojovat do společnosti za určitých podmínek.
- Utilita – jedinec s postižením se zapojuje do společnosti, ale pod dohledem nebo s dopomocí druhých lidí.
- Inferiorita – jedinec s postižením je ze společnosti vyřazen, je mimo možnosti socializace (Arnoldová, 2011).

Člověk s postižením se do společnosti integruje v mnoha oblastech, například sem patří školská integrace, jedná se například o zařazování dětí s postižením do běžných tříd, dále pracovní integrace, která obsahuje zaměstnávání osob s postižením nebo společenská integrace, do které patří bezbariérové přístupy, sociální pomoc a podporování samostatného způsobu života (Slowík, 2016).

Dle WHO je zde několik škál integračních stupňů:

- 1) Sociálně integrovaný – člověk s postižením není omezen na plné účasti při veškerých společenských činnostech;

- 2) inhibovaná účast – postižení pro osobu znamená mírné omezení;
- 3) omezená účast – osoby s postižením se nezúčastňují společenských činností, je ovlivněno manželství, sexuální život a podobně;
- 4) zmenšená účast – osoby s postižením nejsou schopné navázat nahodilé kontakty a jsou omezeny na přirozené vztahy s rodinou;
- 5) ochuzené vztahy – osoby s postižením jsou omezené ve fyzickém, psychickém nebo sociálním vývoji;
- 6) redukované vztahy – osoby s postižením udržují vztahy pouze s vybranými skupinami či jedinci;
- 7) narušené vztahy – osoby s postižením neudržují trvalejší vztahy;
- 8) společenská izolovanost – jedná se o specifické případy segregace (Slowík, 2016).

#### ***1.4.2 Rodina s dítětem se zdravotním postižením***

Prvním modelem, se kterým se setkává dítě je rodina, která zásadně ovlivňuje osobní vývoj dítěte a jeho vztahy. Za rodinu jsou považováni společně bydlící a hospodařící manželé nebo partneři s dítětem nebo dětmi, popřípadě jeden rodič s dítětem nebo dětmi (Krebs, 2007).

Každá rodina by měla plnit čtyři základní funkce, a to funkci biologicko-reprodukční, ekonomicko-zabezpečovací, emocionální a výchovnou. Tyto funkce se dají ovlivnit a závisí na různých podmínkách, jako je počet členů rodiny, vzdělání rodičů nebo věk rodiny.

- Biologicko-reprodukční funkce zajišťuje zdravý biologický rozvoj členů rodiny, zabývá se například oblastí pohlavního života manželů.
- Ekonomicko-zabezpečovací funkce zajišťuje hmotné podmínky a potřeby celé rodiny.
- Emocionální funkce zajišťuje intenzivní citové vztahy rodiny. Rodinné prostředí by mělo být optimistické a láskyplné. V rodině by měla panovat důvěra, spolupráce a sounáležitost.
- Výchovná funkce spočívá v působení rodiny na dítě, které je cílevědomé a dlouhodobé (Grecmanová et al., 2003).

V rodině, kde se narodí dítě s postižením je život změněn obavami, starostmi a požadavky, které plynou z péče o dítě. Během zjišťování diagnózy může rodina prožívat starost, strach a smutek, jsou ve fyzickém i psychickém vypětí, často rodině chybí informace pro rozhodování a mají méně společně stráveného volného času. Kvůli tomu se často rodiče cítí nepřipravení, skeptičtí a cítí strach ohledně budoucnosti (Doskočilová et al., 2012).

Jakákoli závažnější nemoc ovlivňuje život celé rodiny, a to tak, že se mění obsah rolí členů rodiny, jejich životní styl a někdy i jejich hodnoty a normy (Vágnerová, 2012). Vágnerová (2014) uvádí, že období, ve kterém se rodiče dozvědí, že je jejich dítě postižené, můžeme označovat jako fázi krize rodičovské identity, při které rodiče reagují na nepříznivou odlišnost jejich dítěte. Této fázi může předcházet fáze nejistoty. Tato fáze může být velmi krátká, rodiče si při ní uvědomují, že jejich dítě se odlišuje, ať už vzhledem nebo projevy, ale postižení u něj ještě není potvrzeno.

Slowík (2016) uvádí tyto fáze coping processu:

- Fáze šoku a popření – v této fázi rodina odmítá uvěřit diagnóze, zhrouť se její naděje a očekávání. V této fázi je ideální rodině zprostředkovat ranou péči, jednat se členy rodiny citlivě a poskytnout jim dostatek informací.
- Fáze akceptace a vyrovnávání se s problémem – při této fázi rodina přijímá realitu a hledá viníky. Často tak dochází k rozpadu rodiny. Je proto velmi důležitá pomoc od odborníků i blízkého okolí.
- Fáze smíření a realismu – v této fázi rodina dojde k uvědomění si skutečnosti, přijímá ji a na situaci a osobnost dítěte začíná realisticky nahlížet (Slowík, 2016).

### ***1.4.3 Sourozenecké vztahy***

Postavení v rodině i očekávání rodičů bývají pro sourozence dítěte s postižením odlišné. Děti si uvědomují, že jejich sourozenec s postižením je zvýhodňován, tolerují to a uvědomují si rozdílný přístup rodičů. Tímto se u nich rozvíjí ohleduplnost, tolerance a ochota pomáhat slabším. Na druhou stranu může být dítě s postižením pro svého sourozence zdrojem stresu (Vágnerová, 2014). Doskočilová et al. (2012) uvádí, že sourozenci dětí s postižením většinou přenechávají větší pozornost rodičů svému sourozenci, který mívá privilegia a je opečováván více než jeho sourozenci.

Psychologové vyzorovali, že děti, které mají sourozence s postižením, v pozdějším věku mohou trpět například poruchami chování, depresemi, úzkostmi, výchovnými problémy nebo narušením vztahu k sourozenci. Tyto obtíže mohou trvat v mnohých případech až do dospělosti. Je potřeba, aby byli sourozenci ujišťováni, že kdykoli mohou přijít za rodiči, kdyby chtěli něco vědět, také potřebují čas, který jim rodiče věnují individuálně, pozornost od odborníků, kteří pracují s rodinou a potřebují vědomí, že je rodiče poslouchají, respektují jejich názory a oceňují jejich vztahy (Doskočilová et al. 2012).

#### ***1.4.4 Styly rodinné výchovy dítěte s postižením***

Dle Slowíka (2016) může rodina při výchově dítěte s postižením využívat několik stylů. Patří mezi ně protekcionistická výchova, kde rodina dítěti poskytuje nadměrnou péči, dítě může být v některých ohledech protěžováno a nezískávat tak adekvátní kompetence. Dalším stylem výchovy uplatňovaným při výchově dítěte s postižením je perfekcionistická výchova, kdy rodina na dítě klade nepřiměřené nároky, snaží se je nadměrně stimulovat k překonání handicapu a vlastní stigmatizace. Jiným stylem výchovy může být také výchova realistická, kdy rodina dítě motivuje, aby dosahovalo maximálních hranic svého rozvoje, ale zároveň rodina respektuje nepřekonatelná omezení plynoucí z jeho postižení (Slowík, 2016).

Dle Fišera et al. (1968) dalším stylem rodinné výchovy může být výchova rozmazlující, při které jsou rodiče na dítě s postižením přehnaně upoutaní. Strach z toho, aby se dítěti něco nestalo vyvolává omezení činností, které se rodičům zdají nebezpečné a následkem může být vzpoura, odpor, apatie nebo podřízení se dítěte vůči rodičům. Posledním stylem výchovy může být výchova zavrhuje, vyskytující se ve skrytých formách. Dítě s postižením zde v rodičích vzbuzuje pocity neštěstí (Fišer et al., 1968).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Pro svou bakalářskou práci jsem stanovila tyto cíle:

- 1) Popsat spokojenost sociálních pracovníků pracujících ve středisku rané péče.
- 2) Popsat jaké možnosti dalšího vzdělávání poskytuje středisko rané péče sociálním pracovníkům.
- 3) Popsat, jaká je informovanost cílové skupiny o službě rané péče.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Pro naplnění cílů jsem zformulovala tyto výzkumné otázky:

- 1) Jaká je spokojenost sociálních pracovníků pracujících ve středisku rané péče?
- 2) Jaké jsou možnosti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků ze středisek rané péče?
- 3) Jaká je podle sociálních pracovníků informovanost o službě rané péče u cílové skupiny klientů?

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

**Raná péče** – jedná se o terénní službu, která může být doplněna ambulantní formou služby. Je poskytována rodinám s dětmi ve věku od 0 do 7 let, které jsou zdravotně postižené nebo je jejich vývoj ohrožen. Služba se zaměřuje na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

**Sociální pracovník** – *vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zajišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb* (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

**Sociální poradenství** – je činnost zaměřená na poskytování informací o možnostech a způsobech řešení obtížné sociální situace, o subjektech poskytujících pomoc a jednotlivé formy, včetně sociálních služeb. Součástí sociálního poradenství je i terapeutická činnost (Matoušek, 2008).

**Uživatel služby** – jedná se o fyzickou nebo právnickou osobu se zvláštními potřebami, na které reagují jednotlivé sociální služby (Matoušek, 2016).

**Pečující osoba** – osoba pečující o příbuzného, přítele nebo souseda bez formální smlouvy a bez nároku na mzdu. Péče může mít komplexní, občasnou nebo parciální formu (Matoušek, 2008).

**Vzdělávání sociálního pracovníka** – nejméně 24 hodin dalšího vzdělávání sociálního pracovníka za kalendářní rok je zaměstnavatel povinen zabezpečit. Formy dalšího vzdělávání sociálních pracovníků mohou být například odborné stáže, účasti na školících akcích nebo konferencích, účasti na kurzech s akreditovaným programem nebo specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

**Klient sociálních služeb** – osoba využívající sociální služby. Může se jednat o jednotlivce, rodinu, skupinu nebo komunitu (Matoušek, 2008).

**Klíčový pracovník** – sociální pracovník, který osobně dohlíží na klienta, který je účastníkem skupinového programu. Klíčový pracovník vypracovává plán péče, koordinuje součinnost s jinými službami a odborníky a dále může s klientem konzultovat jeho osobní problémy (Matoušek, 2008).

**Informovaný** – člověk, který je něčeho znalý, poučený nebo o něčem zpravený (Harvánek, 2011).

**Bariéra** – jde o nepředvídanou či objektivní překážku. Bariéry mohou být náhodné nebo záměrně vytvořené a mohou být překážkou v jednání (Harvánek, 2011).

## 3 Metodika

### 3.1 Použité metody a techniky sběru dat

K naplnění cílů bakalářské práce byla u základního výzkumného souboru zvolena kvalitativní výzkumné strategie, při které se hledají nové informace a ty se současně s jejich sběrem i analyzují (Hendl, 2016). Dle Strausse et al. (2008) hlavním rozdílem, který rozlišuje kvalitativní výzkum od kvantitativního, jsou metody, kterými byla data analyzována. Data, která byla získána kvalitativním výzkumem nelze dále kvantifikovat ani statisticky analyzovat (Strauss et al., 2008).

Cílem strategie kvalitativního výzkumu je získat podrobnou charakteristiku a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události či fenoménu v autentickém prostředí. Nevýhodou je, že výsledky nelze zobecnit na populaci a jsou snadněji ovlivnitelné individuálními preferencemi výzkumníka (Hendl, 2005).

Data byla získána pomocí metody dotazování použitím techniky semistrukturovaného rozhovoru. Jedná se o seznam předem připravených otázek nebo témat, která se můžou v průběhu doplňovat nebo měnit (Ryšavý, 2002). Miovský (2006) uvádí, že se jedná o zřejmě nejrozšířenější podobu metody rozhovoru. Nejprve je potřeba připravit si určité schéma rozhovoru, které specifikuje okruhy otázek. V průběhu rozhovoru je možné měnit pořadí otázek a ptát se na doplňující otázky, abychom si ověřili, že jsme správně pochopili odpověď (Miovský, 2006). Dle Hendla (2016) je na začátku rozhovorů nutné zajistit souhlas se záznamem a popřípadě překonat psychické bariéry. Důležité je také zakončení rozhovoru, kde je možné získat více důležitých informací (Hendl, 2016).

Rozhovory trvaly 10 až 25 minut a konaly se zvoleným způsobem informantek. Většina rozhovorů probíhala přes mobilní telefon, některé online přes Zoom a některé se konaly osobně přímo v organizaci. Rozhovory nejprve začaly úvodní fází, do které byly zahrnuty základní sociodemografické údaje informantek, následně byly získávány odpovědi na otázky. Rozhovory často pokračovaly i po ukončení nahrávání. Stalo se, že dotazované projevíly zájem si povídat i nadále, a tak následovala uvolňovací fáze, při které byl otevřen prostor pro jiné oblasti.



Rozhovory byly následně přepsány v Microsoft Word, dále vytištěny a podrobeny analýze. Některé informantky požádaly o přeposlání přepsaného rozhovoru k následné kontrole.

**Tabulka č. 1:** Okruhy indikátorů výzkumných otázek

Výzkumná otázka	Technika sběru dat	Indikátory
Jaká je spokojenost sociálních pracovníků v daném středisku rané péče?	Polostrukturovaný rozhovor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolektiv pracovníků</li> <li>• Supervize a intervize v práci</li> </ul>
Jaké jsou možnosti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků ze středisek rané péče?	Polostrukturovaný rozhovor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oblasti vzdělávání</li> <li>• Kolektivní vzdělávání</li> <li>• Sebevzdělávání</li> </ul>
Jaká je podle sociálních pracovníků informovanost o službě rané péče?	Polostrukturovaný rozhovor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informovanost laické veřejnosti</li> <li>• sociální sítě</li> <li>• informace od lékařů</li> <li>• Informovanost odborné veřejnosti</li> <li>• poskytování informací potenciálním klientům</li> </ul>

Zdroj: vlastní výzkum

### 3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří sociální pracovnice – poradkyně rané péče ze středisek rané péče z Jihočeského kraje. Kontakt na informantky jsem získala pomocí metody sněhové koule, která je dle Miovského (2006) jednou z nejpoužívanějších metod v oblasti kvalitativního výzkumu. Metoda sněhové koule se charakterizuje účelovým vybráním jednoho informanta, prostřednictvím kterého získáme informace a kontakty na další informanty (Miovský, 2006).

Všechny informantky byly osloveny nejdříve pomocí telefonického kontaktu a nadále jsme spolu komunikovaly přes telefon nebo e-mail. Informantky byly z různých středisek rané péče v Jihočeském kraji.

**Tabulka č. 2:** Charakteristika účastníků výzkumu

<b>Informantky</b>	<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	<b>Délka praxe</b>
I1	Vyšší odborná škola obor Sociální pedagog	1,5 let
I2	Bakalářský titul obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory	2,5 let
I3	Bakalářský titul obor Sociální a charitativní práce	7 let
I4	Bakalářský titul obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory	6 let
I5	Magisterský titul obor Učitelství v mateřské škole	0,5 let
I6	Magisterský titul obor Speciální pedagogika	9 let
I7	Bakalářský titul obor Sociální a charitativní práce	3 roky
I8	Bakalářský titul, obor Sociální práce a sociální politika	6 let
I9	Magisterský titul obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory	15 let
I10	Magisterský titul obor Psychologie	10 let
I11	Magisterský titul obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory	9 měsíců
I12	Pedagogické minimum, rekvalifikační kurz pracovníka v sociálních službách	5 let
I13	Bakalářský titul obor Speciální pedagogika pro předškolní věk	2,5 roku
I14	Magisterský titul obor Psychologie	21 let

Zdroj: vlastní výzkum

### ***3.3 Charakteristika středisek rané péče v Jihočeském kraji***

Dle registru poskytovatelů sociálních služeb je v Jihočeském kraji 6 středisek poskytujících ranou péči, navíc v Jihočeském kraji také funguje služba rané péče Centra pro dětský sluch Tamtam, která je registrována mezi službami sociální prevence Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky.

## **Raná péče centra ARPIDA**

Raná péče při centru Arpida je poskytována rodinám s dětmi od 0 do 7 let s tělesným nebo kombinovaným postižením nebo s ohroženým vývojem. Služba je poskytována na území Jihočeského kraje a zaměřuje se na program včasné odborné pomoci, na vývoj dítěte a usiluje o zlepšení kvality života dítěte i jeho rodiny. Mezi služby, které se v rámci rané péče poskytují patří například práce s konceptem bazální stimulace, zprostředkování pedagogicko-psychologického poradenství nebo nabídka odborných přednášek, seminářů a kurzů. V současné době má raná péče při centru Arpida 3 poradkyně rané péče a kapacitu 55 klientů (Arpida, ©2021).

## **I my**

Raná péče I my poskytuje pomoc rodinám s dětmi se zdravotním postižením, ohroženým či opožděným vývojem, autismem či předčasně narozenými dětmi. V rámci služby poskytují rodinám odborné pedagogické, psychologické i sociální poradenství. Raná péče I my poskytuje službu 70 klientům a má 4 poradkyně rané péče (I MY pomáháme, ©2021).

## **Středisko pro ranou péči České Budějovice**

Středisko pro ranou péči České Budějovice prostřednictvím svých poboček poskytuje zejména odborné služby rané péče, podporu a pomoc rodinám, ve kterých se narodilo dítě se zrakovým nebo kombinovaným či jiným postižením. Středisko pro ranou péči České Budějovice má 10 pracovníků, kteří poskytují služby 125 rodinám. (Společnost pro ranou péči, z.s., ©2021).

## **APLA Jižní Čechy**

Raná péče APLA Jižní Čechy je služba pro rodiny s dětmi s autismem do 7 let věku z Jihočeského kraje. Poskytují podporu rodičům a dítěti, pomáhají s nasměrováním na další odborníky, informují o možnostech dítěte. APLA Jižní Čechy v současné době poskytuje službu 50 klientům. Službu zde poskytuje 5 poradců rané péče (APLA Jižní Čechy, z.ú., ©2007-2021).

### **Raná péče Autis Centrum**

Cílovou skupinou rané péče Autiscentra jsou děti do 7 let věku s podezřením nebo diagnostikovanou poruchou autistického spektra. Služba je poskytována rodinám z Jihočeského kraje. V rámci služby se například sestavuje individuální plán dítěte, zapůjčují se pomůcky nebo se rodiče seznamují s přístupy a metodami práce, které jsou vhodné pro osoby s autismem. V rané péči při Autis centru je v současné chvíli 6 poradců rané péče, poskytujících služby 50 klientům (Autis centrum, o.p.s., ©2021).

### **Raná péče v Centru Kaňka**

Cílovou skupinou rané péče v Kaňka o.p.s. jsou děti s mentálním, tělesným, smyslovým nebo kombinovaným postižením z Tábora a okolí. Cílem rané péče je například poskytnutí sociálního poradenství, sociálně terapeutické činnosti nebo pomoc při uplatňování práv. Raná péče v Centru Kaňka poskytuje své služby 25 klientům. V současné době jsou zde 3 poradci rané péče (Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o.p.s., ©2018).

### **Služba rané péče Centra pro dětský sluch Tamtam**

Služba rané péče Centra pro dětský sluch Tamtam je poskytována rodinám s dětmi se sluchovým postižením od 0 do 7 let věku. Cílem služby je orientace rodiny v situaci spojené s péčí o dítě s postižením a jeho výchovou. Služba rané péče Centra pro dětský sluch Tamtam má v Jihočeském kraji přibližně 20 klientů a poskytují ji 2 poradci rané péče (Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s., ©2021).

## ***3.4 Metody zpracování dat***

Nahrané rozhovory s informantkami jsem následně přepsala. V zapsaných rozhovorech jsem vynechala části, které nebyly součástí tématu, rozhovory jsem si následně vytiskla a důkladně pročítala. Oporou mi bylo zvýrazňování určitých podobností ve výpovědích informantek.

### **3.4.1 Metoda zakotvené teorie**

U metody zakotvené teorie se nejdříve začíná výzkumnou částí, u které díky zkoumaným oblastem následně vyplynou významné věci. (Miovský, 2006). Dle Hendla (2016) má zakotvená teorie tři hlavní prvky. Jsou to koncepty, kategorie a propozice (Hendl, 2016).

Dále jsem ve výzkumu u každého rozhovoru vytvořila několik kódů pomocí tzv. otevřeného kódování, které je jednou z metod zakotvené teorie. Dle Hendla (2016) se jedná o odhalení určitých témat v datech. Tato témata mají vztah k výzkumným otázkám, použité literatuře nebo pojmům, které použili účastníci výzkumu (Hendl, 2016). Miovský (2006) dále uvádí, že otevřené kódování vymezuje pojmy, jež jsou si významově blízké a mají stejné pocity a jevy. Seskupením těchto pojmů vznikají kategorie (Miovský, 2006). V rámci výzkumných otázek mi z realizovaných rozhovorů s informantkami vyplynuly následující oblasti:

- 1) Kontakt sociálních pracovníků s klienty
- 2) Ideální spolupráce s klienty
- 3) Bariéry ve vztahu s klienty
- 4) Supervize a intervize ve střediscích rané péče
- 5) Informovanost o rané péči
- 6) Vzdělávání v rané péči

### **3.5 Etika výzkumu**

Před začátkem výzkumu byly informantky seznámeny s názvem bakalářské práce, jejími cíli a průběhem výzkumu. Dále byly informovány o možnosti kdykoli odmítnout odpovídat na otázky a možnosti z výzkumu kdykoli vystoupit v jakékoli fázi. Informantky mi poskytly ústní informovaný souhlas, který byl nahrán na diktafon nebo mobilní telefon na začátku každého rozhovoru.

Každý rozhovor začínal úvodní fází, která vedla k vytvoření příjemné atmosféry a součástí rozhovorů byla také závěrečná fáze, kde měly informantky prostor pro zpětnou vazbu nebo dodání dalších informací, které je k tématu napadly.

Informantky byly ujištěny, že je zajištěna jejich anonymita. Během výzkumu informantky poskytly pouze informace o jejich vzdělání, jiné identifikační údaje, které by vedly k možnému rozpoznání informantek nebyly požadovány.

## 4 Výsledky

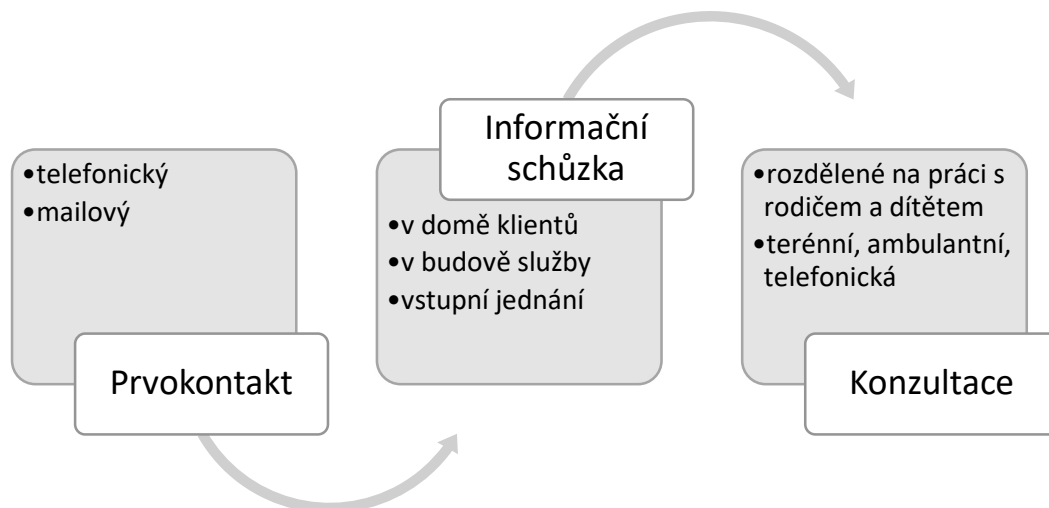
Výsledky své práce prezentuji ve třech podkapitolách rozdělených podle stanovených výzkumných otázek.

### VO1: Jaká je spokojenost sociálních pracovníků pracujících ve středisku rané péče?

Podkategoriemi této výzkumné otázky jsou oblasti 1–4, které vyplynuly díky otevřenému kódování. V těchto oblastech se zjišťují formy kontaktů probíhajících mezi poradkyněmi rané péče a klienty, dále jak vidí sociální pracovnice ideální spolupráci s klienty, jestli se poradkyně setkaly s nějakými bariérami ve vztahu s klienty a popsání důležitosti supervizí a intervizí ve střediscích rané péče.

*Oblast č. 1: Kontakt sociálních pracovníků s klienty*

#### Obrázek 1: Kontakt sociálních pracovníků s klienty



Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 1 ukazuje, jak raná péče v jednotlivých službách probíhá od prvního kontaktu poradců rané péče s klienty, kterými rozumíme rodinu s dítětem s postižením, po pravidelné konzultace. První kontakty zpravidla probíhají ve všech raných péčích pomocí telefonického kontaktu nebo e-mailové pošty. Služba je postavená na tom, že klienti si o ni musí zažádat a následně se k rodinám vyjíždí na první informativní schůzku, která probíhá v budovách služby nebo v domácnosti klientů.

Následující schůzky se v jednotlivých službách neshodují, někde po informativní schůzce následuje vstupní jednání, kde se s klienty podepisuje smlouva, a v některých následují pravidelné konzultace.

Nadále konzultace probíhají u klientů doma a většinou se jich účastní rodiče s dítětem s postižením, ale je možné na konzultaci přizvat také sourozence, prarodiče nebo širší rodinu. Intenzita je individuální u každé rodiny. Informantky se shodovaly, že ze začátku je kontakt pravidelnější, většinou jednou za 2-4 týdny a postupem času, u starších dětí, se intenzita setkávání s rodinou prodlužuje. Stále však klienti mají možnost telefonické konzultace s poradkyní rané péče.

Informantka č 5 kontakt s klienty popisuje: *„V první řadě by měla rodina kontaktovat nás, ta služba je postavená na tom, že ta rodina si nás musí vyžádat. Takže oni si nás pozvou, my se s nima domluvíme na informační schůzce, kdy už jezdíme k nim domů. Na té schůzce jim řekneme, jak služba probíhá, jakou máme cílovou skupinu, co nabízíme za služby a podobně.“*

Informantka č. 9 dále uvádí: *„Pokud spadají do naší cílové skupiny, tak si s nimi domluvíme vstupní jednání a pokud do ní nespádají, tak doporučíme jinou ranou péči, kde mají cílovou skupinu, do které by rodina spadala.“*

Průběh schůzky informantka č. 1 popisuje následovně: *„Já osobně to mám třeba rozdělený, že chvíli pracuju s rodičem, a pak chvíli pracuju s dítětem, takže třeba podle věku dítěte, tím že v rané péči, máme ty děti od narození do sedmi let, tak každý to dítě udrží pozornost jinak, takže třeba pracuju třičtvrtě hodinky s dítětem, po zbytek doby s rodičem nebo opačně. Nebo třeba půl hodiny s dítětem podle toho, kolik pozornosti mi věnuje, určitě to je jako nenásilnou formou.“*

Dále informantka č. 6 popisuje kontakt s klienty: *„V první řadě by měla asi rodina kontaktovat nás, ta služba je postavená na tom, že ta rodina si nás musí jakoby vyžádat, takže oni se nám ozvou, my se s nima domluvíme na informační schůzce, na prvním setkání, kdy už jezdíme k nim domů. Na té informační schůzce my jim řekneme, jak služba probíhá, jakou máme cílovou skupinu, co nabízíme za služby a podobně. V tu chvíli má rodina ještě možnost říct: ‚Aha, tak to asi nejste úplně pro nás.‘ Pokud jim to vyhovuje, tak si domlouváme další schůzku, která za normální situace probíhá u nás ve středisku,*



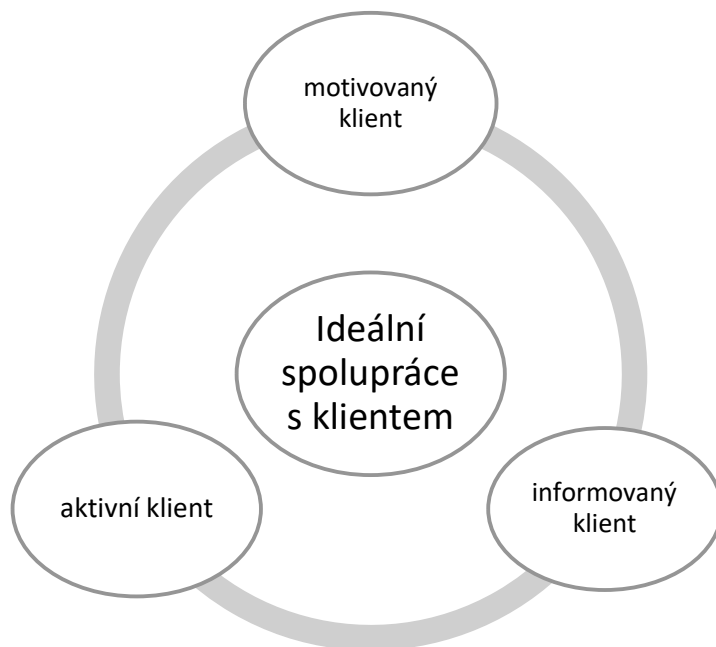
*kde se společně s metodikem bavíme o potřebách rodiny, rodina s námi sdílí svůj příběh, co už mají za sebou, jestli už má dítě nějaké diagnózy a podobně.“*

Informantka č. 4 k rozdělení schůzek komentuje: *„Na konzultace se jezdí zhruba jednou za měsíc a ty konzultace se rozdělují na dvě části, kdy ta první část se věnuje dítěti, vývoji, jak ho podpořit v různých oblastech, kde třeba selhává a ta druhá část je zaměřena na rodinu – na to, co právě potřebují, co právě řeší, kontakty na odborníky, kam se můžou obrátit. Taková podpora rodiny.“*

K intenzitě konzultací se vyjadřuje informantka č. 8 následovně: *„Já teda opravdu musím říct, že se snažím, kor když je to nová rodina, tak ze začátku opravdu jednou za 14 dní za nimi jezdit. Mám radši kvalitu nad kvantitou, takže se snažím rodinu poznat, protože ze začátku si musíte udělat nějaký vztah s tím dítětem, ale zároveň získat důvěru od rodičů a do toho oni vám všechno neřeknou na první schůzce. Někdo ano, někdo vám řekne hodně věcí na první schůzce a od někoho se to dozvíte třeba až na desátý. Takže musím říct, že do těch nových rodin se snažím jezdit jednou za 14 dní, ale jsme neustále v kontaktu. Maminky mi volají i během těch 14 dní, jestli jde všechno, co jsem jim doporučila, buď to cvičení nebo procvičování, něco na porozumění a tak podobně.“*

## Oblast č. 2: Ideální spolupráce s klienty

**Obrázek 2:** Ideální spolupráce s klienty



Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 2 ukazuje, že ideální spolupráci s klienty většina informantek vidí v aktivitě, motivovanosti a informovanosti klienta. Některé informantky uvedly, že ideální na službě rané péče je to, že klienti přichází dobrovolně a většinou chtějí od poradkyň pomoci. Dále informantky uváděly, že jsou důležité rodičovské kompetence.

Informantka č. 14 uvádí: „Podle mě neexistuje ideální klient, spolupráce nebo ideální sociální pracovník.“

Naopak informantka č. 3 říká, že: „Ideální je vnitřně motivovaný klient, který je plně kompetentní řešit svojí životní situaci pouze s drobnou pomocí, nápovědou.“

Informantka č. 13 ideální spolupráci popisuje takto: „Tak samozřejmě jde o to, že cítím, že rodina má zájem o konzultace, o tu službu rané péče, že to pro ně má nějaký přínos. My jsme zvyklí se na konci každé konzultace doptávat, získávat zpětnou vazbu od rodiny, takže ptát se, jestli jim to takhle vyhovuje, jestli chtějí něco jinak, takže i na základě toho vlastně já získávám ty informace.“

Informantka č. 9 si myslí: „Úplně nejideálnější by bylo, kdyby si klient dokázal říct, co potřebuje, aby ta daná služba byla pro něj, co nejvíc vyhovující. Ideální je opravdu, když si klienti dokážou říct, co chtějí, k tomu my máme nástroje, abychom je k tomu dovedli. Pak je super, když ty informace, které jim podáme v rámci sociálního poradenství nebo v rámci podpory dítěte, dokážou využít.“

Informantka č. 11 uvádí, že: „Ti klienti nás chtějí, takže tahle služba je v tomto ideální, ale samozřejmě záleží na tom klientovi, jak je formovaný, jak chce pracovat s dítětem, jak je aktivní a jaké má rodičovské kompetence, to je také důležité.“

O rodičovských kompetencích se dále zmiňuje i informantka č.8: „Já můžu udělat hodně, ale nejvíc udělej rodiče a na to já je upozorňuju, že já jim můžu dát takovej návod, jak s dítětem pracovat, můžu jim doporučit cvičení, můžu jim odporučit vyšetření, to každopádně, ale ta největší práce je na nich.“

Informantka č. 2 si myslí, že ideální spolupráce s klienty by měla vypadat následovně: „Aby rodiče plnili naše doporučení. Protože my je samozřejmě nemůžeme do ničeho nutit nebo jim něco přikazovat a dáváme jim doporučení, jak s dítětem pracovat, nebo co zrovna teď dělat, nebo jestli už ho dát do školy nebo ne. Většinou se toho rodiče obávají a nechtěj dát dítě třeba už ve třech letech do školky, tak ideální by bylo, kdyby nás trochu víc vnímali a dbali, ale je pravda, že potom to těm rodičům většinou dojde po nějakým čase, ale často jim ty věci opakujeme.“

### *Oblast č. 3: Bariéry ve vztahu s klienty*

Následující oblast se zabývá konkrétními bariérami, které by mohly vzniknout ve vztahu s klienty. Některé informantky si na žádnou konkrétní bariéru ve vztahu nevzpomněly. Ve výpovědích se opakovaly například nedostatečné rodičovské kompetence, jazykové bariéry či nekontaktní rodiny. Informantky vypovídaly, že těžké pro ně bylo například nemožnost poskytování služby kvůli pandemii COVIDU-19.

Informantka č. 12 uvádí: „Určitě jsem se s bariérou setkala. Prvokontakt děláme ve dvou a v organizaci z důvodů bezpečnosti. Bariéry mohou být v oblasti patologický rodič, agresivní rodiče nebo prarodiče, slabá rodina.“

Informantka č. 10 ve výpovědi zmiňuje pandemii: „V současné situaci mě napadá, že určitá bariéra je nemožnost poskytovat službu osobně nebo v té kvalitě, ve které bychom

*chtěli, což bylo v současné době kvůli COVIDU-19, ale zase to pro nás byla výzva, jak udělat tu službu, aby mohla být poskytována, takže my vlastně jedeme celou dobu, přizpůsobujeme to těm možnostem, které jsou dané.“*

S konkrétní bariérou se setkala informantka č. 6: *„Napadá mě, že jsme měli rodiny, které byly naprosto nekontaktní a muselo dojít k ukončení služby z naší strany, jelikož jsme nebyli schopní je víc jak půl roku kontaktovat, oni se nám neozývali ani na dopisy a podobně, tak to je jeden extrém, pak si vybavím rodinu, kde to opravdu bylo komunikačně náročné, že maminka opravdu měla své představy, své myšlenky a vůbec nepřistoupila na to, že ať my nebo jiní odborníci jí říkájí nějaké jiné věci nebo že ta diagnóza znamená něco jiného, tak tam to bylo velice náročné v tom, že se s tou maminkou nedalo na ničem domluvit, ale to byl jeden takový extrémnější případ.“*

Informantka č. 7 líčí: *„Bariéry mohou být, pokud je klient nemotivovaný, třeba když je ta motivace ve vnějším činiteli, což může být třeba OSPOD nebo někdo z rodinných příslušníků. Takže samozřejmě pokud nemáte motivaci ke změně, tak ta práce je pro pracovníka náročnější, protože demotivovaný klient sám tu změnu nechce vidět a neudělá. My máme štěstí, že máme více těch motivovaných rodičů. V těch bariérách se můžeme bavit o nějakým tenkým ledu toho, kdy právě jako z pozice profesionála vidíte nějaký věci, který by byly fajn, aby se v rodině změnilo, ale je potřeba, aby to vnímal ten rodič, jinak se pak stává, že tu změnu by chtěl pracovník, ale ten rodič si to neuvědomuje. Třeba změnu přístupu v jednání s dítětem, dejme tomu například v oblasti trestů. Je to to, kdy se dítě zákonitě nemůže posouvat, pokud rodič nezmění přístup. Je to natolik citlivé téma, které buďto dokážete nějakým způsobem citlivě vnést, aby ten náhled rodiče mohl vůbec vzniknout. Tady ten úsek je nejtěžší v tom, při práci s tím rodinným systémem, pokud si chcete zachovat partnerství a nechcete zůstat v direktivitě.“*

Informantka č. 3 říká: *„My se snažíme jít cestou partnerskou, abychom nebyli, ti, co vedou a rodič musí poslouchat jako ve škole a vlastně se tam snažíme hodně budovat důvěru, a to je to, co někdy může trvat měsíc, někdy to trvá rok nebo dva. A s tím vlastně souvisí ty bariéry, musíme se opravdu na toho klienta naladit a zjistit, co je ten jeho vnitřní motiv, nebo co je ta potřeba, velký trápení, který nám může bránit ve spolupráci.“*

Informantka č. 11 se k tomu vyjadřuje: *„Tak samozřejmě může být jazyková bariéra, a pak je to spíše o limitech rodiny. Jak limity finanční, materiální, limity, co se týče*

*rodičovských kompetencí, popřípadě můžou být nějaké limity, co se týče rodičů a jejich nastavení. “*

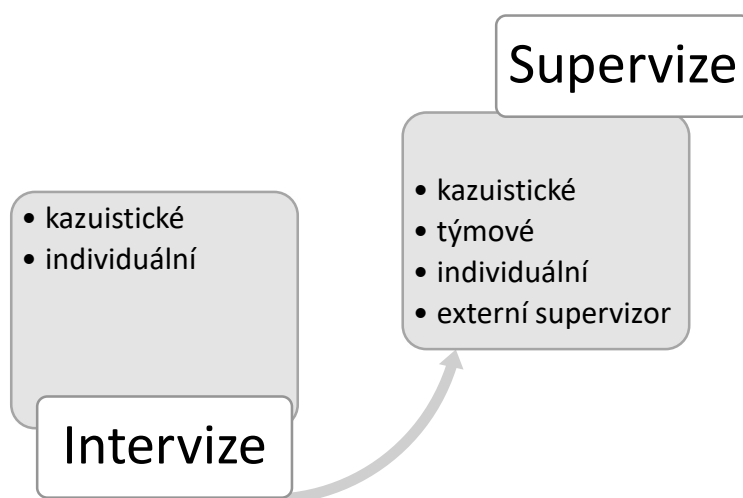
*Informantka č. 13 vypráví: „Nevím, jestli se to dá nazvat úplně bariérou, ale mám rodinu, kde jsou oba rodiče neslyšící, takže je nutná přítomnost tlumočnicka, což se musím přiznat pro mě není komfortní, jednak z hlediska komunikace, ale také nemám jistotu na kolik se ty informace dostanou přesně přes ten překlad, nevím to pochopení a tak. Tak to bych řekla, že je taková spíš komplikace. Pak samozřejmě, když je rodina, která je z ne úplně vyhovujícího sociálního prostředí nebo rodina, kde ten rozvoj dítěte není tolik stimulující, tak to je spíše o změně přístupu a o jiných metodách práce. Nic zásadního mě teď ale nenapadá. “*

*Některé informantky se s žádnou bariérou ve vztahu nesetkaly, například informantka č. 1: „Zatím ne. Vycházíme se všema vstříc, i když někdy samozřejmě jsou nemoci a je domluvená schůzka, ale dva dny předtím třeba zavolají: ‚Nemůžeme, jsme nemocný.‘ Vždycky je to o tom, že se to dá přehodit. Nesetkala jsem se, že by byla nějaká velká překážka v práci. “*

*Informantka č. 8: „Abych pravdu řekla, tak jsem se asi s žádnou bariérou nesetkala. My nabízíme i psychologickou podporu, takže se mi v několika případech i stalo, že rodiče se zeptali, jestli nemáme někoho. A to jsou rodiny, které se vám hned otevrou, protože to trápení mají. Někdo si to nechce přiznat, ale to se dá poznat. Nesmíme na rodiče tlačit, musíme je nechat, aby v nás získali tu důvěru. Nesetkala jsem se s někým, kdo by měl nějaký problém. Myslím, že vždycky jsem se s rodiči domluvila, ale musíme vycítit, jestli se můžeme zeptat nebo počkat. Tak jak říkám, nemám s tím žádný problém. “*

*Informantka č. 9: „S bariérou jsem se nesetkala přímo. Občas ta komunikace nebo ten vztah, než navážeme trvá, ale většinou se to po pár konzultacích, kdy klienti zjistí, co od nás mohou očekávat, o co si můžou říct, tak potom se stávají otevřenější a ta komunikace a veškerý, bych řekla spíš minibariéry, které tam byly na začátku, postupně vymizí. “*

**Obrázek 3:** Supervize a intervize ve střediscích rané péče



Zdroj: vlastní výzkum

U obrázku č. 4 můžeme vidět jaké typy supervizí a intervizí se vyskytují ve střediscích rané péče. Intervize bývají kazuistické a ve většině služeb rané péče probíhají pravidelně jednou za týden a mohou být i individuální na vyžádání konkrétního poradce rané péče. Supervize vždy probíhají s externím supervizorem pravidelně několikrát do roka. V některých službách je supervizor poskytnut i klientům a lze si s ním domluvit i individuální supervize. Všechny informantky považují intervize i supervize v jejich práci za velmi důležité a uvolňující.

Informantka č. 5 o supervizích říká: „*V rané péči obecně máme supervize jednou za půl roku a jinak můžeme, pokud vyjdou hodiny, chodit i na individuální, což znamená, že můžeme k terapeutovi zajít na 50 minut, pokud se třeba potřebujeme vypovídat, potřebujeme si něco jakoby srovnat samy v sobě, něco srovnat individuálně, tak tam můžeme zajít taky, pokud ty hodiny vychází.*“

Informantka č. 6 zmiňuje: „*Když budu vnímat obrovskou potřebu. tak můžu komukoli zavolat vždycky, pokud vím, že to třeba chvíli počká, tak míváme pravidelně odborné porady 2x do měsíce, takže to můžu sdílet na té poradě, když mám pocit, že je to ještě závažnější, dá se to řešit i na supervizi, ale tam je ten interval třech měsíců.*“ Dále se také vyjadřuje k důležitosti supervizí: „*Upřímně, většinou se nám do nich moc nechce, ale po nich uznáme, že to bylo jako super a přínosný a mít tam vhled někoho dalšího, ať je to*

*externí pracovník nebo když vezmeme někoho do rodiny, tak je vlastně skvělý mít jeho pohled na věc.“*

Informantka č. 12 se vyjadřuje: *„Intervize probíhají jednou za 14 dní a u supervizí není frekvence pravidelná. Intervize i supervize považuji za důležité a moc si vážím, že máme takové možnosti. Supervize jsou důležité pro náš tým, pravidelně řešíme různé pracovní situace dohromady.“*

Informantka č. 11 líčí: *„Supervize míváme asi jednou za 2-3 měsíce, tam máme samozřejmě externího supervizora. Tyto supervize jsou pravidelné a kdybychom potřebovali, tak si můžeme zažádat i o individuální supervizi. Takže tady to funguje velmi dobře, je to dobře nastavené. A co se týče intervizí, tak intervizi míváme pravidelnou, pravidelně můžeme zase na individuální, k tomu ještě na vlastní žádost poradkyň, to znamená, že když něco poradkyně řeší v rodinách, tak si zažádá kolegyni, která je na to specializovaná, která jede na tu intervizi do rodiny.“*

Informantka č. 7: *„Máme čtyřikrát do roka supervizi týmovou, která je kazuistická, máme výborného supervizora, jeho předností je systemický přístup. Cílem je zlepšovat naši práci na základě našich kazuistik, a pak někdy míváme v rámci rané péče, máme taky kazuistický, takže se setkává ne náš tým, ale zástupci jednotlivých týmů rané péče z celých Jižních Čech a tam zase formou balintovských skupin nahlížíme na situaci jednotlivých kazuistik, pak máme možnost individuálních supervizí, pokud řešíme něco ve vztahu s klientem, což využíváme stejného supervizora jako na týmovou, a pak jsme měli víceméně vztahovou kazuistiku, která ale nebyla o klientech, ale byla o vztazích v týmu.“*

Informantka č. 14 se vyjádřila k supervizím: *„S kolegyněmi se většinou sejdeme u oběda a řešíme, co nás trápí.“*

Informantka č. 1 popisuje: *„Supervize máme s externím supervizorem jednou za čtvrt roku, myslím.“* K důležitosti se vyjadřuje: *„Určitě jsem pro, že to tady je. Měli jsme to i v předchozích pracích a nedovedu si představit, že by jako nebyly, přijde mi to už jako důležitá součást práce, kor práce s lidmi.“* Informantka dále popisuje, že pokud by některá z poradkyň rané péče potřebovala vyřešit jakoukoli pracovní záležitost, může se kdykoli obrátit na tým rané péče: *„My tím, že máme super tým na rané péči, tak si to zintervenujeme i spolu, ale když je to velký nebo dlouhodobý, tak to řešíme na těch supervizích.“*

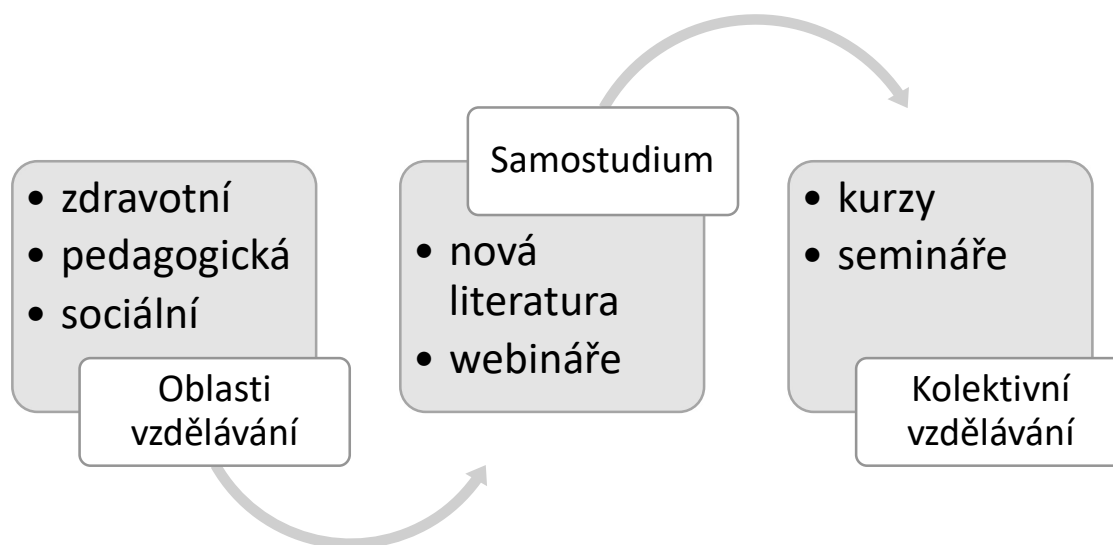
K důležitosti supervizí a intervizí se také vyjadřuje informantka č. 13: „*Já je považuji za hodně důležité, protože je to pro mě velký přínos a vždycky mi to dá jiný náhled a jsem vděčná za další názor a možnost probrat. Protože člověk, když už je v něčem dlouho zaběhlý, tak je z toho takový, nechci říct otupený, ale zajede se do nějakých kolejí a tohle je vždycky možnost probrat to z jiné strany nebo získat jiný názor, takže určitě je to pro mě důležitý.*“

## **VO2: Jaké jsou možnosti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků ze středisek rané péče?**

K následující výzkumné otázce jsem přiřadila oblast č. 5, která na výzkumnou otázku odpovídá.

*Oblast č. 5: Vzdělávání v rané péči*

**Obrázek 4:** Vzdělávání v rané péči



Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 3 zobrazuje oblasti vzdělávání, ve kterých se poradci rané péče pravidelně dozdělávají a jakou podobu může mít kolektivní vzdělávání nebo samostudium u poradců rané péče.

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách mají poradci rané péče povinnost splnit alespoň 24 hodin vzdělávání ročně. Podle výpovědí informantek se však tyto hodiny často



překračují, a to hlavně z důvodů rozmanitosti tří oblastí v rané péči. Konkrétně se jedná o oblast speciálně pedagogickou, sociální a zdravotní.

K oblastem vzdělávání se vyjadřuje například informantka č. 7: *„Těch témat v rámci našeho oboru je spousta, protože jsou průřezové skoro třemi oblastmi. Jak zdravotní, tak speciálně pedagogická a sociální oblast. Ve všem je pořád velké množství toho, co by člověk mohl na sobě nebo u sebe zprofesionalizovat, tzn. jednak jedeme nějaký intenzivní letité výcviky, jako je třeba videotrénink interakcí. Potom máme jednorázové, kam jezdíme my do různých organizací, protože už máme nějaké spektrum organizací, který nabízejí zajímavé kurzy a témata, stejně tak oslovujeme odborníky na různé oblasti, kteří potom jezdí za námi. Podařilo se nám třeba v posledních třech letech udělat několik seminářů, kdy jsme pozvali třeba další kolegy, aby nás bylo více a mohli jsme se na tom finančně podílet a přijeli oni za námi, ale fungovalo to na stejném principu, třeba dvoudenní workshop na dané téma. Běžné je samostudium, pořád je spousta literatury, která je možná nastudovat. Určitě v distanční podobě, která jede už tak rok, tak jsou to různé webináře, kterých se účastníme, online kurzy. Ta nabídka je pestrá a týká se všech těch tří témat. Nejvíce té speciálně pedagogické a sociální.“*

Informantka č. 2 dodává: *„Musíme mít 24 hodin ročně, ale míváme jich většinou o dost víc. My vždycky na konci roku máme odevzdat individuální vzdělávací plán pracovníka a tam si napíšeme požadavky, jaký kurzy jsme absolvovali, kolik hodin a na příští rok, co si představujeme a jaký kurzy bysme chtěli absolvovat. To se dává vedení a když to schválí, tak se během roku můžeme na ty kurzy zapsat a snad se nám nestalo, že bysme něco neměli schválený. Že to nějak nepřepíškneme vždycky.“*

Ke vzdělání se následovně vyjádřila informantka č. 8: *„Co se týče těch 24 hodin, který máme povinný, tak já sama si můžu vybrat kurz, který by se mi líbil, protože nabídky ze vzdělávacích center chodí hodně. Absolvujeme kurzy od asociace poskytovatelů sociálních služeb, který mají docela zajímavý kurzy. Takže přijde nabídka do organizace, naše paní ředitelka nám ji pošle, jestli by nás to nezajímalo, nebo si můžu vybrat podle toho, co by zajímalo mě.“*

Informantka č. 4 říká: *„Máme jednou za rok hodnocení s vedoucí, kdy se bavíme o našem vzdělávání, jaký máme potřeby, co bychom při práci s dítětem nebo rodinou potřebovaly. Chodí nám různé nabídky od různých organizací. My si jako vybíráme a potom to*

*hodnotíme s vedoucí a s ředitelkou, jestli je to adekvátní k tomu, co potřebujeme a jestli se na to seženou finance.“*

*Informantka č. 13 vzdělávání ve středisku popisuje: „Je povinnost ze zákona absolvovat povinné vzdělávání, které je akreditované MPSV a z těchto kurzů si můžeme vybírat podle zájmu a specializace každé poradkyně, na co se zaměří, která oblast ji láká. Máme nějaké vzdělání i povinné, abychom mohly pracovat jako poradkyně, tak v rámci zaškolení máme povinných asi čtyři nebo pět kurzů, které jsou akreditované.“*

*Informantka č. 10 uvádí, že si vzdělávání a podpory odborného růstu ve středisku velmi cení: „U nás nejde o nějaký kariérní růst a postup. V sociálních službách jde hlavně o odborný růst, který je podporován. Ze zákona o sociálních službách máme povinnost mít určitý počet hodin vzdělávání za rok. Je to 24 hodin za rok a myslím, že tam jsou vypsány i jaké druhy a typy vzdělávání to mají být. U nás ve středisku je to provázané, navazuje to na to, co má poradkyně absolvované, na co se zaměřuje a čemu se věnuje, protože nějaké poradkyně mají i různé specializace. Děláme i rozvojové rozhovory, poradkyně si píše vzdělávací plán za rok, který se schvaluje paní ředitelkou. Máme na vzdělávání vyčleněné i dny, které jsou v pracovní době, které můžeme využít. Kurzy máme hrazené. V naší službě si velmi ceníme, že to tady máme. Jedná se o různé kurzy, které jsou akreditované, pak jsou to účasti na konferencích, ať už aktivní nebo pasivní, jsou to naše interní odborné vzdělávání a mnoho dalších možností.“*

*Informantka č. 5 se vyjadřuje ke konkrétním kurzům, které ve středisku absolvovali: „Měli jsme třeba kurz, něco jako sociální rozhovor, který byl mířený na rodiče, abychom s nima uměli vhodně komunikovat a navázat s nima vztah. Pak máme nějaký webinář zaměřený na logopedickou prevenci, prostě kurzy z různých speciálních vzdělávacích potřeb. Ne všechno je levné, takže záleží na financích. Zaměstnavatel je velmi vstřícný, takže když ty finance jsou, tak nám to vždycky povolí a doporučuje nám to, podporuje nás v tom, takže v tomhle určitě spokojenost.“*

### **VO3: Jaká je podle sociálních pracovníků informovanost o službě rané péče u cílové skupiny klientů?**

K poslední výzkumné otázce jsem přiřadila oblast č. 6.

#### *Oblast č. 6: Informovanost o rané péči*

Tato oblast popisuje, jak sociální pracovnice nahlíží na informovanost laické veřejnosti, odborné veřejnosti i klientů, kteří do služby přichází. Většina informantek uvádí, že informovanost není ideální a je potřeba na ní dále pracovat, ale také se dle mnohých z nich za posledních několik let zlepšila. U odborníků je informovanost různorodá, ve větších městech jsou odborníci informovaní lépe. Většina středisek rané péče provádí u různých odborníků pravidelné depistáže.

K informovanosti široké veřejnosti informantka č. 3 uvádí: „*Myslím, že systémem propadla spousta rodin, my se snažíme hodně informací jet na sociálních sítích, které se ukazují jako velký zdroj informací pro spoustu lidí.*“

Dále se vyjádřila informantka č. 10: „*Když to mohu zhodnotit, tak je to rozhodně lepší a lepší a zvyšuje se počet rodin, které dosáhnou na tu službu tím, že o ní ví. Vlastně si vedeme statistiky, víme, jak to jde, právě v Jihočeském kraji, spolupracujeme s poskytovateli, kteří tady poskytují služby rané péče a se svými výstupy chodíme i na Jihočeský kraj a mělo by to být, právě díky té informovanosti, že byla potřeba navýšit kapacity pracovišť, protože tím, jak se víc rodin dozvědělo o službě, tak samozřejmě nás oslovovalo více rodin, takže je to taky provázané.*“

Informantka č. 9 si myslí: „*Informovanost se tady v Jihočeském kraji určitě zlepšila díky spolupráci s odborníky. Pokud je u dítěte zvýšené riziko opožděného vývoje nebo je rodina v nějaké krizi, tak se k nám informace dostávají včas. Ale v momentě, kdy se dítě narodí v termínu, nemá žádné potíže, které by nasvědčovaly tomu, že by vývoj nemusel probíhat správně a projeví se to až postupem času, tak tam je ta informovanost bohužel špatná, protože rodičům se nedostává tolik informací.*“

Informantka č. 11 si myslí, že: „*Je potřeba ještě více zapracovat na informovanosti. Raná péče je výborná a velmi důležitá služba na začátku, kdy se zjistí, že by nás dítě potřebovalo. Určitě je potřeba podpořit informovanost veřejnosti o službě.*“

Informantka č. 7 k informovanosti říká: „*Určitě je to lepší, než to bylo historicky. Z naší strany se pro to snažíme dělat aktivity v rámci depistáže, který děláme roky, ale myslím, že to povědomí je pořád malé. Kdyby to povědomí bylo lepší, tak by se ta služba dostala k vícero rodinám, který by si řekli: ‚Jo, mohli jsme začít už před rokem nebo před dvěma, ale nevěděli jsme, že taková služba existuje.‘ To nevědomí je asi protože ty děti se k odborníkům dostávají většinou až po třetím roku života, kdy se střetávají třeba s pedagogickým zařízením nebo jakýmkoli jiným. Do té doby jsou v péči pediatra a rodiny. Přelomový jsou v tomto sociální síť, který jsou pro současnou generaci, která se teď dostává do rodičovských rolí, běžným prostředkem, který používají ke komunikaci a tímhle způsobem je teď ta informovanost přelomová, protože když rodiče v různých skupinách hledají, co by mohli pro své dítě udělat, tak se k nám pak takhle dostanou.*“

Informantka č. 14 popisuje: „*Myslím, že když rodiče hledají, co můžou pro své dítě udělat, tak jako první jim na Google vyjede naše středisko, což je pro ně zdroj informací. Dále máme rodiny, které k nám přicházejí díky doporučení jiné rodiny, která je ve stejné nebo podobné situaci.*“

K informovanosti odborné veřejnosti informantka č. 3 uvádí: „*My objíždíme odborníky s informacemi o rané péči i pro ty je to někdy novinka, ale už se s tím tak často nesečkáme, že by to byla úplná novinka, a to je ta nejčastější cesta, odkud se k nám rodiny dostanou nebo dostanou kontakt na nás. V současné době jsou to hlavně kliničtí psychologové a hned v závěsu to budou kliničtí logopedi.*“

K tomu informantka č. 10 podotkla: „*Myslím si, že vůbec orientace třeba v sociálním systému je pro zdravotníky obtížná, nějaká jiná parketa, jiné odvětví.*“

Informantka č. 4 se k tomu vyjadřuje: „*Je pár vytipovaných odborníků, kteří dávají kontakty pravidelně, o kterých víme a prostě sem tam někde nějaký odborník si vzpomene a dá kontakt, ale není to nic pravidelného. Nejvíce jsme tak zhodnotily, že jsou to v tuhle chvíli dvě psychologové, který dávají kontakt na nás a logopedky.*“

Informantka č. 2 podotýká: „*Kdo nemá postižení hned odmalinka nebo se to neví a začne se to zjišťovat až postupně s vývojem, tak většinou lékaři, kteří by o tom měli informovat v první řadě o rané péči moc neví. Většinou sem klienty posílají z nějakých odborných terapií, jinak moc ne.*“

Informantka č. 7 si myslí: „*Pediatr je takový záchytný bod, se kterým se dítě setkává od narození a zatím se nedaří, aby nás brali pediatři odborně, jako partnery. Zatím jsme pro ně většinou sociální služba, která u někoho může zarezonovat s tím, že nás vnímá jako odborníky a rodině nás doporučí, předá jim kontakt a pokud nás takhle partnersky nevnímají, tak ten rodič nemá často možnost se o té službě dozvědět, pokud po tom sám intenzivně nepátrá nebo nemá ve svém okolí někoho, kdo řeší stejný či obdobný problém. Máme ale zkušenost s výbornými psychology, kterých je ale zase jen několik, kteří vědí, že je ta služba smysluplná a je nastavená pro toho rodiče. Ve chvíli, kdy se k psychologovi dostane ta rodina, což je kolem toho třetího roku, tak jí předává kontakty a jsou s náma do té spolupráce.*“

## 5 Diskuse

Cílem práce bylo popsat spokojenost sociálních pracovníků jednotlivých pracovišť rané péče v Jihočeském kraji, více se dozvědět o jejich vzdělávání a zhodnotit informovanost klientů o rané péči. Byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Výzkumný souborem bylo 14 informantek ze středisek rané péče z Jihočeského kraje, jejichž kontakty byly získány pomocí metody sněhové koule. Od února do dubna s informantkami probíhaly semistrukturované rozhovory a data byla zpracována pomocí metody zakotvené teorie.

Z přeepsaných rozhovorů vyplynulo šest klíčových oblastí, které se týkají výzkumných otázek. Pod první výzkumnou otázkou, která zněla: *Jaká je spokojenost sociálních pracovníků pracujících ve středisku rané péče?*, spadaly čtyři oblasti, ve kterých se jednalo o popisování kontaktů poradkyň rané péče s klienty, dále o ideální spolupráci s klientem, různými bariérami ve vztahu s klienty a poslední oblastí byly supervize a intervize, kterých se poradkyně rané péče v rámci služby účastní.

Kontakty poradkyň rané péče s klienty probíhají podobně ve všech střediscích v Jihočeském kraji. Dle výpovědí informantek se jedná se především o terénní službu, která může být doplněna formou ambulantní, což uvádí i zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Informantky také uváděly, že první kontakt musí vždy přijít od rodiny s dítětem s postižením. První kontakt zpravidla bývá telefonický nebo e-mailový, následuje informační schůzka, po ní v některých střediscích vstupní jednání a dále následují pravidelné konzultace v přirozeném prostředí rodiny doplněné o telefonické konzultace v případě potřeby. Náplň konzultací si každá z poradkyň sestavuje individuálně podle potřeb rodiny, ale vždy konzultace obsahují činnosti, které jsou uvedeny ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Konkrétně jde o výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách). Z knihy od Doskočilové et al. je z příběhů rodin patrné, že střediska raná péče také různé tábory nebo pravidelná setkání klientů služby (Doskočilová et al., 2012).

Četnost schůzek bývá individuální, vyjádřila se k tomu informantka č. 4: *„Na konzultace se jezdí zhruba jednou za měsíc a ty konzultace se rozdělují na dvě části, kdy ta první část*

*se věnuje dítěti, vývoji, jak ho podpořit v různých oblastech, kde třeba selhává a ta druhá část je zaměřena na rodinu – na to, co právě potřebují, co právě řeší, kontakty na odborníky, kam se můžou obrátit, taková podpora rodiny.“* nebo informantka č. 8: *„Ze začátku opravdu jednou za 14 dní. Mám radši kvalitu nad kvantitou, takže opravdu se snažím rodinu poznat. Takže musím říct, že do těch nových rodin se snažím jezdit jednou za 14 dní, ale jsme neustále v kontaktu. Maminky mi volají i během těch 14 dní, jestli jde všechno, co jsem jim doporučila, buď to cvičení nebo procvičování, něco na porozumění a tak podobně.“*

U otázky na ideální spolupráci s klienty se některé informantky shodly na tom, že je nejdůležitější motivace a aktivita klienta. Uvedla to například informantka č. 3: *„Ideální je vnitřně motivovaný klient, který je plně kompetentní řešit svojí životní situaci pouze z drobnou pomocí, náповědou.“* Některé informantky uvedly, že služba je ideální v tom, že klienti přicházejí dobrovolně, a tak mají motivaci v jejich životě něco změnit a aktivně na tom pracovat, uvádí to například informantka č. 11: *„Ty klienti nás chtějí, takže tahle služba je v tomto ideální, ale samozřejmě záleží na tom klientovi, jak je formovaný, jak chce pracovat s dítětem, jak je aktivní a jaké má rodičovské kompetence, to je také důležité.“*

Naopak u otázky ohledně bariér ve vztahu s klienty se výpovědi informantek lišily. Informantky u této otázky zmínily například i nemožnost poskytovat služby z důvodu pandemie COVIDU-19, například informantka č. 10 zmínila: *„V současné situaci mě napadá, že určitá bariéra je nemožnost poskytovat službu osobně nebo v té kvalitě, ve které bychom chtěli, což bylo v současné době kvůli covidu-19, ale zase to pro nás byla výzva, jak udělat tu službu, aby mohla být poskytována, takže my vlastně jedeme celou dobu, přizpůsobujeme to těm možnostem, které jsou dané.“*

Většinově se informantky shodly, že supervize i intervize ve své práci považují za velmi důležité a nepostradatelné. Zajímavé je, že v každém středisku probíhají intervize i supervize různými způsoby. Informantka č. 6 říká: *„Když budu vnímat obrovskou potřebu, tak můžu komukoli zavolat vždycky, pokud vím, že to třeba chvíli počká, tak míváme pravidelně odborné porady 2x do měsíce, takže to můžu sdílet na té poradě, když mám pocit, že je to ještě závažnější, dá se to řešit i na supervizi, ale tam je ten interval třech měsíců.“* Důležitost supervizí a intervizí popisuje i informantka č. 13: *„Já je považuju za hodně důležitý, protože jako je to vždycky pro mě velkej přínos a vždycky mi*

*to dá jinej náhled a jsem vděčná za další názor a možnost probrat, protože člověk, jakože když už v něčem jede dlouho, tak je takovej z toho, nechci říct otupenej, ale zajede se do nějakých kolejí a tohleto je vždycky možnost probrat to z jiný strany nebo získat jinej názor, takže určitě je to pro mě důležitý.*“ Autorka Poláchová Vašťáková et al. uvádí, že potřeba supervize může souviset se snahou o zvyšování kvality služeb a také supervize fungují jako prevence syndromu vyhoření (Poláchová Vašťáková et al., 2008). Dle mého názoru a vlastní zkušenosti jsou supervize v pomáhajících profesích velmi užitečné hlavně díky pohledu na daný problém od jiné osoby, který může nabídnout řešení, která původně pracovníky nemusí napadnout.

Další výzkumnou otázkou bylo: *Jaké jsou možnosti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků ze středisek rané péče?* Informantky uváděly, že podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je ve střediscích rané péče daných povinných 24 hodin vzdělávání ročně. Těchto 24 hodin ročně se však většinou překračuje, a to především z důvodu rozmanitosti služby. Informantka č. 7 uvádí: *„Těch témat v rámci našeho oboru je spousta, protože jsou průřezové skoro třemi oblastmi. Jak zdravotní, tak speciálně pedagogická a sociální oblast.“* Z výpovědi vyplývá, že v rámci služby poradkyně rané péče poskytují poradenství ve třech oblastech. Nabídky na různé kurzy nebo webináře posílají organizace, které vzdělávání poskytují, vedoucím středisek rané péče, které nadále předávají informace dál a poradkyně si mohou vybrat, v jaké oblasti se chtějí dozdělovat. Toto uvádí například i autorky Hradilková (2018) a Doskočilová et al. (2012) ve svých publikacích.

Ve většině středisek si poradci rané péče sepisují individuální plán vzdělávání, informantka č. 2 o něm říká: *„Vždycky na konci roku máme odevzdat individuální vzdělávací plán pracovníka a tam si napíšeme požadavky, jaký kurzy jsme absolvovali, kolik hodin a na příští rok, co si představujeme a jaký kurzy bysme chtěli absolvovat. To se dává vedení a když to schválí, tak se během roku můžeme na ty kurzy zapsat a snad se nám nestalo, že bysme něco neměli schválený. Že to nějak nepřepískneme vždycky.“*

I u poslední výzkumné otázky, která zněla: *Jaká je podle sociálních pracovníků informovanost o službě rané péče u cílové skupiny klientů?*, se informantky shodovaly ve výpovědích. Většina z nich si myslí, že se informovanost klientů zlepšila, ale stále je co zlepšovat. Dle Informantky č. 3 mohla systémem propadnout spousta rodin, ke kterým se informace o rané péči nedostaly. Informantka č. 3, si také myslí, že dobrým způsobem,



jak v dnešní době poskytovat informace jsou sociální sítě, které pro současnou generaci rodičů představují hlavní komunikační zdroj. Dle Hradilkové et al. se na tom, že službu rané péče využívá nízký počet rodin, participuje nízká informovanost rodin. Toto se však střediska snaží vynahrazovat depistážemi u odborníků, kampaněmi nebo aktivním vyhledáváním potenciálních klientů (Hradilková et al., 2018). Většina autorů publikací, které se týkají problematiky rané péče se shodují v tom, že raná péče by se měla začít poskytovat v co nejkratším čase od zjištění diagnózy nebo rizika ohrožení ve vývoji dítěte. Tuto skutečnost uváděly i některé informantky a dle jejich výpovědí je nedostatečná informovanost o službě rané péče důvodem, proč rodiny službu nevyhledávají neprodleně po zjištění diagnózy.

Z rozhovorů také vyplynulo téma, které se zabývá informovaností odborné veřejnosti o rané péči. Některé informantky si odborníky v okolí chválily, některé naopak ne. Informantka č. 10 si například myslí, že tato nízká informovanost je způsobená tím, že orientace v sociálním systému může být pro zdravotníky obtížná. Hradilková et al. uvádí, že poskytnutí informací o rané péče záleží na konkrétním zdravotníkovi, což ukázalo šetření na novorozeneckých odděleních porodnic (Hradilková, 2018).

## 6 Závěr

Předkládaná bakalářská práce se zabývá pohledem sociálních pracovníků na ranou péči v Jihočeském kraji. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se zabývám pojmem raná péče, jejím vznikem a vývojem a charakteristikou poskytovatelů rané péče. V dalších kapitolách se zaměřuji na dítě s postižením, socializaci a rodinu.

Cílem práce bylo zmapovat jednotlivá střediska poskytující ranou péči v Jihočeském kraji. Pro naplnění cílů jsem zvolila následující výzkumné otázky: Jaká je spokojenost sociálních pracovníků pracujících ve střediscích rané péče? Jaké jsou možnosti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků ze středisek rané péče? Jaká je podle sociálních pracovníků informovanost o službě rané péče u cílové skupiny klientů a odborníků?

Z výzkumu vyplývá, že jednotlivé sociální pracovnice jsou ve střediscích rané péče spokojené, velmi si chválí supervize a intervize, které jsou v rámci služby povinné, v jednotlivých střediscích však probíhají v různých intervalech a podobách.

Dále z výzkumu vyplynulo, že vzdělávání poradců rané péče většinou překračuje zákonem daných 24 hodin. O informovanosti klientů si většina informantek myslí, že by se mohla do budoucna stále zlepšovat jak u cílové skupiny klientů i odborníků, ale oproti předešlým rokům se zlepšila.

Dle mého názoru byl cíl práce naplněn. V práci jsem popsala jednotlivá střediska poskytující ranou péči v Jihočeském kraji a jednotlivé výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Je zřejmé, že je stále potřeba pracovat na informovanosti veřejnosti o službě rané péče, aby se mohla dostat ke všem klientům, kteří by ji mohli potřebovat.

Práce by mohla sloužit jako podklad pro zefektivnění služeb rané péče na základě pohledu na ranou péči. Výsledky mohou vedoucím středisek rané péče sloužit jako určitý druh zpětné vazby.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. Asociace rané péče České republiky, 2018. *Profil poradce rané péče – kompetence v praxi rané péče* [online]. Asociace poradců rané péče České republiky [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://www.arpcr.cz/res/archive/001/000194.pdf?seek=1551739187>
2. APLA Jižní Čechy, © 2007-2021. *Sociální služby* [online]. APLA Jižní Čechy, z. ú. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://aplajc.cz/organizace/socialni-sluzby.htm>
3. ARNOLDOVÁ, A., 2011. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – sociální pomoc a sociální služby*. 3. vydání. Praha: Karolinum. 602 s. ISBN 978-80-264-1852-4.
4. Autis Centrum, © 2021. *Raná péče* [online]. Autis Centrum, o.p.s. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://www.autiscentrum.cz/sluzby/rana-pece/>
5. BRAMBRING, M., RAUH, H., BEELMANN, A., 1996. *Early Childhood Intevrention*. Berlin de Gruyter. 530 s. ISBN 9-11-015410-2.
6. Cameron, C., Moss, P., 2011. *Social Pedagogy and Working with Children and Young People: Where Care and Education Meet*. Londin: Jessica Kingsley. 224 s. ISBN 978-184-905-1194.
7. Centrum ARPIDA, © 2021. *Raná péče* [online]. Centrum ARPIDA [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://www.arpida.cz/socialni-sluzby/rana-pece?task=view&id=22>
8. Centrum Kaňka, © 2018. *Raná péče* [online]. Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka, o.p.s. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://www.kanka.info/rana-pece/>
9. Centrum pro dětský sluch Tamtam, © 2021. *Raná péče* [online]. Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: TAMTAM Raná péče
10. FIŠER, J., HANÁK, D., a kol. 1968. *Postižené dítě v rodině a společnosti*. Státní pedagogické vydání. 189 s. ISBN 978-80-7367-663-6.

11. GRECMANOVÁ, H., HOLOUŠOVÁ D., a kol. 2003. *Obecná pedagogika II.* 2. vydání. Olomouc: Hanex. 231 s. ISBN 80-85783-20-7.
12. HARVÁNEK, B., 2011. *Slovník spisovného jazyka českého* [online]. © Ústav pro český jazyk. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://ssjc.ujc.cas.cz/>
13. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace.* Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
14. HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace.* Praha:Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-098-29.
15. HRADILKOVÁ T., a kol., 2018. *Praxe a metody rané péče v ČR: průvodce sociálním modelem.* Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-1386-4.
16. I my. © 2021. *Raná péče – Pomáháme dětem včas přímo v rodinách* [online]. I MY pomáháme [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: *Raná péče — IMYpomáháme.cz – Pomoc dětem s handicapem do 7 let (imypomahame.cz)*
17. KREBS, V., 2007. *Sociální politika*, 4. vydání. Praha: ASPI, a. s. 568 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
18. KUDELOVÁ, I., 2013. *Vznik a vývoj rané péče u nás* [online]. © Obecně prospěšná společnost Sirius, o.p.s., 2011–2021. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z:  
19. *Vznik a vývoj rané péče u nás | Šance Dětem (sancedetem.cz)*
20. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., 2004. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku.* Brno: Paido. 126 s. ISBN 80-7315-063-8.
21. LECHTA, V., 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole.* Praha: Portál. 435 s. ISBN 978-80-7367-379-7.
22. MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce.* 2. vydání. Praha: Portál. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
23. MATOUŠEK, O., 2016. *Slovník sociální práce.* 3. vydání. Praha: Portál. 270 s. ISBN 978-80-2621-154-9.

24. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
25. POLÁCHOVÁ VAŠŤÁKOVÁ, J., VYHNÁLKOVÁ, P., BAZÍNKOVÁ, I., 2008. *Způsoby evaluace v sociální práci*. Olomouc: Hanex. 60 s. ISBN 978-80-7409-018-9.
26. PROCHÁZKA, M., 2012. *Sociální pedagogika*. Praha: Garda. 203 s. ISBN 978-80-247-3470-5.
27. RYŠAVÝ, D., 2002. *Metody a techniky sociálního výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého. 107 s. ISBN 80-244-0577-6.
28. SCHONKOFF, J., MEISELS, S., 2000. *Handbook of Early Childhood Intervention*. 2nd edition. Cambridge University Press. 760 s. ISBN 0-521-58573-2.
29. SLANÁ, M., HRONKOVÁ, MOLNÁROVÁ-LETOVANCOVÁ K., 2017. *Včasná intervencie*. Trnava: Trnavská univerzita. 196 s. ISBN 978-80-568-0084-3.
30. SLOWÍK, J., 2016 *Speciální pedagogika*. Praha: Garda. 162 s. ISBN 978-80-271-0095-8.
31. Strauss, A., Corbin J., 2008. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. 3rd edition. Los Angeles: Sage Publications. 379 s. ISBN 978-141-2906432.
32. DOSKOČILOVÁ, K., HRADILKOVÁ, T., MODLITBOVÁ, M., PAPOUŠKOVÁ M., SITAŘOVÁ A., TUŠLOVÁ, J., 2012. *Naše cesta*. Středisko pro ranou péči SPRP, České Budějovice. 54 s. ISBN 978-80-87510-20-9.
33. Společnost pro ranou péči, © 2021. *O službě* [online]. Společnost pro ranou péči, z.s. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/cb/o-sluzbe/>
34. ŠÁNDROVÁ, Z., FALTOVÁ, B., 2015. *Služba sociální prevence raná péče – alternativa pro ústavní péči i výzva pro sociální pedagogiku*. © 2015. TBU: Zlín. ISSN: 1805-8825.
35. VALENTA, M., *Slovník speciální pedagogiky*, Praha: Portál. 2015. 317 s. ISBN 978-80-262-0937-9

36. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
37. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5
38. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 136/2011, ISSN 1211-1244.
39. WHO, 2011. *World Report on Disability*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 350 s. ISBN 978-92-4-156418-2.
40. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 111, ISSN 1801-8688.

## **8 Seznam tabulek**

**Tabulka č. 1:** Okruhy indikátorů výzkumných otázek ..... 25

**Tabulka č. 1:** Charakteristika účastníků výzkumu ..... 26

## **9 Seznam obrázků**

<b>Obrázek 1:</b> Kontakt sociálních pracovníků s klienty.....	31
<b>Obrázek 2:</b> Ideální spolupráce s klienty .....	34
<b>Obrázek 3:</b> Supervize a intervize ve střediscích rané péče .....	38
<b>Obrázek 4:</b> Vzdělávání v rané péči .....	40