

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Střediska rané péče, terénní sociální služba,  
možnosti a formy poradenství rodinám**

Diplomová práce

Autorka: Bc. Kateřina Šimová  
Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce  
Studijní obor: Sociální práce  
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, Ph.D.

## Zadání diplomové práce

<b>Autor:</b>	<b>B.C. Kateřina Šímová</b>
Studium:	U2067
Studijní program:	N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
<b>Název diplomové práce:</b>	<b>Střediska rané péče, terénní sociální služba, možnosti a formy poradenství rodinám</b>
Název diplomové práce AJ:	Early care centres, home visiting service, options and forms of advisory services for families

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Diplomová práce se v teoretické části bude zabývat problematikou zdravotního postižení, zejména pak jeho sociálním významem, a vymezením pojmu rané péče a jejích specifik při práci s rodinou, ve které se nachází dítě s postižením. V praktické části se zaměří na změny rodinné situace v souvislosti s postižením, na potřeby těchto rodin a jejich možnosti, a na nabízené služby rané péče těmto rodinám. Praktická část diplomové práce bude podpořena kvalitativním výzkumem za užití metod rozhovoru.

Valenta: Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně právním kontextu  
Švarcová: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče Šándorová: Raná péče v referenčním poli speciální a sociální práce  
Dokoupilová: Speciálně pedagogická intervence u dětí v raném věku  
Melhuish, Petrogiannis: Early Childhood Care And Education: International Perspectives

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.
Oponent:	Mgr. Leona Stašová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	30.4.2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a s použitím uvedené literatury.

V Hradci Králové dne .....

.....

## **Poděkování**

Dík patří vedoucí diplomové práce PhDr. Lence Neubauerové, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady, připomínky a ochotu, kterou mi v průběhu věnovala.

## **Anotace**

ŠÍMOVÁ, Kateřina. *Střediska rané péče, terénní sociální služba, možnosti a formy poradenství rodinám*. Hradec Králové: Filozofická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. 74 str. Diplomová práce.

Diplomová práce se v teoretické rovině zabývá problematikou zdravotního postižení, sociálním významem zdravotního postižení, rodinou dítěte se zdravotním postižením a změnami, kterými prochází. Dále se věnuje možnostem podpory těchto rodin a vymezením pojmu rané péče a jejích specifik při práci s rodinou. Zaměřuje se na organizace rané péče, na politická a kulturní specifika organizací.

Praktická část se zaměřuje na výzkum specifik poskytování služeb rané péče z pohledu pracovníků, pracovníků rané péče a na vnímání organizační kultury těmito pracovníky, pracovníci.

Klíčová slova: zdravotní postižení, raná péče, raná intervence, poradenství rodinám s dítětem se zdravotním postižením, střediska rané péče, politika a kultura organizace

## **Annotation**

ŠÍMOVÁ, Kateřina. *Early care centres, home visiting service, options and forms of advisory services for families*. Hradec Králové: Faculty of Philosophy, University of Hradec Králové, 2022. 74 pp. Diploma Thesis.

Diploma thesis is focused on the disability issue, its social significance, and changes through which families with a member with disability undergo. Thesis is also looking at the support options that are provided and the definition of an early care and its specifics. It focuses on early care centres and their political and cultural specifics.

Practical part of the thesis aims on the early care workers, their perception of services they are providing and their perception of cultural specifics of the organization they work in.

Keywords: disability, early care, early intervention, advisory services for families with a member with disability, early care centres, organization and its policy and culture

## Obsah

Seznam zkratk .....	3
Úvod.....	4
Teoretická část .....	5
Problematika zdravotního postižení.....	5
1. Rodina a dítě se zdravotním postižením .....	6
1.1. Rodina a její funkce.....	6
1.2. Reakce rodiny na diagnózu zdravotního postižení.....	7
1.3. Vyrovnávání se se zdravotním postižením dítěte.....	8
1.3.1. Potřeby rodičů, doporučení pro pečující osoby.....	9
1.4. Vývoj dítěte se zdravotním postižením .....	9
1.5. Kvalita života rodiny a dítěte se zdravotním postižením .....	10
1.5.1. Aspekty kvality života.....	11
2. Sociální aspekty zdravotního postižení.....	12
2.1. Sociální stát a zdravotní postižení .....	12
2.2. Sociální přístupy k rodině s dítětem se zdravotním postižením.....	12
3. Podpůrné služby pro rodiny s dítětem se zdravotním postižením.....	14
3.1. Týmové přístupy.....	14
3.2. Systémové možnosti podpory.....	15
3.2.1. Resort Ministerstva zdravotnictví .....	16
3.2.2. Resort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.....	17
3.2.3. Resort Ministerstva práce a sociálních věcí .....	19
Raná péče jako sociální služba dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám... 21	
4. Charakteristika rané péče .....	21
4.1. Vývoj rané péče .....	21
4.2. Cíle rané péče .....	23
4.3. Základní činnosti rané péče .....	24

4.3.1. Formy činností rané péče .....	25
4.4. Tým rané intervence .....	26
4.5. Specifika a průběh rané péče .....	26
5. Raná péče v kontextu sociální politiky .....	29
5.1. Komunitní plánování .....	29
5.2. Strategický plán rozvoje .....	30
6. Raná péče jako organizace .....	32
6.1. Kultura organizace.....	32
6.1.1. Supervize v organizaci .....	34
6.2. Poskytovatelé služeb rané péče .....	35
6.3. Standardy kvality poskytování služeb rané péče.....	35
6.4. Individuální plánování.....	45
6.4.1. Proces a metodika individuálního plánování .....	45
Výzkumná část .....	47
7. Úvod do výzkumu a jeho cíle.....	47
7.1. Metodika výzkumu .....	48
8. Organizace výzkumného šetření .....	49
9. Interpretace dosažených výsledků výzkumu.....	51
Rozhovor č. 1 .....	51
Rozhovor č. 2 .....	54
Rozhovor č. 3 .....	57
10. Závěrečná diskuse a interpretace získaných výsledků výzkumu .....	61
11. Závěr výzkumu a doporučení.....	67
Závěr .....	69
Zdroje .....	70
Seznam tabulek .....	75
Seznam příloh.....	76



## **Seznam zkratk**

ARPČR – Asociace rané péče České republiky

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

PPP – Pedagogicko-psychologická poradna

SPC – Speciálně-pedagogické centrum

STEER – (též PEST analýza) – analýza hodnotící vnější okolí organizace

SVP – Středisko výchovné péče

SWOT – (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) – strategická analýza vnitřních silných a slabých stránek organizace a příležitostí a hrozeb z vnějšího prostředí organizace

## Úvod

Diplomová práce se zabývá tématy týkající se středisek rané péče a sociální práci s cílovou skupinou těchto středisek, kterou tvoří rodiny s dítětem se zdravotním postižením. Teoretický celek sestává ze dvou částí, kdy první se zaměřuje na problematiku zdravotního postižení, rodinu a její zákonitosti v souvislosti se změnou, kterou zdravotní postižení přináší, sociální aspekty zdravotního postižení a postavení sociálního státu v této problematice. Popisuje možnosti podpory těmto rodinám, charakterizuje týmové přístupy a specifikuje podporu v rámci resortů. Druhá část teoretického celku se blíže věnuje sociální službě poskytované ranou péčí, jejím vývojem, základními činnostmi, cíli a specifiky, a rané péči v kontextech sociální politiky a kultury organizace.

Výzkum diplomové práce se soustředí na specifika sociální práce s klientelou sociální služby rané péče, zkoumá průběh intervence a změny rodinné situace, a mimo jiné se zaměřuje na pohled poradců a poradkyň středisek rané péče na organizační kulturu.

Téma diplomové práce zaměřené na střediska rané péče, možnosti a formy poradenství rodinám dětí se zdravotním postižením propojuje obory sociální práce a speciální pedagogiky, a klade důraz na postavení pracovníků středisek rané péče, na jejich zkušenosti a vnímání rané péče jako sociální služby a organizace.

## **Teoretická část**

### **Problematika zdravotního postižení**

S jistou formou zdravotního postižení žije na světě přes jednu miliardu osob, což představuje cirká 15 % světové populace. Počet osob se zdravotním postižením stále roste, částečně z důvodu stárnutí populace či nárůstu chronických zdravotních stavů. (WHO, online)

Zdravotní postižení je velmi různorodé. Základní klasifikací rozlišujeme zdravotní postižení tělesné, sluchové, zrakové, mentální, řečové a kombinované. (Kisvetrová, Vévodová-Ježorská, 2014) Zdravotní postižení ve svých důsledcích brání jedinci v plnohodnotném zapojení do společnosti, jelikož jedince omezuje v každodenních aktivitách, limituje ho ve vzdělávání, sociální integraci. Rozsah těchto limitů je dán zejména typem postižení, jeho závažností, ale i věkem jedince a prostředím, ve kterém se nachází. V užším kontextu tak můžeme hovořit o socioekonomické situaci rodiny, složení rodiny a participaci jejích členů, době vzniku postižení, sociálním rozsahu postižení, a osobnosti jedince. (Matějček, 1987)

Kisvetrová a Vévodová-Ježorská (2014:5) však uvádí, že „nepříznivé důsledky a dopady vyplývající z existence zdravotního postižení je možné do určité míry eliminovat systémem opatření, na jejichž realizaci se musí podílet celá společnost.“ Společenským cílem by tak mělo být zlepšení podmínek pro zajištění kvality života těchto osob, zajistit rovnoprávnost, autonomii, důstojnost, a to prostřednictvím holistického přístupu na potřeby člověka se zdravotním postižením.

# 1. Rodina a dítě se zdravotním postižením

Rodinu definuje Matějček (1987) jako malou sociální skupinu vyznačující se vzájemnou součinností všech jejích členů. Kromě základních funkcí takové sociální skupiny, které budou blíže představeny, je v tomto případě důležité zmínit i psychologické významy rodiny. Těmi jsou zejména vzájemné uspokojování psychických potřeb, trvalost a hloubka citových vztahů, společná budoucnost, prolínání soukromí, dvojrozměrnost výchovného působení (rodič výchovně působí na dítě, ale stejně tak působí i dítě na rodiče). Manželství dvou lidí je založeno na citovém poutu, které je křehké, a při větší zátěži se může zhroutit. Takovou zátěž může představovat právě zdravotní postižení jejich dítěte.

Zdravotní postižení představuje nespočet situací, stavů, a omezení, včetně jejich důsledků. Ty se poté odrážejí v každodenním životě jedince se zdravotním postižením, ale i rodiny či jiných pečujících osob, byť zprostředkovaně.

## 1.1. Rodina a její funkce

Rodina podle Bartoňové (dle Michalík, 2013:7) „by měla představovat optimální prostředí, do kterého se člověk rodí a které je uzpůsobeno po stránce emocionální, materiální, sociální a psychologické“, a rodinné prostředí „by mělo evokovat sounáležitost, bezpečí a prostor pro seberealizaci“.

Urbanovská (dle Dokoupilová, Hanáková, Potměšil et al., 2017:9) na rodinu nahlíží jako na „prvotní společenství, sociální prostředí, do kterého se dítě dostává“, a které se vyznačuje bezpečím, jistotou, sounáležitostí, oporou, a prostorem pro seberealizaci. Toto prvotní společenství má několik základních funkcí, které charakterizoval Kraus (dle Dokoupilová, Hanáková, Kunhartová et al., 2015), například biologicko-reprodukční, sociálně-ekonomickou, ochrannou, socializačně-výchovnou, a emocionální.

Ve funkci ekonomické šlo v tradičním slova smyslu například o předávání řemesla, zatímco v moderní společnosti je rodina považována za základní výrobní jednotku, na které je trh zcela závislý. Autorka uvádí, že tato funkce dnes bohužel často převyšuje funkce ostatní, například emocionální, což značně mění hodnotový systém dítěte.

Socializačně-výchovná funkce se vyznačuje přípravou dítěte na život ve společnosti. Dítě se v rodinném prostředí seznamuje se společensky platnými pravidly a normami včetně pochopení důsledků jejich porušování. Tato funkce je považována za nenahraditelnou, nezastupitelnou, a to vlivem jedinečných citových vazeb. (Urbanovská dle Dokoupilová, Hanáková, Potměšil et al., 2017)

Výchova je chápána, dle pedagogického slovníku autorů Průchy, Walterové, Mareše (2001:277), jako „záměrné působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji“. Rodiče v případě výchovy mohou zaujímat hned několik postojů využitím výchovných stylů, mezi které řadíme výchovu liberální, autoritativní, či demokratickou.

Emocionální funkci definuje Matějček (dle Dokoupilová, Hanáková, Kmentová et al., 2017:25) jako „poskytování citového zázemí, pocitu bezpečí, jistoty“. Rodinné prostředí je tak nejpřirozenějším prostředím pro uspokojování základních psychických potřeb, přičemž trvalé neuspokojování těchto potřeb může dle autorů vést k psychické deprivaci. Mezi potřeby uplatňující se prostřednictvím emocionální funkce rodiny řadíme potřebu vnější stimulace, potřebu vnější struktury (řádu, pravidel), potřebu specifického sociálního objektu a jistoty (primární emocionální vztah), nebo potřebu otevřené budoucnosti a životní perspektivy. (Langmeier, Matějček, Mrkvička dle Vymětal, 2004)

## **1.2. Reakce rodiny na diagnózu zdravotního postižení**

Zjištění, že sám jedinec či jeho blízký má zdravotní postižení, je velmi výraznou zátěží. Prožívání, které doprovází rodiče při zjištění diagnózy, popisuje Vágnerová (2012) v několika fázích, které je obvykle doprovází v uvedeném sledu a individuálním tempem, což znamená, že ne všichni rodiče dosáhnou poslední fáze.

První, bezprostřední reakcí, je šok, pocit zmatku, derealizace. Je třeba si uvědomit, že v této situaci není rodič schopen jasně vnímat a dokonale zpracovávat informace poskytované profesionály.

Zjištění diagnózy je pro rodiče takovou zátěží, kterou přirozeně nechtějí přijmout. Proto dochází k popření celé situace, často i k vytěsnění. Jedná se o přirozený obranný mechanismus zabraňující ztrátě psychické rovnováhy. Rodiče ze všeho nejvíce potřebují sympatie a emocionální podporu zejména od profesionálů.

Následuje fáze reaktivní, projevující se smutkem, zlostí, úzkostí, pocitem viny. Viníka v takovém případě může jedinec hledat v sobě samém, ale i v partnerovi, zdravotnickém personálu.

Fáze adaptační je charakteristická ústupem úzkostných a depresivních stavů, které jsou naopak nahrazeny realistickým náhledem na situaci a ochotou aktivní participace na doprovázení dítěte jeho životem se zdravotním postižením.

Závěrečnou fází je reorientace, či reorganizace. Rodiče v této fázi již zaujmají realistický postoj, vyrovnávají se s faktem, že jejich dítě má zdravotní postižení. Přijímají

situaci takovou, jaká je, jsou ochotni se rozvíjet, k čemuž však nadále potřebují pravidelnou podporu od profesionálů.

Je důležité si uvědomit, že sdělení diagnózy je pro rodiče a pečující osoby první kapitolou příběhu, a jedná se o velmi náročný úkol i pro lékaře a zdravotnické pracovníky. Autorky Jungwirthová a Hradilková (dle SPRP, 2015) doporučují zdravotnickému personálu, jež má za úkol sdělit rodině diagnózu narozeného dítěte s těžkým zdravotním postižením, zásadu pěti P: pohodlí, pochvala, přivolání blízké osoby, příprava na rozhovor, poskytnutí informací. Je důležité s rodiči o dítěti a jeho zdravotním stavu opakovaně hovořit, dát rodině prostor k vyjádření pocitů, a v neposlední řadě rodičům umožnit co nejintenzivnější kontakt s miminkem.

### **1.3. Vyrovnavání se se zdravotním postižením dítěte**

Každé dítě je rodinou přijímáno s určitým očekáváním. Takovým může být jakýsi ideál zdravého, harmonicky se vyvíjejícího dítěte, zdatného právě v takových oblastech, které rodina považuje za důležité, a na kterých může stavět svůj hodnotový systém. (Matějček, 1987)

Psychická zátěž po sdělení diagnózy zdravotního postižení dítěte vede k frustraci, která vychází právě z ohrožení takového hodnotového systému. (Dokoupilová, Hanáková, Kmentová et al., 2017)

Tato krize zasahuje rodiče dle Špatenkové a kol. (2011) současně na několika úrovních. Na úrovni behaviorální, která souvisí s organizací chodu rodiny, která je nucena rozvrhnout čas tak, aby zvládala nároky nestandardní péče. Na úrovni emoční hovoříme o zpracování pocitu smutku, zlosti, viny, bezmocnosti. S emoční úrovní může souviset i úroveň fyzická, kdy psychickou zátěž můžou doprovázet somatické symptomy. Interpersonální úroveň spočívá ve vyrovnání se s pocitem jinakosti, s reakcemi okolí, a ve schopnosti být oporou. Kognitivní úroveň pak souvisí se schopností adaptace na nově vzniklou situaci, akceptace pozměněné reality, plánů do budoucna.

Vyrovnavání se se zdravotním postižením dítěte je procesem multifaktoriálním. Podílí se na něm kromě typu zdravotního postižení, jeho závažnosti, etiologie, či doby vzniku, i osobnost rodiče. V této souvislosti hovoříme zejména o osobnostní zralosti, sebevědomí, sebehodnocení, copingových strategiích. Dalším významným faktorem je ale i prognóza budoucího stavu, dostupnost podpůrných opatření, socioekonomická situace, sociálně vztahová situace, apod. (Dokoupilová, Hanáková, Kmentová et al., 2017)

Štěrbová (2013) nás seznamuje s rodičovskou teorií přijetí – odmítnutí, kterou vysvětluje hlavní příčiny a následky reakce na diagnózu dítěte. Teorii tvoří tři subteorie, subteorie osobnostní, copingová a socioekonomických systémů. Osobnostní subteorie se pokouší o předpověď a vysvětlení hlavních osobnostních nebo psychologických následků přijetí situace. Copingová subteorie popisuje faktory zvládání zátěže. Subteorie sociokulturních systémů předpovídá a vysvětluje rozdíly mezi rodiči, vřelými, milujícími, a chladnými, agresivními.

Obecněji charakterizuje postoje rodičů vůči dítěti Bazalová (2014), rozlišuje postoj odmítavý, lhostejný, na druhé straně postoj nadměrně ochranný, a oboustrannou citovou vazbu až závislost, při které může být sebemenší odloučení pro matku i dítě psychicky nezvládnutelné.

### **1.3.1. Potřeby rodičů, doporučení pro pečující osoby**

Pro úspěšný proces vyrovnání se s pro rodiče nově vzniklou a bezesporu náročnou situací, jakou představuje zdravotní postižení jejich dítěte, je uspokojování jejich potřeb, které by neměly být opomenuty.

Mezi psychické potřeby rodičů řadí Matějček (1987) oboustrannou stimulaci, možnost vhodného odpočinku a dělbu práce ve vztahu k péči o dítě se zdravotním postižením. Zároveň rodiče neopouští potřeba jakési smysluplnosti jejich života a bytí, potřeba životních jistot. Zejména od profesionálů pak potřebují plně znát realitu, tedy znát příčiny zdravotního postižení, veškeré jeho mechanismy a prognózu. Aby nedocházelo k izolaci rodiny, je důležité zapojení i širšího rodinného kruhu, pokud je to možné.

Zdravotní postižení dítěte představuje pro rodiče takovou zátěž, kterou jsou ne vždy jakožto partneři schopni zvládnout, překonat. Aby rodiče předešli rozpadu jejich partnerského vztahu, je důležitá otevřená komunikace, sdílení svých pocitů, ale i společné sdílení času, společné zážitky. Je důležité vnímat své potřeby a stavět je naroveň potřeb dítěte. Rodiče by se měli pokusit nadále věnovat zaměstnání a dřívějším koníčkům, vyhradit si čas na záliby, relaxovat, zachovávat, navazovat a pěstovat vztahy i mimo rodinu a delegovat povinnosti na druhé bez pocitu viny. (Dokoupilová, Hanáková, Kmentová et al., 2017)

## **1.4. Vývoj dítěte se zdravotním postižením**

Vývoj dítěte, byť se jedná o dítě se zdravotním postižením, má stejné psychologické zákonitosti jako u dítěte zdravého. Takové dítě má naprosto stejné duševní potřeby jako

dítě intaktní, a jeho výchova by měla v každém případě snižovat nebo zcela odstraňovat ohrožení psychického vývoje. Duševně zdravé a vyvíjející se dítě je dostatečně stimulováno, je mu poskytován smysl a řád, stejně jako společenské hodnoty a životní jistoty. (Matějček, 1987)

Počátek vývoje dítěte se zdravotním postižením je značně ovlivněn krizí rodičovské identity, při které rodiče prožívají pocity selhání a méněcennosti. V kojeneckém období, jenž se vyznačuje fází receptivity, se můžeme setkat s podnětovou deprivací, která je způsobena neschopností organismu spontánně reagovat na podněty, stimuly, právě z důvodu zdravotního postižení. Batolecí období je fází první emancipace, kdy se dítě odpoutává od vázanosti na určitého člověka a místo. V tomto období se můžeme setkat s jakousi první sociální nápadností. Předškolní období, neboli období autonomie, je značně ovlivněno praktickou činností v poznávacích procesech. Zde opět může docházet k podnětové deprivaci a tím i ke snížení zájmu o stimuly, což způsobuje celkové opoždění vývoje. Školní věk se vyznačuje prohloubením nápadnosti dítěte se zdravotním postižením. Vývoj dítěte je nerovnoměrný a velkou roli zde hraje konkrétní typ a závažnost postižení, kvalita rodinného prostředí, apod. (Kisvetrová, Vévodová-Ježorská, 2014)

V neposlední řadě je důležité nezapomínat i na další determinanty vývoje dítěte, jak uvádí Thomae (1959), jimiž jsou vyrovnanost rodičů, jejich zdravá sebejistota, stálost výchovného působení, metod, a stylů.

## **1.5. Kvalita života rodiny a dítěte se zdravotním postižením**

Pojem kvality života je pojmem multifaktoriálním a multidimenzionálním. Potýká se s nevyjasněností obsahu, jelikož se setkáváme s dvěma poněkud odlišnými složkami, statickou, jež popisuje situaci aktuální, tedy co se děje právě teď, a dynamickou, jež se zaměřuje širěji, a to kromě na „tady a teď“ i na „tehdy“, a „příště“. V souvislosti s kvalitou života můžeme také rozlišovat indikátory objektivní a subjektivní. Objektivní indikátory kvality života nám určují kvalitu životních podmínek na daném území, zatímco subjektivní indikátory se zaměřují na konkrétní, individuální kvalitu životní cesty jedince. (Michalík, 2013)

Mareš (dle Michalík, 2004) rozlišuje oblasti kvality života, kterými jsou materiální zabezpečení, zdraví, produktivita/výkonnost, mezilidské vztahy, pocit bezpečí, komunita, a emoční pohoda. Kromě těchto oblastí se dále můžeme setkat s takzvaným 3B modelem,



jež obsahuje oblasti being (být), belonging (někam patřit), a becoming (o něco usilovat, někým se stávat).

### **1.5.1. Aspekty kvality života**

Obecně přijímaným faktem je, že zdravotní postižení představuje výrazné omezení ve schopnostech a možnostech plnohodnotné účasti na životě jedince. Rozlišujeme proto několik aspektů, na kterých kvalita života jedinců se zdravotním postižením, ale v širším důsledku i osob pečujících o tyto jedince, pevně stojí. Hovoříme tedy například o aspektech zdravotních a medicínských, kam můžeme řadit dostupnost péče, prognózu, o aspektech socio-biologických a psychologických, konkrétně o stabilitě, hodnotovém systému, možnostech a schopnostech sebeobsluhy. Dále aspektech ekonomicko-sociálních a právních, které se týkají postavení osob se zdravotním postižením ve společnosti, ochrany osob se zdravotním postižením, aspektech bydlení, přístupnosti prostředí, kam spadá samotná dostupnost bydlení, ale i architektonické uzpůsobení či přístupnost veřejných služeb a prostor. (Michalík, 2013)

## **2. Sociální aspekty zdravotního postižení**

Ke zdravotnímu postižení se stále neodmyslitelně, i když v dnešní době už méně často, pojí pojmy jako disabilita či handicap. Avšak již v 90. letech minulého století sociolog Jenkins (1991) upozorňuje na fakt, že tyto pojmy jsou pouhými sociálními konstrukty. Ze sociálního pohledu je totiž jedním z nejčastějších důsledků zdravotního postižení považována obtížnější zaměstnatelnost, což v dalším důsledku takového jedince sociálně stratifikuje a přidružuje mu právě tyto pojmy. Podle autora je však důležité si uvědomit, že ne každé postižení ústí v disabilitu, tedy jakousi „nezpůsobnost“.

### **2.1. Sociální stát a zdravotní postižení**

Postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením prošel v průběhu let výraznými změnami. Vztah společnosti k této skupině osob prošel fázemi od represe a zotročování přes charitativní péči až do dnešní podoby socializační. Lidé se zdravotním postižením představují objekt cílené společenské solidarity.

V novodobé společnosti se setkáváme s pojmem sociálního státu, který představuje jakousi reakci moderní společnosti na vyloučení, chudobu a nerovnost příležitostí, a jehož základním pilířem je přerozdělování. To má za cíl vyrovnávat příležitosti a vytvářet takové podmínky a předpoklady, které zajistí občanům životní standard odpovídající ekonomické vyspělosti dané země, a zabezpečit podmínky a předpoklady pro dlouhodobou udržitelnost a prosperitu společnosti. (Michalík, 2013)

Michalík (2013:22) obecně charakterizuje sociální stát jako „stát se silným veřejným sektorem a s výraznými intervencemi do sociální oblasti a také jako určitý druh vlády, která hledá „třetí cestu“ mezi centrálně řízenou ekonomikou a ekonomikou volného trhu.“ Jedná se tedy o koncept typický zejména pro demokratické země s vyspělou tržní ekonomikou, pro který je charakteristická angažovanost v řešení sociálních problémů občanů, rozsáhlost a jednotnost systému sociálního zabezpečení a sociálních služeb, v důsledku čehož je tento koncept náročný na ekonomické zdroje a vede k centralizaci, byrokracii a anonymitě.

### **2.2. Sociální přístupy k rodině s dítětem se zdravotním postižením**

Jak již bylo výše zmíněno, situace, při které rodina zjistí diagnózu dítěte (či jiného člena rodiny), je velmi náročnou, a rodina se potýká s procesem vyrovnávání. V průběhu

času však život přináší nové a nové situace a rodina se potýká s novými aspekty a náležitostmi, kterým musí chtě nechtě čelit. Rodina s dítětem se zdravotním postižením je považována za neopakovatelnou a jedinečnou sociální jednotku, na kterou se pohlíží dvěma přístupy. Přístup kvantitativní sleduje postavení rodiny v rámci makrosociálního, tedy sleduje aspekty sociální, demografické, ekonomické. Naopak přístup kvalitativní pohlíží na rodinu striktně individuálně. Obecné aspekty zohledňuje a aplikuje je na situaci konkrétních rodin. Kvalitativní aspekty se tak liší i v každé jednotlivé rodině, a to v jejích potřebách, možnostech, názorech, zkušenostech a prožitcích. (Michalík, 2013)

Zásadní rozdíly Michalík (tamtéž) shledává v postavení dítěte se zdravotním postižením v rodině (počet sourozenců, případně pořadí), v míře postižení a jeho prognóze, v náročnosti péče (míra soběstačnosti dítěte v pohybu, v péči o vlastní osobu), či v existenci doprovodných jevů (stigmatizující projevy, které společnost obtížněji „akceptuje“). Z pohledu rodiny jako celku pak hovoří o vlivech, jakými jsou socio-ekonomická situace rodiny, její status, vliv péče na rodinné vztahy, sociálně vztahová situace (druh a míra zdravotního postižení může bránit v navazování obvyklých společenských vztahů), a dostupnost podpůrných služeb (z oblasti zdravotní, sociální, vzdělávací, a to včetně teritoriální a finanční dostupnosti).

### **3. Podpůrné služby pro rodiny s dítětem se zdravotním postižením**

Dítě se zdravotním postižením vyžaduje interdisciplinární, respektive transdisciplinární přístup z oblasti speciální pedagogiky, pedagogiky, medicíny, psychologie, u kterých je nutná spolupráce formou dělby práce a konzultace. (Dokoupilová, Hanáková, Kmentová et al., 2017)

Dítě, respektive celá jeho rodina, potřebuje v nově vzniklé a náročné situaci podporu související ať už se zvládáním zátěžových situací, či podporu v procesech rozhodování, podporu v rozvoji poznání, sebezpoznání a zpracování emocí. Hanáková (tamtéž) předkládá metodu sociální práce zvanou counseling, jež se právě výše uvedenou formou podpory zaměřuje na pomoc s pochopením situace a odstraňování překážek na cestě za vlastním rozhodnutím a jednáním dle vlastních představ.

#### **3.1. Týmové přístupy**

Týmový přístup je aktuálním, holistickým přístupem, ve kterém je rodina s dítětem s postižením aktivním členem, a ve kterém je nutné dodržování rovnováhy mezi jednotlivými vědními disciplínami, které společně s rodinou a dítětem se zdravotním postižením intervenují. Takový přístup je důležitý již při samotné identifikaci problému, jelikož redukuje riziko případného diagnostického omylu.

Východiska týmových přístupů nacházíme již v prenatalní a pediatrické péči. Prenatální péče je v České republice zavedena třístupňově:

- základní prenatalní péče v prenatalních poradnách (ordinace gynekologie),
- intermediární péče v poradnách ve větších nemocnicích v případě objevení nějakého rizika,
- intenzivní péče v perinatologických centrech pro riziková a patologická těhotenství.

Pediatrická péče je zajištěna neonatologií, která pečuje o novorozence v případě, že mu byla stanovena diagnóza již v době těhotenství, v případě, že se jedná o rizikového novorozence, či v případě rané nemocnosti. Taková péče je zaměřená na dosažení optimálního zdravotního stavu. Pediatrii kooperují s neurologií, foniatrií, a dalšími odborníky (a odbornicemi) provádí komplexní vyšetření dítěte a sledují jeho psychomotorický vývoj. (Hanáková, 2016)

Týmové přístupy mohou mít podobu multidisciplinárního přístupu, interdisciplinárního a transdisciplinárního.

### **Multidisciplinární týmový přístup**

Multidisciplinární týmový přístup se vyznačuje samostatnou prací odborníků, kteří pracují nezávisle na ostatních. Komunikace mezi jednotlivými odborníky je tudíž omezená, čímž absentuje i jakási koordinace a kooperace při procesech rozhodování. Výraznou nevýhodou tohoto přístupu je velké množství informací a hodnocení od různých odborníků, které jsou pak klienti, rodiče s dítětem s postižením, nuceni „poskládat“ pro získání celistvého obrazu.

### **Interdisciplinární týmový přístup**

Interdisciplinární týmový přístup oproti multidisciplinárnímu přístupu výrazněji dbá na komunikaci, koordinaci a kooperaci jednotlivých odborníků a jejich podpory. Odborníci intervenují s dítětem se zdravotním postižením a jeho rodinou na vlastním pracovišti nezávisle na ostatních členech týmu, a následně se pravidelně informují pro tvorbu jednotného intervenčního plánu.

### **Transdisciplinární týmový přístup**

Transdisciplinární týmový přístup je považován za nejmodernější a nejprogressivnější přístup. Tým je tvořen odborníky jednotlivých oborů, jejichž postupy spolu souvisí a vzájemně se doplňují. Součástí týmu je koordinátor (či koordinátorka), který seznámí celý tým a klienta, rodinu s dítětem se zdravotním postižením, s výsledky a dalšími postupy a doporučeními. Tento přístup je založen na úzké spolupráci, komunikaci, sjednocuje a koordinuje celkovou komplexní péči.

Rozšířením transdisciplinárního týmového přístupu je takzvaný „arena-style approach“ spočívající ve společné hromadné diagnostice. Tím se redukuje množství přímé práce s dítětem se zdravotním postižením, kde může docházet k opakování úkonů a otázek.

## **3.2. Systémové možnosti podpory**

Systémová podpora spočívá v práci pomáhajících profesí, které jsou orientovány na potřeby člověka. Jedná se o činnosti odborníků zaměřené na diagnostiku, poradenství, terapii, řešení a zaznamenávání problémů, a podobně. Škála těchto činností se promítá do oblasti zdravotnictví, školství, a sociálních věcí.

### 3.2.1. Resort Ministerstva zdravotnictví

Zdravotní péče se zaměřuje na zlepšení nebo zachování zdravotního stavu, a je hrazená z veřejného zdravotního pojištění, které může být doplněno spoluúčastí občana, například doplatky za léky, koupěmi zdravotnických pomůcek.

Zdravotní péče je legislativně ukotvena v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, a jeho novele 147/2016 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Zdravotní péči tak dělíme dle časové naléhavosti na neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou, a dle účelu poskytování na preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou, léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou, paliativní, a lékárenskou a klinicko-farmakologickou. Dále rozlišujeme formy zdravotní péče, a to ambulantní, jednodenní, lůžkové, a péči ve vlastním sociálním prostředí. (Sbírka zákonů, online)

Poradenství pro osoby se zdravotním postižením v prostředí resortu Ministerstva zdravotnictví je orientována na komplexní prevenci, diagnostiku a léčbu. Poskytovateli jsou odborní lékaři (a lékařky) a další zdravotničtí pracovníci a pracovnice v nemocnicích, ambulancích, rehabilitačních zařízeních, lázních, a podobně. Součástí odborného poradenství ve zdravotnických službách je taktéž sociální služba zajišťující podporu a péči o klienta v nepříznivé zdravotní a sociální situaci, a dále speciální pedagog (či speciální pedagožka) zajišťující kontinuitu výchovy a vzdělávání, adaptaci ve zdravotnickém zařízení, a úzkou spolupráci se zdravotníky a rodinou. (Dokoupilová, 2017)

Komunikace s rodiči je velmi důležitá, a to jak při prvním seznámení rodiny s postižením dítěte, tak při dalších kontrolách a vyšetřeních. Je důležité, aby komunikace byla partnerská, a aby se rodiče cítili při komunikaci příjemně. Rodičům by mělo být nasloucháno, jelikož právě díky jejich informacím o stavu a reakcích dítěte je možno získat komplexní obraz, v ordinaci může být mnoho projevů dítěte skryto. Rodičům by mělo být umožněno být dítěti při vyšetření nablízku, měli by být podrobně informováni o průběhu vyšetření. Důležitá je též otevřenost a upřímnost. Pokud si lékaři nejsou zcela jisti diagnózou či nejvhodnější léčbou, měli by tuto skutečnost vyslovit nahlas, jelikož otevřenost je pro rodiče důležitější než zdánlivá jistota. Všechny informace by měli lékaři sdělovat jasně a zřetelně, a v průběhu se ujišťovat, zda rodiče rozumí. (Vidová dle SPRP, 2015)

### **3.2.2. Resort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy**

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT) přichází v roce 2016 s novelou Školského zákona 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, konkrétně s vyhláškou č. 27/2016, kde v § 16 vymezuje jedince se speciálními vzdělávacími potřebami, definuje a rozlišuje zdravotní postižení, zdravotní znevýhodnění a sociální znevýhodnění. (Sbírka zákonů, online)

Zdravotním postižením pro potřeby tohoto zákona rozumíme postižení mentální, tělesné, zrakové, sluchové, řečové, souběžné postižení více vadami, autismus, a vývojové poruchy učení a chování. Zdravotní znevýhodnění pak definujeme jako zdravotní oslabení, dlouhodobou nemoc, lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání. Sociálním znevýhodněním rozumíme rodinné prostředí s nízkým sociokulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, nařízenou ústavní výchovu či uloženou ochrannou výchovu, nebo postavení azylanta či účastníka řízení o udělení azylu na území České republiky.

MŠMT zaštiťuje speciálně pedagogické poradenství, které je poskytované školskými poradenskými zařízeními, jimiž jsou pedagogicko-psychologická poradna (PPP), speciálně pedagogické centrum (SPC), a středisko výchovné péče (SVP), a jejichž činnost je vymezena vyhláškou 27/2016 Sb. Školského zákona o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Speciálně pedagogické poradenství se orientuje na podporu výchovně vzdělávacího procesu u dětí, žáků, a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, jakými jsou následky zdravotního postižení, či zdravotního anebo sociálního znevýhodnění. (Sbírka zákonů, online)

#### **Pedagogicko-psychologická poradna (PPP)**

PPP poskytuje služby pedagogické, psychologické, a speciálně pedagogické podpory při výchově a vzdělávání. Tým PPP je tvořen speciálním pedagogem a sociálním pracovníkem. Klientelu zde tvoří děti a žáci od 3 let věku do ukončení povinné školní docházky s výchovnými problémy, problémy ve výuce a při vzdělávání, či s problematikou profesní orientace. Služby jsou poskytovány ambulantní formou individuální péče či formou skupinové práce se školou.

Hlavní činností PPP je přímá práce s těmito dětmi, kde výstupem je doporučení PPP, na jehož základě je volena nebo upravována vzdělávací cesta žáků. PPP aktivně ovlivňuje proces přijímání a upevňování poznatků, postojů a hodnotové orientace, konkrétně například volbu vhodného učebního stylu, rodinnou terapii, a podobně. Poskytuje také

kariérové poradenství, participuje na činnostech v oblasti prevence rizikového chování u dětí a mládeže, a napomáhá při rozvoji pedagogicko-psychologických kompetencí u pedagogů. (Národní ústav pro vzdělávání, online)

### **Speciálně pedagogické centrum (SPC)**

SPC je tvořeno týmem psychologů, speciálních pedagogů, a sociálních pracovníků. Klientelu tvoří děti, žáci a studenti od 3 do 19 let věku. Služby SPC jsou poskytovány ambulantní formou a návštěvou pracovníků ve školách, případně v rodinách.

Tým SPC zabezpečuje speciálně pedagogickou, psychologickou a další potřebnou odbornou pomoc v procesu pedagogické a sociální integrace klientů se zdravotním postižením, a to v úzké spolupráci s rodinami, školami, a dalšími zařízeními. SPC se soustředí zejména na depistáž klientů se zdravotním postižením, speciálně pedagogickou, psychologickou a sociální diagnostiku, poradenské, konzultační, terapeutické a metodické činnosti pro klienty, jejich rodinu či osoby odpovědné za výchovu, a pro pedagogické pracovníky, speciálně pedagogické stimulační a vzdělávací činnosti u integrovaných klientů, participaci při přípravě a zpracování individuálních výchovně-vzdělávacích programů, zpracování odborných podkladů a posudků, kariérové poradenství, či odborné činnosti v rámci prevence sociálně patologických jevů. (Národní ústav pro vzdělávání, online)

Speciální vzdělávací potřeby jsou pak naplňovány prostřednictvím poskytování podpůrných opatření. Takovými podpůrnými opatřeními se rozumí úprava organizace vzdělávání, úprava jeho obsahu, hodnocení forem a metod vzdělávání, školských služeb, a podobně. Základními prvky poradenství jsou služby diagnostické, intervenční, terapeutické, konzultační či informační, a jejich hlavním smyslem je příprava vhodných podmínek pro efektivní výchovu a vzdělávání. (Dokoupilová, 2016)

### **Podpůrná opatření**

Podpůrná opatření představují úpravu metod, organizace a hodnocení vzdělávání žáka a žákyně se speciálními vzdělávacími potřebami. Systém podpůrných opatření je pětistupňový, přičemž podpůrná opatření druhého až pátého stupně se poskytují na základě doporučení školského poradenského zařízení a se souhlasem zletilého žáka či studenta, nebo jejich zákonných zástupců.



## **Individuální vzdělávací plán (IVP)**

Individuálním vzdělávacím plánem se rozumí závazný školský dokument zahrnující informace o individuálních možnostech, schopnostech a potřebách žáka, studenta. IVP je zpracován na základě doporučení školského poradenského zařízení a žádosti zákonného zástupce. IVP obsahuje údaje o skladbě druhů a stupňů podpůrných opatření, identifikační údaje žáka, studenta, údaje o pedagogických pracovnících podílejících se na vzdělávání, a informace o úpravách obsahu vzdělávání, časovém a obsahovém rozvržení vzdělávání, úpravách metod a forem výuky a hodnocení, případně i informace o úpravě očekávaných výstupů vzdělávání.

Zpracování a provádění IVP zajišťuje škola, která s ním seznámí i všechny vyučující, a ve spolupráci se školským poradenským zařízením sleduje a nejméně jednou ročně vyhodnocuje jeho naplňování. (Sbírka zákonů, online)

## **Asistent/asistentka pedagoga**

Asistent (či asistentka pedagoga) je pedagogický pracovník naplňující podpůrná opatření ve vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami v rozsahu podpůrného opatření. Zajišťuje přímou pedagogickou činnost při výchově a vzdělávání podle stanovených postupů a pokynů, poskytuje podporu jiným pedagogickým pracovníkům při organizaci a realizaci vzdělávání, podporuje samostatnost a aktivní zapojení žáka se speciálními vzdělávacími potřebami.

### **3.2.3. Resort Ministerstva práce a sociálních věcí**

„Systém sociálních služeb je charakterizován množstvím vztahů založených na objektivních skutečnostech, které mají významný vliv na kvalitu života jedinců i společnosti.“ (Valenta, Michalík, Lečbych et al., 2012:102)

Tyto vztahy podle Michalíka (tamtéž) slouží zejména k ochraně oprávněných zájmů osob, jež jsou oslabeny je prosazovat. Základním rámcem k zajištění podmínek pro prosazování takových zájmů a zejména podpory je zákon o sociálních službách, který tak činí spektrem činností nezbytných pro sociální začlenění osob se zdravotním postižením a důstojné podmínky pro život. Poskytovaná pomoc a podpora má být pro takové lidi dostupná, efektivní, bezpečná, hospodárná, a v neposlední řadě kvalitní.

Sociální služby poskytují služby sociálního poradenství, které může mít podobu základního poradenství či odborného, služby sociální péče, které reagují na již existující události ucelenou podporou, a služby sociální prevence, jejichž cílem je takovým

událostem předcházet nebo alespoň zmírnit sociální vyloučení událostmi způsobené. Z hlediska místa poskytování dále můžeme sociální služby dělit na služby ambulantní, terénní a pobytové, či jejich kombinace. (Sbírka zákonů, online)

### **Příspěvek na péči**

Podstatou této podpory je přispět osobám závislým na pomoci jiné osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a na zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Taková osoba je závislá na pomoci osoby jiné v případě, kdy potřebuje v důsledku dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu každodenní pomoc nebo dohled. Stupeň závislosti se pak určuje dle zvládnání každodenní úkonů. Rozlišujeme závislost lehkou, středně těžkou, těžkou a úplnou závislost na druhé osobě při vykonávání úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti. (Koldinská dle Matoušek, 2011)

### **Služby sociální péče**

Do služeb sociální péče, které napomáhají osobám zajistit soběstačnost a podpořit tak život v jejich přirozeném prostředí včetně zapojení do běžného života společnosti, řadíme například služby osobní asistence, pečovatelské služby, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, centra denní služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení. (Matoušek, 2011)

### **Služby sociální prevence**

Služby sociální prevence jsou takové služby, které napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob ohrožených krizovou sociální situací. Mezi takové služby řadíme například tlumočnické služby, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory, seniorky a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitaci, a konečně ranou péči, které budou věnovány následující kapitoly.

# Raná péče jako sociální služba dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám

## 4. Charakteristika rané péče

„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.“ (Zákon o sociálních službách dle Sbírka zákonů, online)

Raná intervence je považována za podstatný článek při podpoře pozitivních výsledků rozvoje dětí, které jsou jakkoliv znevýhodněné. Raně intervenční postupy se zaměřují na podporu čtyř základních aspektů vývoje dítěte, na fyzický, kognitivní, behaviorální, sociální a emoční vývoj. (Burrows, Cowie, 2022)

Služba rané péče obsahuje základní činnosti typu výchovných, vzdělávacích a aktivizačních, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, poskytuje sociálně terapeutické činnosti a pomáhá rodině při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Raná péče byla legislativně zakotvena v roce 2006 v zákoně o sociálních službách jako preventivní sociální služba pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením, a to od narození do sedmi let věku. Ranou péči zasazujeme do jakéhosi sociálního modelu, jelikož se svými programy zaměřenými na dítě se zdravotním postižením a na celou jeho rodinu stává službou pro rodinu, za rodinu, v rodině a v komunitě. Právoplatně je považována za sociální službu právě pro její snahu o sociální začlenění takového dítěte a jeho rodiny a o podporu života tam, kde rodina žije. Za službu, která probíhá v přirozeném prostředí rodin, a která veškerou svou činností předchází institucionalizaci dítěte se zdravotním postižením. (Hradilková a kol., 2018)

Rané péči se v naší literatuře věnují kromě Mgr. Terezie Hradilkové, která se zasadila o její vznik, rozvoj a ukotvení v systému sociálních služeb v České republice, také PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D., či PhDr. Iva Jungwirthová.

### 4.1. Vývoj rané péče

Poznatky o vlivu prostředí obklopující dítě včetně rané interakce dítěte s matkou historicky sahají až do doby Konfucia, podněty k zájmu o ranou intervenci vyvolaly též Darwinovy teorie či Jan Amos Komenský. Vývoj rané intervence, která se začala

formovat ve Spojených státech Amerických, periodizoval Pretis (dle Dokoupilová, Hanáková, Kunhartová et al., 2015) do několika fází.

Fáze kompenzace rizika je spojována s 60. lety v USA, kdy se raná péče začala rozvíjet díky obecné podpoře obyvatel a vlády. O rozvoj sociálních programů a strategií se zasadil i někdejší americký prezident J. F. Kennedy. Jako reakce války s chudobou byly organizovány programy pro vyrovnání příležitostí dětí z ekonomicko-sociálně znevýhodněných rodin před nástupem do školy. Dále byly počátky rané intervence silně ovlivněny psychoanalytickými studiemi upozorňující na význam raného dětství.

Fáze objevení vlivu prostředí je charakteristická ústupem společnosti od mylných představ o kompenzačních schopnostech lidského organismu a terapií, a dává přednost smysluplným činnostem, kterých jsou aktivně účastni a za které jsou odpovědní zejména rodiče, kteří doposud intervenci pouze přihlíželi.

Fáze objevení zdrojů charakteristická zájmem odborníků a odbornic 90. let 20. století přesunout pozornost od deficitu samotného na celou rodinu. Orientace je zaměřena na rodinu jako celek, jehož je dítě se zdravotním postižením součástí.

Fáze resilience, kterou definuje Vágnerová (dle Dokoupilová, Hanáková, Kunhartová et al., 2015:14) jako „komplex protektivních faktorů, jež člověku pomáhají zvládnout nepříznivé události a přečkat je při zachované duševní rovnováze“, je v současné době stěžejním konceptem celé rané intervence.

Další periodizaci poskytuje Hradilková (dle Dokoupilová, Hanáková, Kunhartová et al., 2015):

První fáze, spadající do 60. let 20. století, se opírá o řadu výzkumů v oboru dětské psychologie, ale i neurologie, sociologie, a jejich nových poznatků o vývoji dítěte v raném vývoji. Už tehdy byla raná intervence chápána jako pomoc celé rodině.

Druhá fáze je charakteristická podrobným zpracováním cílů intervence, snahou o zmírnění důsledků zdravotního postižení a zařazení dítěte do procesu vzdělávání.

Třetí fáze vývoje rané intervence se týká současnosti, kdy tato intervence dosáhla takové úrovně a komplexnosti, že je měřítkem vyspělosti státu, a to v oblasti ekonomické a sociální politiky.

Vývoj rané intervence v českém prostředí je značně ovlivněn politickým uspořádáním do roku 1989. Pozdější zakotvení rané intervence s sebou ovšem nese i výhodu, a to zejména v možnosti navázání na již fungující systémy rané intervence v zahraničí včetně poučení se z případných nedostatků. Významný posun uvádí Kerekrétiová (dle Dokoupilová, Hanáková, Kunhartová et al., 2015) v týmové spolupráci, která nahradila

tehdejší izolovanou intervencí jednotlivých odborníků, a která je tak nyní schopna lépe identifikovat společnou oblast zájmu dítěte se zdravotním postižením a celé jeho rodiny.

Raná péče nebyla zpočátku nijak systematizována a její kompetence byly roztrženy mezi resorty zdravotnictví (poskytující zdravotní péči dětem raného věku), školství (speciálně pedagogická centra), a práce a sociálních věcí (poskytující sociální pomoc rodinám). (Šándorová, 2017)

V souvislosti s širokými změnami, kterými prošly sociální služby mezi lety 1998-2003, došlo k organickému ukotvení rané péče jako sociální služby pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením, a to zákonem č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. (Pretis, Barlová, Hradilková, 2019)

## **4.2. Cíle rané péče**

Služby rané péče se soustředí na podporu rodiny s dítětem se zdravotním postižením, a na rozvoji takového dítěte. Činí tak prostřednictvím poradenství, vzdělávacích aktivit, stimulace, krizové intervence apod. Poradci (a poradkyně) rané péče tak snižují negativní vliv a dopad postižení na dítě a jeho rodinu, podporují rozvoj dítěte, a to zejména v oblastech, které jsou v důsledku postižení oslabeny, a v neposlední řadě zvyšují kompetence rodiny, čímž snižují možnou závislost na sociálním systému. (Jeřábková, 2013)

Šándorová (2017) charakterizuje hlavní a dílčí cíle rané péče. Hlavní cíl shledává v předcházení možných důsledků postižení a podpoře senzomotorického, emocionálního, sociálního a intelektuálního vývoje, současně s odstraněním či zmírněním negativních následků. Kromě toho má raná péče za cíl vytvořit předpoklady pro sociální integraci nejen dítěte se zdravotním postižením, ale celé rodiny, tedy co možná nejvíce a nejaktivněji zapojit dítě se zdravotním postižením a rodinu do života ve společnosti.

Konkrétní, dílčí cíle jsou charakteristické preventivním působením proti sekundárním následkům zdravotního postižení, a to na psychický, citový a sociální vývoj. Takové působení by mělo probíhat na základě včasné diagnózy a rehabilitace díky vědeckým poznatkům z oblasti lékařství, které současně spojuje s poznatky z psychologie, speciální pedagogiky, a dalších vědních disciplín. Další dílčí cíl nalzáme ve snaze o zachování co nejlepší kvality zdraví a života dítěte se zdravotním postižením i jeho rodiny, a to prostřednictvím stimulace vývoje, sociální integrace dítěte a rodiny, zabránění vzniku druhotných postižení, snížení negativních vlivů, posílení kompetencí rodiny, integrace a inkluze.

Za základní stavební kámen úspěšné rané péče je shledávána právě včasná a správná diagnostika, komplexní působení na rozvoj dítěte, a poradenské služby. (Bazalová, 2014)

### **4.3. Základní činnosti rané péče**

Základní činnosti, které byly již obecně zmíněny, jsou legislativně zajištěny ve vyhlášce č. 391/2011 Sb. (Sbírka zákonů, online)

Tyto činnosti jsou rozděleny na výchovné, vzdělávací a aktivizační, činnosti zprostředkovávající kontakt se společenským prostředím, činnosti sociálně terapeutické, a činnosti napomáhající při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Níže budou podrobněji konkretizovány.

#### **Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti**

Do činností výchovných, vzdělávacích a aktivizačních řadíme zejména zjišťování potřeb, a to jak dítěte se zdravotním postižením, tak jeho rodiny, a zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů. Dále hovoříme o specializovaném poradenství a podpoře a posilování rodičovských kompetencí při péči o dítě se zdravotním postižením. Součástí je upevňování a nácvik dovedností, které napomáhají vývoji dítěte, a mají za cíl maximální možné využití a rozvoje schopností v oblasti kognice, sensoriky, motoriky a socializace.

#### **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím**

V tomto okruhu činností rané péče se jedná zejména o pomoc při obnovení či upevnění kontaktu s rodinou, pomoc a podporu při dalších aktivitách zacílených na sociální začlenění, a v neposlední řadě pomoc a podporu při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů.

#### **Sociálně terapeutické činnosti**

Sociálně terapeutické činnosti jsou poskytovány formou psychosociální podpory, zejména pak nasloucháním, formou podpory výměny zkušeností, a pořádání setkávání a kurzů pro rodiny.

#### **Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí**

Jedná se o činnosti zaměřené na pomoc při komunikaci, nácvik komunikačních dovedností a podporu svépomocných aktivit. Kromě toho se jedná o činnosti zaměřené

na doprovod rodičů při vyřizování různých žádostí, při kontaktu s lékaři, či jiná jednání týkající se vývoje dítěte se zdravotním postižením.

### **4.3.1. Formy činností rané péče**

Služby rané péče jsou primárně poskytovány terénní formou, mohou však být doplněny i o formu ambulantní, distanční služby, případně i case management a care management, které zajišťují všestrannou a kombinovanou pomoc s jinými službami konkrétnímu dítěti a jeho rodině. (Hradilková, 2018)

#### **Terénní forma**

Terénní rané péče probíhá formou individuální konzultace v rodinách s dítětem se zdravotním postižením. Terénní forma je významná nejen pro rodiče, kterým tak opadá starost s případným dojížděním za službou a s případnou potřebou hlídání sourozenců, únavou z cestování a podobně, ale také pro poradce rané péče. Ti totiž mají jedinečnou možnost poznat dítě a veskrze celou rodinu v jejich přirozeném prostředí založeném na bezpečí a spontaneitě, a tím lépe zjišťovat možnosti a potřeby rodiny.

#### **Ambulantní forma**

Ambulantní programy se odehrávají na pracovišti rané péče a jsou zaměřeny na stimulaci a terapie. Do této formy služby rané péče spadá i půjčování speciálních hraček a pomůcek, které mohou být často nákladné, a poskytují poradcům rané péče, stejně tak rodičům, nepřehledné množství možností při práci s dítětem se zdravotním postižením. Kromě hraček mají rodiče též možnost vypůjčení literatury.

#### **Distanční služby**

Do služeb rané péče neodmyslitelně patří i služba „na dálku“, při které není potřeba přímého kontaktu poradců rané péče s rodiči, jako telefonické konzultace, komunikace prostřednictvím internetu, ale i situace, kdy poradci rané péče poskytují rodičům kontakty na navazující služby, potřebné informace, nebo píšou doporučení a jiné zprávy. Novodobé technologie a rozmach sociálních sítí umožňují rodičům takzvaně „narázit“ na ranou péči v případě, že se o ní nedozví od lékařů, nebo si o službách rané péče chtějí zjistit podrobnější informace.

#### **4.4. Tým rané intervence**

Efektivní raná intervence se neobejde bez flexibilního interdisciplinárního týmu odborníků podílejících se na realizaci služeb. Na podpoře participují odborníci napříč resorty, kteří realizují podporu v oblasti speciální pedagogiky, sociální pedagogiky, sociálních služeb, psychologie a patopsychologie, oborů medicíny dle specifík dané cílové skupiny rané intervence, a kteří jsou schopni efektivně reagovat na specifické potřeby cílové skupiny. (Šándorová, 2017)

I přes meziresortní spolupráci na podpoře rodiny s dítětem se zdravotním postižením, která již byla výše popsána, shledává Šándorová (2015) v této spolupráci drobné nedostatky. Uvádí, že kupříkladu v rané péči ve zdravotnictví absentuje podrobnější zaměření na oblast psychického a sociálního zdraví dítěte a rodiny. Vyzdvihuje však snahy oboru sociálního lékařství o integraci zejména klinické psychologie, psychoterapie, či speciální pedagogiky do systému rané péče v oblasti zdravotnictví.

#### **4.5. Specifika a průběh rané péče**

Raná péče je sociální službou založenou na sociálním začlenění dítěte se zdravotním postižením a jeho rodiny. Jejím cílem je tak podpora běžného života rodiny tam, kde žije, a zejména cíle a potřeby těchto rodin jsou stěžejní pro výslednou podobu rané péče. Základním pilířem je podpora rodičů takovým způsobem, aby došlo k posílení jejich kompetencí a schopností správné volby výchovného modelu. Kromě primární prevence, kterou se rozumí podpora zdravotního stavu, se zaměřuje i na prevenci sekundární, která spočívá právě v podpoře rodin, kde cílem je eliminace rizik provázející zdravotní postižení. (Dokoupilová, Hanáková, Kunhartová et al., 2015)

Klientem rané péče, jak již bylo výše zmíněno, je celá rodina. Rodině je poskytováno poradenství při zvládnání péče o dítě se zdravotním postižením, je informována o specifických daného typu postižení. Raná péče poskytuje rodičům psychickou podporu při zvládnání zátěžových situací, nabízí speciální postupy, terapie, ale i kontakty na další služby.



Podpora rodiny	Podpora vývoje dítěte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sociální poradenství – informační podpora v oblasti dávek a pomůcek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• doporučení a zapůjčení vhodných hraček a pomůcek k podpoře psychomotorického vývoje</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pomoc při vyhledání a oslovení návazné služby v regionu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poradenství k podpoře psychomotorického vývoje včetně praktické ukázky a instruktáže rodičů</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• zapůjčení literatury a videomateriálů</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zhodnocení aktuální úrovně schopností a dovedností dítěte</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• doprovod k jednání s úřady a specialisty</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• semináře, přednášky</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• podpora komunity</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zprostředkování kontaktu s dalšími rodinami v obdobné situaci</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• poradenství rodičům a blízkým osobám ohledně vhodného způsobu výchovy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• akce a setkávání pro rodiny</li> </ul>

*Tabulka 1: Forma poskytovaných služeb rané péče (SPRP, 2015:7)*

První kontakt je iniciován rodinou, která o služby rané péče zažádá telefonicky, elektronicky či osobně, a to poté, co se o službě dozví. To by mělo nastat neprodleně po sdělení diagnózy lékařem. Při první informační návštěvě dochází k vyjádření potřeb rodiny a k seznámení se s nabídkou služeb rané péče. V tomto okamžiku se rodina rozhodne, zda svou situaci bude řešit s pomocí právě rané péče.

Dalším krokem je jakési vstupní jednání týmu pracoviště rané péče s rodiči dítěte se zdravotním postižením, kde rodina shrne své potřeby a tým pracoviště je informován o zdravotním stavu dítěte a situaci celé rodiny. Pokud se obě strany rozhodnou pro kooperaci, uzavře se smlouva, dohoda o poskytování služeb.

Samotné poskytování služeb probíhá v předem stanovených termínech, kdy poradce pro ranou péči navštěvuje rodinu v jejím domácím prostředí, případně se rodina účastní akcí organizovaných pracovištěm. Poradce pro ranou péči s rodinou sestaví individuální plán, který obsahuje konkrétní potřeby a cíle, kterých si rodina přeje dosáhnout, a to jak pro dítě se zdravotním postižením, tak pro sebe a případně další členy rodiny. Individuální

plán je zaznamenáván, v průběhu poskytování služeb jsou potřeby a cíle přehodnocovány či doplňovány o potřeby a cíle nové. Vyhodnocuje se, jakých cílů se za určité období dosáhlo, a zda se bude v poskytování služeb rané péče pokračovat.

Z pohledu poskytovatele služeb rané péče probíhají pravidelně semináře, konference a supervize, kde mají poradci pro ranou péči možnost sdílet své zkušenosti a získávat zpětnou vazbu, sebehodnotit se. Raná péče dále může spolupracovat s dalšími institucemi a komunitními službami.

K ukončení poskytování služeb rané péče dochází tehdy, kdy důvodem je přání rodiny, vyčerpání možností rané péče, tedy naplnění všech potřeb a cílů, či přechod dítěte do vzdělávacího programu. V takovém případě raná péče nabízí rodinám návazné služby. Raná péče sestaví rodině takzvanou Zprávu o rané péči, ke které má rodina možnost poskytnutí zpětné vazby a podnětů, a služba se ukončí. (Hradilková a kol., 2018)

## 5. Raná péče v kontextu sociální politiky

Sociální politiku chápe Krebs (dle Šándorová, 2015) jako jednání státu a dalších subjektů, které má pozitivním způsobem ovlivnit podmínky pro život. Konkrétněji ji definuje jako soubor aktivit, nástrojů a opatření reagující na nepříznivé sociální skutečnosti, jakými je kromě nezaměstnanosti, chudoby, stáří a nemoci právě i invalidita a zdravotní postižení.

V posledních letech převládá dle Matouška (2011) v mnoha evropských zemích snaha o nezávislost na státu coby jediného poskytovatele sociálních služeb. Stát by měl sociálním službám poskytovat vhodné prostředí, a to legislativou, standardizací, a garantovat tak jejich kvalitu. Služba rané péče je realizována nestátními poskytovateli služeb, kteří jsou podporováni dotacemi z veřejných financí.

### 5.1. Komunitní plánování

Ministerstvo práce a sociálních věcí charakterizuje podstatu komunitního plánování v zajišťování dostupnosti sociálních služeb. V praxi se jedná o mapování současného stavu poskytování sociálních služeb v dané lokalitě a potřeb uživatelů sociálních služeb. Komunitní plánování je cyklickým a spirálovitě se opakujícím procesem, při kterém vzniká konsenzus mezi potřebami a možnostmi realizace, a podílí se na něm uživatelé, poskytovatelé a zadavatelé sociálních služeb. (Komunitní plánování sociálních služeb dle MPSV, online)

Komunitní plánování, jak už název napovídá, probíhá v rámci komunity na daném území. Komunitu popisuje Matoušek (2011:123) jako „místní společenství spojující přímými vazbami obyvatele mezi sebou a obyvatele s místem, kde žijí.“ Komunitní plánování je zasazeno do zákona o sociálních službách, díky kterému je krajským úřadům uložena povinnost zpracovávat tyto plány rozvoje sociálních služeb.

Mezi hodnoty a principy komunitního plánování řadíme zejména důraz na aktivní zapojení uživatelů sociálních služeb včetně zastoupení jejich zájmů, zapojení širokého okruhu lidí a spolupracovníků, opakované ověřování závěrů s požadavky, a na zplnomocnění veřejnosti ke kontrole jeho uskutečňování. (Skřičková a kol. dle Pilát, 2015)

Postup komunitního plánování začíná popsáním stávající situace na daném území. Následuje stanovení priorit, které stojí na aktuálních tématech, a zpracování plánu rozvoje jakožto společné dohody uživatelů, poskytovatelů a zadavatelů, prostřednictvím stanovení opatření a konkrétních aktivit. Plán obsahuje informace o tom, jakým

způsobem, kým, a v jakém čase bude realizován. Tato realizace je posléze monitorována v průběhu plnění plánu. Po uplynutí období, na které je plán schválen, proběhne vyhodnocení, které dále otevírá cestu plánování na další časové období. (Metodiky pro plánování sociálních služeb dle MPSV, online)

## **5.2. Strategický plán rozvoje**

„Strategické plánování napomáhá k realizaci poslání organizace prostřednictvím vytvoření jasně systémové koncepce. Ta organizaci umožní dostat se z místa, kde se nachází, na místo, kam chce dojít.“ (Bachmann, 2011:78)

Účelem strategických plánů rozvoje sociálních služeb je nastavení systému sociálních služeb tak, aby reagoval na potřeby lidí v nepříznivých situacích, potenciálních uživatelů (a uživatelék) sociálních služeb, a pomohl umožnit žití těchto lidí v přirozeném prostředí bez nutnosti využití neformální péče. Strategické plány rozvoje jsou zpracovávány na úrovni státu, krajů a obcí, či konkrétní organizace.

Na úrovni státu hovoříme o Národní strategii rozvoje sociálních služeb, která se zpracovává na dané období, a je základním rámcovým dokumentem sociální politiky České republiky. Zadavatelem je v tomto případě vláda České republiky, která zpracování ukládá Ministerstvu práce a sociálních věcí, které tak činí ve spolupráci s Ministerstvem financí, Ministerstvem vnitra, Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, apod. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na určité období vždy reflektuje předchozí Národní strategii včetně dosavadních zkušeností. (Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025 dle MPSV, online)

Strategické plány rozvoje na úrovni krajů a obcí se opírají o ekonomické plány rozvoje a o plány územního rozvoje, a poskytovatelé ani uživatelé sociálních služeb na jejich tvorbě nejsou výrazným způsobem účastni. Strategické plánování na úrovni organizace se pak opírá například o východiska SWOT analýzy, a jejím obsahem by měly být cíle a priority organizace, způsoby, jak těchto cílů organizace dosáhne, definici osobních odpovědností, přehled o zdrojích a o předpokládaných nákladech, a definici indikátorů úspěchu. SWOT analýza<sup>1</sup>, charakterizující vnitřní silné a slabé stránky organizace a příležitosti a hrozby z vnějšího prostředí, se mimo jiné opírá i o zpětnou vazbu uživatelů a partnerských organizací. (Matoušek, 2011)

---

<sup>1</sup> SWOT = Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

Kromě zmíněné SWOT analýzy uvádí autoři Šedivý a Medlíková (2017:35) další analýzy, které slouží jako východiska pro strategické plánování. Konkrétně STEEP analýzu, která hodnotí vlivy vnějšího prostředí, analýzu konkurence, analýzu zainteresovaných skupin, či analýzu rizik.

## 6. Raná péče jako organizace

Organizaci v kontextu sociální práce chápou autorky Merhautová a Mrazíková jako celek, který má svůj obsah, své cíle, zákonitosti a pravidla, plánování, organizování a vedení, kontrolování, změny, týmovou práci a rozvoj. (Merhautová, Mrazíková dle Bicková et al., 2011)

Organizace rané péče spadá do nestátního neziskového sektoru a je vedena manažerem (či manažerkou), který má jasno v cílech organizace, a úzce spolupracuje s ostatními pracovníky, protože jedině úzká spolupráce zaručuje následování těchto cílů. Jedním z hlavních úkolů managementu organizace je podle Matouška (2011) strategické plánování.

Struktura organizace je „přehledným systémem fungování jednotlivých pracovních rolí souvisejícím s pracovními náplněmi, obsahem činností a povinnostmi, které se ke každé pracovní pozici vztahují.“ (Bělohávek, Košťan, Šuleř dle Bicková et al., 2011:96)

Management může mít mnoho podob a definic, v prostředí neziskového sektoru však hovoříme o takzvaném neziskovém managementu, který Bachmann chápe jako „proces rozhodování o co nejlepším využití omezených organizačních zdrojů pro poskytování takových služeb, které pomohou řešení problémů cílové skupiny.“ (2011:62)

### 6.1. Kultura organizace

Pojem organizační kultury se dostává do popředí již v 60. letech minulého století v souvislosti s efektivností manažerských technik organizací. Kultura tak zajišťuje úspěch a účinnost organizací, například autoři Kilmann, Saxton a Serpa (dle Lukášová, 2010:17) ji definují jako „sdílené filosofie, ideologie, hodnoty, přesvědčení, názory, očekávání, postoje a normy, které odhalují implicitní či explicitní skupinový souhlas s tím, jak rozhodovat a řešit problémy ...“ Je zřejmé, že kultura organizace zásadním způsobem ovlivňuje tvorbu strategie dané organizace včetně její implementace. (Lukášová, 2010)

Kultura organizace je na jedné straně nástrojem managementu organizace, na straně druhé je silně ovlivněna kulturním nastavením dané společnosti. Takové nastavení národní kultury může zásadním způsobem ovlivnit výkon organizace. Manažer tedy má za úkol vytvořit v dané organizaci či její části takovou kulturu, která umožní co nejlepší výkon. „Když se zaměříme na kultury organizací, zjistíme, že se od sebe vzájemně liší, podobně jako se od sebe liší osobnosti jednotlivců: každá je svým způsobem originálem.“ (Müller, 2013:88)

Müller (2013) uvádí hodnoty, které danou organizační kulturu ovlivňují. Jsou jimi historie organizace, velikost organizace, cíle organizace, a lidé tvořící komunitu organizace. Kultura dané organizace tvoří prostředí pro realizaci strategie, kterou organizace zaujímá. Strategii organizace vnímáme jako jakousi hnací sílu, ovšem kultura je něčím, co této síle udává směr.

Autoři Sanders a Neuijen (dle Müller, 2013) vyvinuli takzvaný model kulturních znaků, jakožto nástroj, který slouží k pojmenování a charakteristice kultury dané organizace. Vytvořily škálu, kterou se naplňuje celkem šest znaků organizace, kterými jsou:

- zaměření **na postupy**, nebo zaměření **na výsledky**,
- zaměření **na člověka**, nebo na zaměření **na práci**,
- **svázanost s organizací**, nebo **svázanost s profesí**,
- organizace jako **otevřený systém**, nebo **uzavřený systém**,
- **přísná kontrola**, nebo **volná kontrola**,
- **pragmatická**, nebo **normativní** kultura.

### **Zaměření organizace na postupy, nebo na výsledky**

Pracovníci zaměřené na postupy plní spíše rutinní úkoly, čímž se vyhýbají riziku a naplňují pouze nejnutnější instrukce. Pracovníci zaměřující se na výsledky sami aktivně vymýšlejí postupy práce a zaměřují se při svém výkonu na cíle.

### **Zaměření na člověka, nebo na práci**

V kultuře organizace zaměřené na člověka je důraz kladen na vzájemné vztahy, spolupráci, a na zdraví a prospěch pracovníků. Na druhou stranu zaměření organizace na práci je charakteristické tlakem na výkon. Pracovníci se v takovém případě zaměřují pouze na práci, nezbývá kapacita na posilování vzájemných vztahů a rozhodování probíhá spíše individuálně.

### **Svázaní s organizací, nebo s profesí**

Svázanost pracovníků s organizací může nést znaky závislosti na organizaci. Ti poté spojují svou vlastní budoucnost s budoucností organizace. Jsou-li proti tomu svázaní s profesí, cítí plnou odpovědnost a jsou schopni plánovat vlastní rozvoj, k čemuž využívají prostor organizace, ve kterém mají možnost uplatnit a zdokonalit své schopnosti a dovednosti.

## **Organizace jako otevřený, nebo uzavřený systém**

Otevřený systém organizace slouží k rychlé orientaci, akceptaci, a tvorbě synergických vazeb. Uzavřený systém organizace může způsobovat dezorientaci a absenci sdílnosti.

## **Organizace s přísnou, nebo volnou kontrolou**

Pracovníci, na které je uplatňována přísná kontrola, striktně dodržují stanovená pravidla, ať už jde o postupy práce, nebo přísné dodržování začátků a konců pracovní doby, schůzí, apod. Volná kontrola se uplatňuje v organizacích zaměřených spíše na funkčnost než na striktní dodržování pravidel.

## **Pragmatická kultura, nebo normativní kultura**

Pro pragmatickou kulturu organizace je charakteristické zaměření se na výstupy a cíle než na striktní dodržování přesných předpisů, postupů. Naopak normativní kultura organizace se vyznačuje soustředěností na přesné postupy více než na naplnění cílů.

Prvky organizační kultury jsou jakési nejjednodušší funkční jednotky představující stavební kámen organizace. Základní prvky tvoří zejména přesvědčení, hodnoty, normy, postoje. (Lukášová, 2010)

Dle charakteru organizací rané péče (jakožto organizací neziskových, jejichž nabízeným produktem je zejména pomoc určitým cílovým skupinám) lze tvrdit, že raná péče je organizací se silnou kulturou, která jednoznačně sdílí hodnoty, postoje a cíle svého působení, je zaměřená na práci s člověkem, na výsledky, a naplňuje tak zejména prvky kultury pragmatické.

### **6.1.1. Supervize v organizaci**

Pod pojmem supervize je možné si představit jakousi podporu v reflexi práce, vztahů, a v hledání nových řešení problematických situací. Supervize může podpořit prohloubení prožívání, lepší porozumění situacím, ve kterých se pracovníci ocitají, rozvoj tvořivého myšlení a nových perspektiv v profesním životě. (Supervize, 2006, online)

Supervize byla v sociálních službách pojímána jako poradenský proces mezi supervizorem (či supervizorkou) a pracovníkem v sociálních službách, a jeho hlavním cílem bylo zlepšení situace klientů a klientek. V 80. letech se však pozornost začala přemísťovat z klientů i na sociální pracovníky. Supervize tak začala zaujímat jakýsi trojúhelník ve vztahu supervizor-supervizant-klient. Postupem času se dostávala do



popředí i samotná organizace jakožto prostředí, ve kterém supervize probíhá, jelikož i prostředí a jeho kultura má na vztahu nemalý význam. Towler (dle Havrdová, 2011) nazval prostředí organizace jako takzvaného „neviditelného klienta“, se kterým se při supervizi chtě nechtě pracuje. Ze supervizního trojúhelníku se tedy stává čtyřúhelník, a dává prostor neformálnímu učení, zpracování emocí a vztahů, a zpětné vazbě. (Havrdová, 2011)

## **6.2. Poskytovatelé služeb rané péče**

Služby rané péče jsou zřizovány nestátními neziskovými subjekty, jejichž činnosti byly vždy zaměřeny na podporu, pomoc a prosazování zájmů určité cílové skupiny, a pro jejichž činnosti jsou vytvořeny podmínky a pravidla státem. Střediska rané péče jsou také ve většině případech rozdělena dle cílových skupin. Dlouholetou tradici mají střediska pro cílovou skupinu dětí se zrakovým a sluchovým postižením. Aktuálně je Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky evidováno na čtyři desítky poskytovatelů služeb rané péče napříč cílovými skupinami rodin dětí se zdravotním postižením. (Příloha 2 - Tabulka 5: Registr poskytovatelů služeb rané péče, dostupný z MPSV, online)

## **6.3. Standardy kvality poskytování služeb rané péče**

Sociální služby se zaměřují na kvalitu života, zejména pak na její zvýšení nebo udržení. Kvalita života jedince je založena na subjektivním vnímání jeho pozice v životě a to jak v kontextu zdraví somatického a psychického, tak v kontextu kultury, hodnot, cílů, zájmů a očekávání. (Malík Holasová, 2014)

„Při poskytování služeb je kladen důraz na dodržování lidských práv při individuálním plánování služeb, respektování svobodné vůle klienta, na zajištění jeho důstojného života a zaměření se na jeho sociální začlenění, integraci.“ (Šándorová, 2017:50)

Sociální služba rané péče, stejně jako jakákoliv jiná sociální služba, by měla být jednoznačně vymezena, tedy mít jasně formulovaná pravidla poskytování a veřejné závazky. Za obecný cíl je při vykonávání sociálních služeb kladeno zajištění míry podpory vedoucí k samostatnému a důstojnému životu. Poskytovatel sociální služby uzavírá s klientem smlouvu o poskytování sociálních služeb, která stanovuje základní práva a povinnosti obou stran, a zaručuje zaměření se na konkrétní situaci člověka, a to formou individuálního plánování. Individuální plánování vychází z individuálních potřeb, cílů a přání daného klienta.

Standardy rozumíme jakési soubory kritérií, jež definují úroveň kvality poskytovaných služeb, a to v personálním zabezpečení, provozním zabezpečení a ve vztahu mezi poskytovatelem a klienty. Tato úroveň kvality je pravidelně monitorována a kontrolována, a případně aktualizována managementem poskytovatele služeb rané péče. Kontrola je prováděna inspektorem kvality poskytování služeb rané péče a monitoring Asociací rané péče České republiky, z.s. (ARPČR). Tato asociace sdružuje poskytovatele služeb rané péče, kteří se hlásí k dohodnuté a požadované kvalitě poskytování této sociální služby. (Šándorová, 2017)

ARPČR formuluje ukazatele takzvané dobré praxe a kvality poskytované služby rané péče v pracovním materiálu „Optimální model rané péče“ a „Druhové standardy kvality služeb“. Účelem těchto materiálů je sledování, podpora a zvyšování kvality sociálních služeb rané péče, prezentace oboru rané péče včetně jeho prosazování, hájení zájmů pracovišť rané péče a jejich pracovníků, zajišťování vzdělávání pracovníků rané péče. Pracoviště rané péče, které je členem ARPČR, je zároveň držitelem Garance kvality služby, která je udělována na dobu dvou let. Kromě udělování garancí kvality jednotlivým pracovištím rané péče řadíme mezi základní činnosti ARPČR spolupráci jednotlivých pracovišť, poskytování vzájemné odborné podpory, odbornou a publikační činnost, propagování rané péče směrem k odborné a laické veřejnosti, mezinárodní spolupráci, vzdělávání pracovníků, modernizaci a profesionalizaci ARPČR. (ARPČR, online)

Při standardním poskytování služeb rané péče by její pracovníci měli dodržovat zásady, mezi než kupříkladu Společnost pro ranou péči, z. s. (Standardy rané péče, 2017, online) řadí:

- zásadu důstojnosti,
- zásadu ochrany soukromí klienta,
- zásadu zplnomocnění,
- zásadu nezávislosti,
- zásadu práva volby,
- zásadu týmového přístupu a komplexnosti služeb,
- zásadu přirozenosti prostředí,
- a zásadu kontinuity péče.

Standardy kvality sociálních služeb dělíme do tří okruhů, a to na standardy procedurální, personální a provozní. Ty jsou pak přesněji definovány a formulovány na míru konkrétní sociální službou. Vzhledem k orientaci na služby rané péče a pro

komplexní obraz jsou tyto okruhy níže doplněny o konkrétní podobu Standardů rané péče dle Společnosti pro ranou péči, z. s. (Standardy rané péče, 2017, online)

### Standardy procedurální

Procedurální standardy definují cíle a způsoby poskytování služeb, poslání služby. Zaměřují se zejména na ochranu práv svých uživatelů, a to při jednání se zájemci o službu, uzavíráním dohody o poskytování služeb, či plánování a samotném průběhu poskytovaných služeb. Procedurální standardy určují, jaké nezbytné údaje o uživatelích se shromažďují, a informují uživatele o možnostech stížnosti na kvalitu poskytovaných služeb. (Matoušek, 2011:137-128)

<b>PROCEDURÁLNÍ STANDARDY</b>	
<b>Přijímání</b>	
Standard: Služba rané péče používá zavedený způsob přijímání klienta, má stanovená pravidla přijímání a kritéria klientely.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zajištění prvního kontaktu,</li> <li>- informovanost zájemce o podmínkách, kritériích,</li> <li>- zaznamenání cílů a zakázky zájemce,</li> <li>uzavření dohody o poskytování služeb, ...</li> </ul>
<b>Dohoda o poskytovaných službách</b>	
Standard: Služba rané péče je předmětem jasně formulované dohody mezi poskytovatelem a klientem, která je vyjádřením shody mezi nabídkou poskytovatele a objednávkou klienta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informovanost zájemce o možnostech,</li> <li>- vyhodnocení potřeb zájemce,</li> <li>- jasný a srozumitelný obsah dohody,</li> <li>- možnost změny či doplnění dohody,</li> <li>- cíle služby, ...</li> </ul>

<b>Plánování služeb</b>	
Standard: Přijímání klientů, poskytování služeb a ukončení služeb je plánováno s klientem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- plánování poskytování s ohledem na kapacitu, vybavení, specializaci, apod.,</li> <li>- každý klient má určeného odpovědného pracovníka,</li> <li>- odborná a praktická příprava tohoto pracovníka,</li> <li>- podpora ve formulaci potřeb, cílů, přání,</li> <li>- sestavení a zaznamenávání individuálního plánu,</li> <li>- spoluúčast klienta na plánování,</li> <li>- systém předávání informací mezi pracovníky, ...</li> </ul>
<b>Kvantifikace služeb</b>	
Standard: Pracoviště garantuje základní frekvenci služeb konzultací v domácím prostředí, všem svým klientům bez rozdílu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- minimální počet konzultací a jejich frekvence,</li> <li>- vnitřní předpisy,</li> <li>- metodika služby,</li> <li>- záznamy z konzultací,</li> <li>- dokumentace klienta, evidence služeb, ...</li> </ul>
<b>Komplexní posouzení potřeb klienta</b>	
Standard: Pracoviště rané péče plánuje a poskytuje komplexní vyhodnocení potřeb celé rodiny /klient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- komplexní týmové vyhodnocení potřeb klienta,</li> <li>- vyhodnocování potřeb rodičů i dítěte se zdravotním postižením,</li> <li>- účast klienta, odborníků z pracoviště, externích odborníků, ...</li> </ul>
<b>Poradenství</b>	
Standard: Pracovníci služeb rané péče poskytují klientovi poradenství podle individuálních potřeb klienta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- poradenství pro cílovou klientelu,</li> <li>- použití vypracované metodiky a postupů,</li> <li>- poradenství formou rozhovoru, písemně, prostřednictvím literatury, formou semináře,</li> <li>- speciální poradenství na základě cílů a zakázky klienta,</li> <li>- zprostředkování konzultace se členy týmu, ...</li> </ul>

<b>Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti</b>	
Standard: Pracoviště rané péče poskytuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a podporu rodině jako celku	<ul style="list-style-type: none"> <li>- poskytování obecných i speciálních informací,</li> <li>- podpora interakce s dítětem,</li> <li>- stimulace vývoje dítěte,</li> <li>- podpora rodiny, pomoc při prosazování práv a zájmů, ...</li> </ul>
<b>Ukončení služby</b>	
Standard: Služba rané péče se řídí ustálenými pravidly pro ukončení služby	<ul style="list-style-type: none"> <li>- seznámení s časovým rozpětím služby,</li> <li>- pravidla pro ukončování služby,</li> <li>- poskytnutí informací o návazné péči,</li> <li>- vypracování zprávy o rané péči, ...</li> </ul>
<b>Hodnocení a zpětná vazba</b>	
Standard: Služba monitoruje a hodnotí účinnost (efektivitu) služby a využívá zpětné vazby	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zpětná vazba poskytována klienty, pracovníky, vedoucími, zřizovateli, apod.,</li> <li>- hodnocení jednotlivých konzultací,</li> <li>- hodnocení individuálních plánů,</li> <li>- hodnocení činnosti a kvality služeb,</li> <li>- reflexe hodnocení v další práci s klienty i v celkové činnosti, ...</li> </ul>
<b>Dokumentace</b>	
Standard: Služba rané péče má zavedený systém vedení dokumentace, který zaznamenává jednotlivé kroky v procesu plánování a poskytování služeb	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vedení písemné dokumentace o klientovi a o poskytovaných službách,</li> <li>- souhlas s dokumentací a informovanost o využití dokumentace,</li> <li>- právo klienta na náhled či spoluúčast při tvorbě dokumentace,</li> <li>- uchovávání dokumentace po stanovenou dobu včetně zajištění ochrany proti zneužití, ...</li> </ul>

<b>Stížnosti</b>	
Standard: Poskytovatel služeb rané péče má vypracovaný způsob podávání a vyřizování stížností, který je přístupný klientům a závazný pro personál.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informovanost o možnosti podání stížnosti,</li> <li>- pravidla a postup při vyřizování stížnosti,</li> <li>- písemný zápis o stížnosti a informovanosti vedoucího pracovníka,</li> <li>- vyhodnocení podaných stížností včetně závěrů a způsobu jejich vyřizování, ...</li> </ul>

*Tabulka 2: Procedurální standardy (Standardy rané péče, 2017, online)*

### **Standardy personální**

Personální standardy určují strukturu personálního zajištění poskytovaných služeb, jejich kvalifikaci, pravidla pro příjem a následné zaškolování pracovníků. Kromě toho definují organizační strukturu, pracovní podmínky a profesní rozvoj pracovníků a celého týmu. (Matoušek, 2011:137-128)

<b>PERSONÁLNÍ STANDARDY</b>	
<b>Tým služby raná péče</b>	
Standard: Pracovníci rané péče pracují v týmu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- složení týmu,</li> <li>- zajištění kvalifikovaného komplexního vyhodnocení potřeb,</li> <li>- plnění společného individuálního plánu, ...</li> </ul>
<b>Výběr pracovníků</b>	
Standard: Poskytovatel služeb rané péče pečlivě vybírá pracovníky do svého týmu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- postupy pro výběr pracovníků,</li> <li>- připravenost pracovníka v teorii i praxi,</li> <li>- absence diskriminace z důvodu pohlaví, rasy, národnosti, zdravotního postižení, ...</li> </ul>
<b>Přijímání pracovníků</b>	
Standard: Služba rané péče používá ustálený systém přijímání pracovníků	<ul style="list-style-type: none"> <li>- příjem pracovníků s odpovídající kvalifikací,</li> <li>- postupy dle zákoníku práce a dalších právních norem,</li> <li>- informovanost o podmínkách, právech, povinnostech, ...</li> </ul>

<b>Zaškolování pracovníků</b>	
Standard: Pracoviště rané péče má vypracovaný systém zaškolování pracovníků	- plán zaškolování pro konkrétní pozici, ...
<b>Práce s dobrovolníky</b>	
Standard: Poskytovatel služeb rané péče do své činnosti zahrnuje práci dobrovolníků a studenty	- stanovená očekávání od práce dobrovolníků, - stanovená role a kompetence dobrovolníků, - začlenění a zaškolování dobrovolníků, - zpětná vazba dobrovolníků, ...
<b>Další vzdělávání pracovníků</b>	
Standard: Pracovník rané péče má možnost se průběžně dále vzdělávat	- systém dalšího průběžného vzdělávání pracovníků, - možnost zvyšování kvalifikace související s pracovním zařazením, potřebami klientů, - podpora účasti na vzdělávacích akcích, - výměna zkušeností s tuzemskými i zahraničními poskytovateli rané péče, ...
<b>Supervize</b>	
Standard: Poskytovatel rané péče zajišťuje svým pracovníkům, týmům i organizaci jako celku možnost interní i externí supervize	- systém interní a externí supervize, - ustálený a pravidelný systém porad a setkávání, - právo na žádost o supervizi, - ustálený a pravidelný systém setkávání s pracovníky a vyhodnocování výsledků společné práce, ...
<b>Výměna informací</b>	
Standard: na pracovišti rané péče probíhá aktuální výměna potřebných informací	- informovanost o aktualitách na pravidelných poradách, - systém rozdělování informací, - pravidelné porady vedoucích, týmů, ...
<b>Rozdělení kompetencí</b>	
Standard: V organizaci existuje profesní rozčlenění	- vědomí o pracovní náplni, povinnostech a kompetencích, ...

pracovníků a jejich kompetencí	
<b>Kvantifikace práce poradce rané péče</b>	
Standard: Ve Společnosti pro ranou péči je standardní na jeden pracovní úvazek poradce rané péče maximálně 25 klientů (rodin).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- monitoring a řízení práce pracovníků,</li> <li>- dbání na zastupitelnosti pracovníků a pružné reakce na situace a potřeby klientů, ...</li> </ul>

*Tabulka 3: Personální standardy (Standardy rané péče, 2017, online)*

### **Standardy provozní**

Provozní standardy charakterizují místní a časovou dostupnost služby, definuje postupy při nouzových a havarijních situacích, a informuje o způsobu zajištění kvality služeb jakožto veřejného závazku. Kromě toho jsou obsahem tohoto okruhu standardů ekonomické náležitosti, jako rozpočet, výroční zprávy, pravidla pro přijímání darů, systém hospodaření, apod. (Matoušek, 2011:137-128)

<b>PROVOZNÍ STANDARDY</b>	
<b>Způsob zajištění důstojného prostředí</b>	
Standard: Provozní a organizační struktura služby rané péče respektuje individuální potřeby klienta, jeho důstojnost a jedinečnost. Zaručuje důstojné pracovní zázemí svým zaměstnancům.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organizační a provozní řád,</li> <li>- bezbariérovost a bezpečnost ambulantních prostor,</li> <li>- zdroje pro zajištění služeb,</li> <li>- standardní výbava a pomůcky,</li> <li>- zásady práce zaměstnanců,</li> <li>- ochrana informací o klientovi, ...</li> </ul>
<b>Poskytování služby z místního a časového hlediska</b>	
Standard: Poskytovatel služeb rané péče realizuje vypracovaný systém plánování a poskytování služeb z místního a časového hlediska.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vymezení regionu působnosti,</li> <li>- plánování zdrojů a prostředků pro terénní službu,</li> <li>- realizace časového plánu poskytování služeb,</li> <li>- koordinace činnosti s dalšími službami,</li> <li>- plánování konzultací při respektování běžného chodu a rytmu života rodiny, ...</li> </ul>



<b>Informování o službě</b>	
Standard: Poskytovatel rané péče dostupným a srozumitelným způsobem informuje potenciální zájemce o službu a místa prvního kontaktu s nimi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aktivní depistáž,</li> <li>- informování o nabízených službách osoby a instituce, na které se potenciální klientela obrací,</li> <li>- tvorba plánu a podkladů pro prezentaci činnosti vně organizace,</li> <li>- budování vztahů s dalšími organizacemi, ...</li> </ul>
Standard: Poskytovatel rané péče dostupným a srozumitelným způsobem informuje své klienty, zaměstnance a spolupracovníky o nabízených službách.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zajištění včasné informovanosti klientů a zaměstnanců o službách,</li> <li>- informovanost externích pracovníků o zásadách a činnostech, ...</li> </ul>
<b>Způsob reakce na havarijní a nouzové situace</b>	
Standard: Poskytovatel služeb rané péče dbá na podmínky ochrany bezpečí a zdraví zaměstnanců a klientů a má připravená řešení pro nouzové a havarijní situace	<ul style="list-style-type: none"> <li>- definice míry zodpovědnosti na zdraví a bezpečnosti zaměstnanců,</li> <li>- zajištění technického, administrativního a provozního zázemí,</li> <li>- pravidelné kontroly vybavení a zázemí,</li> <li>- ustálené postupy při havarijní a nouzové situaci, ...</li> </ul>
<b>Způsob zajištění soukromí klienta</b>	
Standard: Poskytovatel respektuje právo klienta na ochranu soukromí	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dbání na ochranu soukromí klienta a informací o něm,</li> <li>- prostorová ochrana soukromí klienta při ambulantních programech, ...</li> </ul>

<b>Management</b>	
Standard: Management služeb zajišťuje potřeby organizace a řídí ji v zájmu klientů.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- podíl pracovníků vedení, správy, administrativy a údržby na zabezpečení zázemí pracoviště,</li> <li>- poskytování služeb tak, aby rodinu nečinily na službě závislou,</li> <li>- koordinace poskytování služeb,</li> <li>- podíl klienta na plánování a poskytování služeb, ...</li> </ul>
<b>Nakládání s finančními prostředky a majetkem</b>	
Standard: Poskytovatel služeb rané péče účelně využívá finanční prostředky a majetek získané na poskytování služeb a další činnosti, své hospodaření zveřejňuje ve výroční zprávě	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zisk a využití prostředků s ohledem na terénní charakter a poslání služby,</li> <li>- systém získávání finančních prostředků,</li> <li>- tvorba rozpočtu,</li> <li>- pravidla pro získávání a nakládání s dary,</li> <li>- výroční zprávy, ...</li> </ul>
<b>Životní prostředí</b>	
Standard: Služby rané péče jsou poskytovány s ohledem na úspornost a ochranu životního prostředí	<ul style="list-style-type: none"> <li>- plánování činností související s poskytováním služeb s ohledem na úsporu a ochranu životního prostředí,</li> <li>- bezpečnost a přívětivost pracovního prostředí,</li> <li>- úsporné využívání energií a pracovních prostředků, ...</li> </ul>
<b>Úroveň kvality služeb</b>	
Standard: Poskytovatel služeb rané péče zajišťuje kvalitu poskytovaných služeb	<ul style="list-style-type: none"> <li>- řízení zdrojů pro dosažení maximálního účinku,</li> <li>- zajištění provozu s ohledem na mobilní charakter služeb,</li> <li>- druhové standardy kvality služeb,</li> <li>- sledování dodržování standardů, ...</li> </ul>

<p>Standard: Poskytovatel služeb rané péče zjišťuje kvalitu poskytovaných služeb, pravidelně ji vyhodnocuje a ze zjištění vyvozuje důsledky pro praxi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dokumenty a procesy vyhodnocování kvality služeb,</li> <li>- pravidelná vyhodnocování kvality služeb,</li> <li>- zahrnutí zpětných vazeb klientů,</li> <li>- otevřenost vůči externí kontrole kvality,</li> <li>- koordinace závěrů z kontrol, uvádění závěrů do praxe, ...</li> </ul>
---	---

Tabulka 4: Provozní standardy (Standardy rané péče, 2017, online)

## 6.4. Individuální plánování

Individuální plánování je jedním z nejdůležitějších ukazatelů kvality sociálních služeb. Má v systému kvality zásadní postavení, jelikož kvalita plánování a kvalita poskytování služby jsou silně provázanými jevy. Autoři Haicl a Haiclová také uvádějí, že „v procesu plánování služby se přímo zrcadlí poslání organizace, její cíle, okruh osob a zásady sociální služby.“ (Haicl, Haiclová dle Bicková et al., 2011:23)

Individuální plánování vyžaduje partnerství a respektování individuálních potřeb, zaručuje ochranu práv, důstojnost a nezávislost. Pojem *plánování* se objevuje v sociálních službách od roku 2002 v souvislosti se zpracováním Národních standardů kvality sociálních služeb, které jsou odpovědí česko-britského projektu mající za cíl podporu změn v otázkách kvality poskytování sociálních služeb. (Bicková et al., 2011)

### 6.4.1. Proces a metodika individuálního plánování

Zatímco intaktní dítě prochází jednotlivými fázemi vývoje přirozeně a takřka bez nutnosti věnování pozornosti ze strany odborníků, u dítěte se zdravotním postižením je tato pozornost nutná. Takové dítě vyžaduje včasnou intervenci již v těchto ranných stádiích a fázích vývoje zejména pro jejich dynamičnost, důležitost jejich dosažení, a pokud možno jejich úspěšného zvládnutí. Individuální plán je proto jedním z hlavních nástrojů pro stanovení cílů a metodou pro jejich dosažení. (Li, Potměšil, 2016)

Individuální plánování je dynamickým a záměrným procesem vyznačujícím se strukturou a kontinuitou. Hrdinová (dle Bicková et al., 2011:74) definuje plánování jako „cestu ke klientovi, který vnímá osobní zájem klíčového pracovníka o svoji osobu, a současně je i cestou k pracovníkovi, protože ten se skrze proces plánování učí vnímat nejen myšlenky, emoce a prožitky klienta, ale také svoje, a pracuje s tématy, která pracovníkovi otvírají cestu jak k profesnímu, tak i osobnímu růstu.“

Jak název napovídá, individuální plán není záležitostí univerzální, nýbrž šitý na míru konkrétním a specifickým potřebám klienta, tedy dítěti se zdravotním postižením a jeho rodině. Tvorba individuálního plánu je výsledkem týmové spolupráce odborníků z oboru speciální pedagogiky, psychologie, sociální práce a jiných oborů dle specifík daného postižení, a v neposlední řadě i spolupráce rodičů. I přes požadavek na individualitu by se každý takový plán měl držet alespoň jakéhosi schématu a obsahovat všechny potřebné náležitosti. (Li, Potměšil, 2016)

Individuální plán by měl obsahovat

- anamnestická data,
- informace o případné dosavadní intervenci,
- informace o aktuálním stavu,
- lékařské zprávy včetně medikace a indikace možných vedlejších účinků,
- aktuální schopnosti, dovednosti,
- cíle rané intervence v krátkodobém a dlouhodobém horizontu,
- metody evaluace a metody měření výsledků intervence.

Jak již bylo nastíněno výše při charakteristice průběhu rané péče, individuální plán není fixní a může se v průběhu měnit dle nabytých zkušeností jak ze strany pracovníka rané péče, tak ze strany klienta, tedy rodiny s dítětem se zdravotním postižením. Při tvorbě a následné průběžné revizi individuálního plánu se užívá metod rozhovoru, pozorování, případně studia dokumentace dítěte se zdravotním postižením. (Haicl, Haiclová, dle Bicková et al., 2011)

## Výzkumná část

### 7. Úvod do výzkumu a jeho cíle

Teoretická východiska sociální práce v kontextu zdravotního postižení dala poskytnout vzhledu do problematiky specifické cílové skupiny, kterou tvoří dítě se zdravotním postižením a jeho rodina, a službě sociální prevence, která je této cílové skupině poskytována. Výzkumná část diplomové práce se zabývá sociální službou poskytovanou organizacemi pro ranou péči.

Již existující výzkumy související s poskytováním služeb rané péče byly doposud zaměřeny na intervenci klienta, dítě se zdravotním postižením a jeho rodinu. Výzkumy se zabývaly spokojeností uživatelů s poskytováním rané péče, na úroveň informovanosti potenciálních uživatelů rané péče o poskytované službě, na skupinovou a komunitní práci s rodinami, analýzu potřeb rodin dětí se zdravotním postižením, a podobně. Výzkum diplomové práce se proto zabývá službou rané péče z pohledu poradců rané péče.

#### Cíle výzkumu

Výzkum si klade za cíl prozkoumat specifika sociální práce s rodinou, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením, a organizační kulturu středisek rané péče, a to z pohledu poradců pro ranou péči.

#### Výzkumné otázky

##### **A) Sociální práce s rodinou, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením:**

- Jak probíhá individuální intervence s rodinou, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením?
- Jak se mění rodinná situace rodiny, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením?

##### **B) Kultura organizace rané péče:**

- Jak je vnímána kultura organizace poradci/poradkyněmi pro ranou péči?

## **7.1. Metodika výzkumu**

Výzkum se opírá o kvalitativní strategie, které jsou zaměřené na idiografický přístup, tedy na jedinečnost a specifičnost sledovaného fenoménu. Principem kvalitativního přístupu je získat co nejvíce dat k dané problematice. (Novotná dle Novotná, Špaček, Šťovíčková, 2019)

Kvalitativní výzkum se soustředí na méně případů, zato intenzivněji, do hloubky, a zkoumá specifické situace. (Gavora, 2000)

### **Charakteristika zkoumaného vzorku**

Výzkumný vzorek byl vybrán účelově, jelikož vyplývá přímo z výzkumného problému. Jsou jím střediska rané péče na území České republiky. Výzkumný problém je přímo vázán na střediska rané péče, u kterých byly jednotlivé jevy sledovány.

Informanty tvořily poradkyně pro ranou péči na území České republiky. Rozhovorové otázky se typově (Hendl, 2016) vztahovaly zejména ke zkušenostem informantek s poskytováním služeb rané péče rodinám s dítětem se zdravotním postižením, ale i k pocitům a vnímání, které k charakteru služby neodmyslitelně patří.

Rozhovory poskytly informantky, poradkyně pro ranou péči, z celkem tří středisek rané péče, přičemž jeden z rozhovorů byl uskutečněn s organizací zastřešující střediska rané péče působící napříč Českou republikou. Na přání informantek však nebudou zveřejněna jména jejich ani středisek, které pro rozhovor zastoupily.

### **Charakteristika průběhu šetření**

Kvalitativní strategii užitou při výzkumu byla metoda polostrukturovaného rozhovoru, který měl připravenou tematickou osnovu včetně jasně formulovaných otázek, kterými byla získávána data pro zodpovězení otázek výzkumných.

Polostrukturované rozhovory probíhaly synchronně prostřednictvím platformy Microsoft Teams vzhledem k epidemiologické situaci pandemie covidu-19.

Rozhovory nebyly nahrávány, získaná data byla pro stručnost rozhovorových otázek zaznamenávána formou poznámek.

V úvodu byly informantky seznámeny s průběhem šetření a bylo jim nastíněno téma, které je předmětem šetření. Samotný rozhovor trval 40-60 minut.

## 8. Organizace výzkumného šetření

Sběr dat probíhal od března do června roku 2021. Bylo zkontaktováno několik středisek pro ranou péči napříč Českou republikou, přičemž s participací na výzkumu souhlasily celkem tři poradkyně zastupující různá střediska. Výzkum byl orientován kvalitativně a formou rozhovoru s polostrukturovanými otázkami, na které měly informantky možnost odpovídat i v širší rovině. Vzhledem k nepříznivé situaci vlivem pandemie covidu-19 byla pro rozhovory zvolena forma videohovorů prostřednictvím média Microsoft Teams. Odpovědi informantek byly synchronně zapisovány a po skončení rozhovoru ověřovány.

Výzkum je rozdělen na dvě části. První část se zabývá sociální prací s rodinami s dětmi se zdravotním postižením z pohledu poradkyň pro ranou péči. Zaměřuje se na průběh individuálního poradenství a intervenci poradkyň pro ranou péči s těmito rodinami a na změny rodinných situací. Zkoumá očekávání a cíle rodin, průběh smířování se se vzniklou situací, změny, ke kterým dochází, ale také příčiny prodlení prvního kontaktu s ranou péčí nebo příčiny předčasného ukončení poskytování služeb rané péče. Druhá výzkumná část se zaměřuje na politiku a kulturu organizací rané péče. Kromě kapacitních možností zkoumá spokojenost poradkyň s managementem, souznění s cíli a posláním rané péče, vztah poradkyň a klientů, vztah poradkyň a vedení organizace, a také poměr poskytování služeb a administrativy. Vzhledem k povaze rozhovoru, jež měl předem stanovené otázky poskytující jakýsi tematický rámec, bylo při analýze dat užito metody kódování právě na základě těchto otázek.

Za hlavní rizika výzkumu byla považována neochota na participaci ze strany poradkyň pro ranou péči a to z několika důvodů. Jedním takovým bylo pracovní vytížení vzhledem k aktuálně nízkému personálnímu zajištění konkrétních oslovených poboček, či obava z přílišné transparentnosti pobočky, kterou by mohl výzkum způsobit. Z toho důvodu také nebyly rozhovory nijak zaznamenávány, konkrétní poradkyně včetně organizací zůstávají v anonymitě, a veškeré odpovědi byly s informantkami po ukončení rozhovoru verifikovány.

S výše popsány riziky úzce souvisí i rizika etická, například dodržování zásad mlčenlivosti. Informantky při vyjadřování se ke konkrétním otázkám často používaly příklady z praxe s rodinami, ovšem bez uvádění jakkoliv konkrétních dat a jmen.

Za přínos výzkumu pro obor sociální práce je považováno propojení s úzce souvisejícím oborem, jímž je speciální pedagogika. Dále zaměření se i na dalšího přímého

účastníka poradenského procesu rané péče kromě její klientely, tedy na samotné poradkyně pro ranou péči. V tomto ohledu je cílem výzkumu jak popis probíhající intervence s rodinami s dítětem se zdravotním postižením, tak vnímání organizace včetně její kultury a politiky.



## 9. Interpretace dosažených výsledků výzkumu

### Rozhovor č. 1

#### Výzkumná část A)

#### **Sociální práce s rodinou, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením**

Poradkyně pro ranou péči v úvodu rozhovoru uvedla obecné údaje o průběhu poskytované služby. Charakterizovala první kontakt rodiny a rané péče, který je značně individuální, a v některých případech nastává neprodleně po zjištění diagnózy, nebo i po několika letech. Příčinu odkladu vyhledání služby rané péče rodičem odůvodnila nevědomostí o službě na straně jedné, a vyrovnáváním se a nadějí ve zlepšení zdravotního stavu dítěte na straně druhé. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.1.)

Za zdroje, díky kterým se klienti rané péče dozvěděli o možnosti využití služeb, poradkyně považuje v první řadě internet a sociální sítě, poté odborníky či lázeňské služby. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.2.)

Při prvním kontaktu a při tvorbě individuálního plánu rané péče s rodinou zaznamenává poradkyně pro ranou péči výrazně zaměřenou pozornost zejména na dítě a jeho potřeby. Postupem času se ovšem očekávání rodiny mění, cíle se zaměřují nejen na dítě se zdravotním postižením, ale i na potřeby celé rodiny. Poradkyně pro ranou péči s rodinou každoročně prostřednictvím dotazníku vyhodnocuje nastavené cíle, jejich naplněnost, a případnou úpravu či změnu cílů. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.3.)

Poradkyně pro ranou péči v souvislosti se smiřováním rodiny s nastalou situací konstatuje, že se jedná o proces spirálovitý, ve kterém se jednotlivé fáze přijetí a smiřování mohou opakovat, a tím pádem smíření nemusí nikdy nastat, případně jen zdánlivě anebo momentálně. Dle slov poradkyně se rodina každou chvílí setkává s dalšími překážkami či novými situacemi, které jsou pro rodinu náročné a mohou způsobit jakýsi návrat do konkrétních fází procesu přijetí. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.4.)

Rodině jsou v průběhu poskytování služeb rané péče nabízeny i návazné služby, a to jak pro dítě se zdravotním postižením a jeho rozvoj, tak pro celou rodinu. Konkrétně se jedná o terapie (arteterapie, hipoterapie, ...) a zprostředkování kontaktu na odborníky

z oblasti psychologie, psychoterapie, na krizové linky, a podobně. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.5.)

K otázce změn, kterým rodiny nově s dítětem se zdravotním postižením čelí, se poradkyně vyslovila rozsáhle, jelikož se jedná o ryze individuální problematiku. Veškeré změny dle poradkyně závisí na síle a stabilitě jakési rodinné základny. Popisuje, že kde byla základna špatná, po narození dítěte se zdravotním postižením je ještě horší, bortí se, a kde je základna dobrá, tam se stane ještě silnější, stabilnější, stmelnější. Poradkyně pro ranou péči charakterizovala tuto nově nastalou situaci v rodině jako jakousi „prověrku rodinné sítě“. Kromě vztahových záležitostí však popsala i konkrétní hmotné změny, jako přestavby a úpravy bydlení (zejména u dětí s tělesným postižením), či změny v režimu rodiny. Popisuje, že se rodiny zpočátku snaží o zachování jakéhosi komfortního režimu beze změny ve výdělečných činnostech, avšak většina je prý nakonec nucena ke změně. Ambice rodin jdou ve většině případech stranou, alespoň jeden z rodičů mění pracovní poměr na poloviční úvazek, a podobně. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.6.)

Se změnami, kterým musí rodina čelit, souvisí i problematika segregace či exkluze. Poradkyně popisuje, že rodina s dítětem se zdravotním postižením má často tendence se segregovat sama. Příčinou toho je zejména strach z nepřijetí. Rodina se tak často sama vyčleňuje, dochází k zapření se. Rodiny, které se společně s dítětem se zdravotním postižením chtějí aktivně zapojit například do volnočasových aktivit, se často střetávají s bariérou honby za výkonem, kvůli které není dítě přijato. Tyto rodiny proto poptávají takové možnosti a aktivity, kde by byl prostor čistě na aktivizaci dítěte, vyplnění volného času, a v širším důsledku také na odpočinek rodičů. Odpočinek souvisí i s problematikou hlídání dítěte se zdravotním postižením. V některých rodinách nejsou pro tuto potřebu k dispozici prarodiče či jiní rodinní příslušníci, rodiny se ostýchají poptávat někoho „externě“, a v konečném důsledku dochází k jakési rodinné „uzavřenosti“, čímž trpí i partnerský život rodičů. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.7.)

Poradkyně pro ranou péči se vyjadřuje k vyčerpatelnosti služeb rané péče pro konkrétní rodinu, se kterou může dojít k ukončení spolupráce ze strany rané péče, a to tehdy, kdy rodina nespolupracuje, či dojde ke změně bydliště. V každém případě raná péče ukončuje spolupráci po vzájemné dohodě, dojde-li k naplnění vytyčených cílů, a rodina tím pádem služby rané péče již nepotřebuje. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.8.)

Ze zpětných vazeb rodin, které využívaly služby rané péče, vyplývá jednoznačná pozitivní zkušenost, vděk, naplněná očekávání, a dojetí, jelikož pro rodiče i pracovníka

nastává konec jakéhosi vzájemného partnerství, které za sebou zanechalo spoustu kladných výsledků. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.9.)

## **Výzkumná část B)**

### **Kultura organizace rané péče**

Konkrétní středisko rané péče má pevně stanovenou kapacitu rodin, kterou může v daný moment pojímat, a to činí 100 rodin. Za rok je to ovšem až 130 rodin. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.1.)

Na jednoho poradce či poradkyni rané péče v tomto středisku připadá 20-25 rodin, přičemž záleží na dojezdové vzdálenosti a na specializaci poradce či poradkyně. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.2.)

Co se souznění s cíli organizace týče, poradkyně považuje cíle organizace za totožné se svými vlastními cíli coby zaměstnankyně, dokonce i s cíli poskytovatele, jímž je charita. Za sebe i za jiné kolegy, kolegyně, poradkyně pro ranou péči sdílela spokojenost jak s cíli, tak s jejich úspěšným naplňováním. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.3.)

Vztah ke klientům služby rané péče, rodinám s dítětem se zdravotním postižením, poradkyně charakterizuje ve většině případech jako partnerský. Občas shledává spolupráci s rodinami náročnou, zejména zapříčiněnou nedostatečnými kompetencemi rodičů, což podle poradkyně někdy způsobuje překlenutí poradce do dominantní pozice. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.4.)

K managementu organizace se poradkyně vyjadřuje velmi pozitivně. Popisuje, že poradkyním je věnována stoprocentní důvěra v samostatných činnostech, podpora tak jednoznačně převyšuje kontrolu. Zaměstnancům jsou poskytovány pravidelné intervize a možnosti sebehodnocení. Obecně poradkyně charakterizovala prostředí organizace jako vstřícné a kolegiální. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.5.)

Kromě výše zmíněné intervize, která probíhá formou konzultace vedoucího střediska s rodinou klíčového poradce, mají zaměstnanci možnost i supervize, a neformálně probíhá i časté sdílení zážitků, pocitů s jinými kolegy. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.6.)

V souvislosti s případnou etikou při poskytování služeb rané péče se poradkyně zmínila o problematice jakéhosi suplování jiných organizací, a to zejména u rodin s nižším sociokulturním postavením. Popisuje, že se nevyhne dojmům, že rodina zneužívá pomoci navíc, poradkyni považuje za osobního asistenta a požaduje asistenci

i při úkonech a v situacích, které by mohla (a měla) zvládnout sama. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.7.)

Organizace dle poradkyně aktivně naslouchá svým zaměstnancům v otázkách zlepšení služby či jen běžného poskytnutí zpětné vazby. Pracovník, pracovnice může podat návrh na zlepšení nějakého konkrétního postupu, a vedoucí pracoviště tento návrh zpracovává a posílá „hierarchicky výše“, kde probíhají rozhodovací a plánovací procesy na úrovni financování a realizace. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.8.)

Z hlediska časové dotace pro práci s rodinou poradkyně věnuje 70-80 % času práci rodině, z toho jednu polovinu terénní konzultaci, přímé práci. Popisuje, že jedna konzultace čítající mezi jednou až dvěma hodinami návštěvy v rodině „spolkne“ až šest hodin času, do které je zahrnuta příprava pomůcek, dojezd, samotná konzultace, zápis z konzultace, a podobně. Kromě toho je čas poradců, poradkyň pravidelně věnován poradám, vzdělávání, či intervizím a supervizím. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.9.)

## **Rozhovor č. 2**

### **Výzkumná část A)**

#### **Sociální práce s rodinou, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením**

Poradkyně pro ranou péči popsala průběh prvního kontaktu s klientem, rodinou s dítětem se zdravotním postižením. Kontakt probíhá v návaznosti na neonatologické oddělení, kde je stanovena diagnóza, či předpoklad rizikového vývoje. Poradkyně však popsala i případy, kdy je pro rodinu informace o možném postižení takovým šokem, že nastane prodleva někdy i tři až pět let. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.1.)

Z úvodu vyplynulo, že se rodiny nejčastěji o rané péči dovídají prostřednictvím lékařů v nemocnicích. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.2.)

Rodina dle zkušeností poradkyně pro ranou péči přichází do služeb rané péče hlavně kvůli dítěti, jeho rozvoji, vývoji, pro poradenství ohledně pomůcek. Raná péče rodinám slouží i jako jakýsi filtr informací, kterých je pro rodinu v této situaci přehřšel. Postupem času však nastává u rodin přehodnocení cílů a do popředí se dostávají i potřeby celé rodiny. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.3.)

Problematiku smířování poradkyně popsala jako individuální. V prvním roce se rodina rychle přizpůsobí změnám a naučí se s nově vzniklou situací žít, avšak se samotným smířením mají výrazný problém. Ačkoliv se může zdánlivě znát, že je rodina smířená, nastávají stále další situace, při kterých situace na rodiče znovu takzvaně „dolehne“.

Zejména k tomu dochází při vývojových meznících, jako jsou například narozeniny, nástup dítěte do školky či školy, ale například i při situacích jako je dovolená, Vánoce, a podobně. Poradkyně připouští, že v rodinách nedochází k absenci radosti, štěstí, avšak kdyby rodiče měli možnost volby a tuto situaci zvrátili, neváhali by. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.4.)

V souvislosti s dalšími službami, které rodina s dítětem se zdravotním postižením může využívat, poradkyně uvedla, že raná péče je pro rodiny jakýmsi koordinátorem služeb. Poskytuje komplexní pohled na celou situaci rodiny včetně jejích potřeb, a je schopna individuálně poskytnout kontakty na odborníky a odbornice z oblasti logopedie, ergoterapie, canisterapie, psychologie, či rodinné terapie. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.5.)

Poradkyně pro ranou péči se dále vyjadřuje ke změnám, ke kterým zpravidla dochází, a kromě přizpůsobení bydlení a případné bezbariérovosti popisuje situace týkající se mezilidských vztahů. Vnímá časté problémy v sourozeneckých vztazích, kdy jsou sourozenci takzvaně „odsunuti na druhou kolej“, a mají těžkosti v porozumění vzniklé situaci. Na druhou stranu nezaznamenává negativní důsledky pro partnerský vztah, rozvody, ovšem hovoříme-li pouze o době, kdy probíhá raná intervence. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.6.)

Poradkyně připouští, že často dochází k segregaci rodiny, která se však ve většině případů izoluje sama, čemuž se snaží mimo jiné zamezit právě raná péče. U rodin dochází ke strachu z nepřijetí, z toho, že budou středem pozornosti, že o nich bude okolí mluvit, a podobně. Poradkyně však zastává názor, že společnost se v tomto ohledu výrazně zlepšuje. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.7.)

Službu rané péče dle poradkyně využívá v maximální možné časové míře, tedy do sedmi let věku dítěte, jen malé množství rodin. To se děje zejména proto, že rodina se postupem času stává sebevědomější a sebejistější v péči o dítě se zdravotním postižením, či už dosáhla jakéhosi „stropu“ a raná péče jí dále nemá co nového nabídnout. Cíle rodiny a jejich naplnění se každoročně kontrolují, případně se individuální plán obnovuje, upravuje. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.8.)

Při ukončení služby rodina vyplňuje výstupní dotazník, kde má možnost reflektovat poskytované služby ranou péčí. Z těchto dotazníků dle poradkyně vyplývá spokojenost a naplněná očekávání. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.9.)

## **Výzkumná část B)**

### **Kultura organizace rané péče**

Pobočka rané péče, kterou poradkyně tímto rozhovorem zastoupila, čítá 125 rodin, přičemž na jednoho pracovníka připadá 20-23 rodin. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.1., 2.2.)

Poradkyně popsala kladný vztah k hodnotám organizace, při jejichž tvorbě je spolu s ostatními zaměstnanci přítomna, tudíž se dle jejích slov nestává, že by někdo s těmito hodnotami nesouzněl. Kromě toho uvedla, že probíhá pravidelné setkávání pracovníků, kde probíhá hodnocení cílů organizace a jejich naplněnosti, ročně pak probíhá jejich revize, definice, či se stanovují cíle nové. S těmito cíli se tedy neustále pracuje, poradkyně je shledává měřitelnými a dosažitelnými. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.3.)

V souvislosti se vzájemnými vztahy mezi poradkyní a klientem, rodinou, poradkyně upozorňuje na možnou inklinaci k dominanci vůči rodině. Je si však vědoma nutnosti partnerského vztahu a respektování jakýchkoliv rozhodnutí rodin. Tvrdí, že zkušený pracovník, zkušená pracovnice toho sice ví přirozeně více, než rodiče, kteří se ocitli v pro ně naprosto nové situaci, ale i přesto nesmí „předbíhat“, a musí dát rodině prostor, aby se na některé věci přišla sama. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.4.)

Poradkyně uvádí, že v rámci organizace probíhají pravidelné provozní a odborné porady, metodické kontroly s cílem podpory odbornosti poradců a poradkyň, a kontroly výkonu. Každý týden na pracovišti probíhá evaluace, kde pracovníci zhodnotí silné a slabé stránky. Obecně však v tomto středisku rané péče probíhá oboustranná a účinná komunikace založená na partnerském vztahu. (Příloha, rozhovorová otázka 2.5.)

S partnerskými vztahy, kolegiální a týmovostí, která zde panuje, souvisí i vzájemná pomoc v situacích, ve kterých si nemusí poradkyně vědět rady. Kromě toho se poradci pravidelně účastní supervizí a intervizí. (Příloha, rozhovorová otázka 2.6.)

Poradkyně v otázce etiky připustila, že občas musí čelit takzvaným „horkým chvilčkám“. Takové definovala jako přílišnou familiárnost ze strany rodiny vůči poradkyni. Cítí-li se rodina ve vztahu s poradkyní komfortně, může u rodiny dojít k jakémusi přehlédnutí hranice mezi profesní a osobní rovinou, poradkyni nabídne tykání, navazuje kontakt na sociálních sítích, nabízí dary, „úplatky“, a podobně. Upozorňuje však, že jako poradkyně si vždy musí zachovat dekorum a snažit se tento vztah za každou cenu uchovat v rovině profesní. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.7.)

V souvislosti se spokojeností s vedením organizace a vzájemné kooperace poradkyně uvádí, že organizace naslouchá svým pracovníkům, pracovnícím na pravidelných poradách, kde mají možnost zhodnotit svou práci a také poskytovat náměty na zlepšení služeb. Kromě toho organizace pracovníkům vychází vstříc při nákupu nových pomůcek, při vzdělávání se v terapiích, a podobně. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.8.)

K poměru přímé práce s rodinou a administrativními povinnostmi se poradkyně vyjádřila, že požadavky a realita se spíše rozcházejí. Dle úřadů by přímá práce s klienty měla činit 60-80 % činnosti, avšak dle poradkyně se jedná sotva o 60 %. V cca 6,5 hodinách práce pro rodinu se skrývají pouhé dvě hodiny přímé konzultace. Úřady však dnes už považují i tuto administrativu „mimo“ rodinu jako součást přímé práce s rodinou. Poradkyně přiznává, že jedno bez druhého činit nejde, že se přímá práce a administrativa doplňují a vzájemně se o sebe opírají, a že i práce „mimo“ rodinu je ve výsledku pro rodinu. V závěru shledává tento poměr za vyvážený a individuálně nastavovaný tak, jak je potřeba. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.9.)

### **Rozhovor č. 3**

#### **Výzkumná část A)**

#### **Sociální práce s rodinou, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením**

Dle poradkyně pro ranou péči rodina kontaktuje tuto pobočku rané péče zpravidla kolem prvního roku věku dítěte se zdravotním postižením. Neděje se tomu tak bohužel ihned po narození, a to i přesto, že je diagnóza stanovena, zejména z důvodu šoku rodiny a obtíží v procesu smířování. Někdy je však i samotný diagnostický proces dlouhý a na diagnózu se „čeká“. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.1.)

O rané péči se rodiny z 80 % dozvídají přímo od lékařů neurologie či očního lékařství, v ostatních případech díky internetu. Poradkyně pro ranou péči se však domnívá, že lékaři nemají v služby rané péče patřičnou důvěru, nepovažují je za důležité. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.2.)

Rodiny vyhledávají službu rané péče s očekáváním „zázraku“, za jaký považují uzdravení jejich dítěte, vymizení postižení. Očekávání rodin jsou tak často velká, nereálná. Kromě toho vnímají ranou péči jako zdroj psychické podpory a místo, kde se mohou vypovídat. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.3.)

Smířování rodin s nastalou situací dle poradkyně pro ranou péči probíhá individuálně. Ke smíření však nedojde nikdy, nebo pouze zdánlivě. Zprvu velká očekávání se postupně

snižují na reálnější cíle. První rok života dítěte je v procesu rané intervence nejdůležitější – probíhá stanovení cílů a zhodnocení aktuálního stavu, což v rodičích vzbuzuje motivaci nebo naopak stagnaci. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.4.)

Poradkyně pro ranou péči považuje ranou péči kromě jiného také jako koordinátora služeb, jakéhosi prostředníka. Zprostředkovává služby psychoterapeutické, logopedické, fyzioterapeutické, ergoterapeutické, dále kontakty na speciálně pedagogická centra a pedagogicko-psychologické poradny a jiná školská zařízení. Kromě toho odkazuje na nadace, například kvůli finanční podpoře na speciální pomůcky, organizuje setkávání rodin, kurzy, odborné kurzy, a jiné. (Příloha 1, rozhovorové otázky 1.5.)

S nově vzniklou situací dochází dle poradkyně v rodinách ke změnám zejména vztahovým. Zpravidla se setkává s upevněním vztahů, spíše než s rozpadem, dále se těší z větší osvěty prarodičů, kteří dle jejího názoru k rodinné situaci v poslední době zaujímají výrazně lepší postoj, než tomu bylo například před revolucí. V rodině také dochází ke změně představ o budoucím životě, změně ambic a priorit. Dochází samozřejmě i k hmotným změnám, jako ke změně bydlení či jeho rekonstrukce, či k materiálním, kdy se vynakládají finance na pomůcky, dojíždění za službami, lékařskou péčí, a podobně. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.6.)

Raná péče se v otázkách segregace a exkluze rodiny s dítětem se zdravotním postižením staví aktivně, a to snahou o zamezení tomuto fenoménu, jak ostatně vychází z cílů dle zákona. Pokud k němu dochází, tak je tomu však ze strany rodiny samotné. Dle slov poradkyně také ve společnosti dochází k větší osvětě a ke snižování diskriminace, to se avšak i nadále odvíjí od typu postižení a jeho závažnosti, kdy například zrakové postižení je pro společnost „přijatelnější“ než mentální postižení. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.7.)

Z hlediska využívání služeb rané péče v maximální možné délce, tedy do sedmi let věku dítěte se zdravotním postižením, shledává poradkyně cirká 20 % rodin. Průměrně se jedná o dvou až tříletou spolupráci. Každoročně probíhá aktualizace individuálního plánu, při které kromě zhodnocení aktuálního stavu dochází k dohodě mezi poradci a rodinou, zda ve spolupráci budou pokračovat. Důvodem předčasného ukončení spolupráce bývá dosažení jakéhosi „stropu“, rodina nalezne své limity a zároveň se stává samostatnější, sebevědomější, zvládá si poradit sama. K otázkám ukončení spolupráce poradkyně dodala, že by poradci, poradkyně měli být schopni rodinu seznámit s faktem, že všechny dosažitelné cíle byly dosaženy a nadále již není na čem pracovat. Často však nastává, že se rodina nedokáže od rané péče „odepnout“, je na službě „závislá“. Již sice



nevyužívá služby rané péče tak intenzivně, ale vyhovuje jí alespoň konzultace, která slouží jako jakási psychická podpora a možnost k jakémusi vypovídání se. Nastávají ovšem i situace, kdy předčasně ukončí spolupráci rodina samotná, a to z důvodu, že sama nabývá pocitu, že již nepotřebuje hledat cíle a dosahovat jich. Poradkyně upozorňuje na palčivý problém, kterým je absence návazných služeb. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.8.)

Po ukončení spolupráce rodina poskytuje zpětnou vazbu formou dotazníku, ze kterých dle poradkyně vyplývají pozitivní ohlasy. Některé cíle, zejména ty cíle, které si rodina nastolila na počátku, nejsou vždy naplněny, to je však způsobeno uvědoměním se reálných limitů. Poradkyně připustila i případy nespokojenosti rodin, která je zdůvodněna potřebou častějších konzultací, na což bohužel raná péče nemá časovou kapacitu, a to zejména kvůli administrativním povinnostem. Dalším důvodem nespokojenosti bývá i nenaplnění očekávání, kdy rodina doufala v uzdravení jejich dítěte. (Příloha 1, rozhovorová otázka 1.9.)

## **Výzkumná část B)**

### **Kultura organizace rané péče**

Tato konkrétní pobočka rané péče pojímá až 150 rodin. Na jednoho poradce pak připadá cirká 25 rodin. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.1., 2.2.)

V rámci organizace dochází každoročně k revizi cílů, což dle poradkyně motivuje zaměstnance k jejich naplnění a podpoře. Tato pobočka také úzce spolupracuje s místní neonatologií, což považuje za výrazný benefit. Dodává, že by střediska rané péče měla být více rozdělena dle cílových skupin, typů postižení, což by umožnilo hlubší vhlad do problematiky těchto jednotlivých skupin, oproti všeobecným základům ke každému typu postižení. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.3.)

Poradkyně považuje partnerství ve vztahu ke klientovi, rodině s dítětem se zdravotním postižením, za klíčové. Uznává, že poradci pro ranou péči mohou občas „sklouznout“ k dominanci, ale také k submisi. Dominanci popsala na příkladu, kdy se na rodinu „zlobí“, protože nekoupila pomůcky pro rozvoj dítěte, submisi jako stav, kdy je rodinou nadměrně zaúkolována až zneužívána. Aby nedošlo ani k jednomu extrému, dochází dle slov poradkyně k pravidelným intervizím vedoucího pracoviště přímo v rodině klíčového poradce, a supervizím, kde mají poradci prostor k práci s emocemi. Dodala, že výjimečně nastávají situace, kdy je nutná změna klíčového poradce, a to z důvodu osobních problémů s konkrétní rodinou. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.4.)

Management organizace rané péče poradkyně popsala jako stabilní. Ve vedení se nachází team leader, který má přímé zkušenosti s ranou péčí. V organizaci obecně vládne demokracie a vztahy jsou rovnocenné. Dodává, že raná péče (ostatně jako jiné sociální služby) touží v otázkách vedení zejména po zkušenosti v oboru, takzvaně po vypracování se od píky. Nevyhledává inovace na úkor stability organizace. Rovnocenné partnerství dokládá vysokou mírou osobní zodpovědnosti, značnými pravomocemi, a vlastním time-managementem. Důraz je kladem na zázemí pobočky, vybavenost pomůckami, doplňující vzdělávání a rozvoj pracovníků, pracovníc. (Příloha 1, rozhovorové otázky 2.5.)

V souvislosti se vztahy poradkyně potvrzuje, že v situacích vyžadujících pomoc zkušenějších kolegů či nadřízených se ocitá denně, ať už se pomoc týká pouhé možnosti a prostoru ke sdílení pocitů, tak probíhají pravidelné porady a supervize. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.6.)

S etickými problémy se poradkyně v rodinách setkává také prakticky denně. Rodina má tendence překračovat pomyslné hranice a navazovat bližší vztahy, například nabídkou týkáni, vyhledáváním osobních kontaktů (sociální sítě). Kromě toho se poradkyně setkává i s již zmíněným zneužíváním služby spojeným se závislostí, nabízení úplatků a podobně. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.7.)

Poradkyně vyjadřuje spokojenost s již zmíněnými demokratickými standardy v organizaci, kdy mají všichni možnost podílení se na rozhodovacích procesech, a obecně na pracovišti panuje otevřenost, naslouchání, a působení ze strany vedení charakterizuje jako nedirektivní. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.8.)

Poradkyně neshledává, že by i přes vysokou míru administrativy docházelo k úkoru přímé práce s rodinou. Poměr charakterizovala jako 60% přímou činnost vůči 20% činnosti administrativní. Konzultace zpravidla vyžaduje hodinu a půl až dvě hodiny, zápis z konzultace cirká jednu hodinu, je třeba brát v potaz i čas strávený na cestě za rodinou a přípravou. (Příloha 1, rozhovorová otázka 2.9.)

## **10. Závěrečná diskuse a interpretace získaných výsledků výzkumu**

Výzkum sestává ze dvou částí, kdy první se zaměřuje na sociální práci s rodinami s dětmi se zdravotním postižením, a to z pohledu poradkyň pro ranou péči, které s těmito rodinami intervenují. Věnuje se individuálnímu poradenství, prvnímu kontaktu včetně jeho případného prodlení, očekáváním rodin a jejich cílům. Dotýká se i problematiky smířování rodiny s nově vzniklou situací, nebo příčinám předčasného ukončení poskytování služeb. Druhá výzkumná část se věnuje pohledu poradkyň pro ranou péči na kulturu organizace a jejich vnímání cílů a poslání rané péče, vztahů poradkyň s klienty anebo s vedením organizace. Získaným výsledkům byly přiřazeny kódy zahrnující oblast, které byla při výzkumném rozhovoru věnována pozornost, a data jednotlivých rozhovorů byla shrnuta.

### **Výzkumná část A)**

#### **Sociální práce s rodinou, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením**

- **Jak probíhá individuální intervence s rodinou, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením?**
- **Jak se mění rodinná situace rodiny, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením?**

#### ***První kontakt rodiny s ranou péčí***

Z rozhovorů s poradkyněmi pro ranou péči vyplynulo mnoho závěrů, které budou postupně charakterizovány. Zkušenosti s prvním kontaktem s rodinou a časových prodlev od zjištění diagnózy a kontaktování rané péče se u poradkyň shodovaly. Vyplynulo, že první kontakt je záležitostí individuálního rázu ze strany jednotlivých rodin, kdy některé rodiny s navázáním kontaktu neotálejí a vyhledávají služby rané péče bezprostředně po zjištění diagnózy, a některé rodiny potřebují více času na zpracování celé situace, než se rozhodnou služby využít. Kromě toho je však nutné brát v potaz i souvislost s povědomím o rané péči, kdy se některým rodinám nedostane informací o možnostech využití služeb rané péče. V takovém případě selhává propojenost služeb a týmový přístup k rodinám s dítětem se zdravotním postižením.

### ***Povědomí o rané péči***

Za zdroje informací pro rodiny s dítětem se zdravotním postižením o službách rané péče považují poradkyně pro ranou péči ošetřující lékaře a další odborníky zabývající se problematikou zdravotního postižení, internet a sociální sítě. Z rozhovorů vyplynulo, že v některých případech bohužel selhává informovanost rodin ze strany lékařů, kteří nepovažují služby rané péče za důležité, nebo sami nejsou dostatečně informováni o těchto službách. Z toho důvodu jsou poradkyně vděčné za rozmach sociálních sítí a za možnost vlastní prezentace prostřednictvím internetových stránek a podobně.

### ***Rodina, její očekávání a cíle***

Očekávání rodin a cíle, na které se rodiny zaměřují ve spolupráci s ranou péčí, se takřka ve všech případech shodují. Zpočátku se rodiny striktně zaměřují pouze na potřeby dítěte se zdravotním postižením, v některých případech s nereálnými očekáváními zázraků. Poradkyně se shodly na tom, že se cíle rodin postupem času mění a rozšiřují se i o potřeby celé rodiny, jíž je dítě s postižením součástí. Za nedílnou součást služeb rané péče rodiny dle poradkyň považují i jakýsi informační zdroj, psychickou podporu a přátelské prostředí, kde jim je nasloucháno a rozuměno.

### ***Proces smířování***

Smířování rodin se zdravotním postižením jejich dítěte je situací striktně individuální a poradkyně ho popsaly jako nikdy nekončící proces, který má v některých případech i tendence k opakování. Poradkyně se shodují, že smíření je často jen zdánlivé nebo momentální, ale že se rodiny často ve fázích procesu smířování jakýmsi způsobem vrací. Zejména se tak děje při vývojových meznících dítěte se zdravotním postižením. Jako kladný vnímají poradkyně fakt, že i přesto, že ke smíření rodiny nemusí nikdy dojít, postupem času se alespoň mohou měnit cíle a snižovat se nároky na dítě s postižením, na rodinou jako takovou, i na služby rané péče.

### ***Další využívané služby***

Z rozhovorů vyplynulo, že raná péče, kromě přímé práce s rodinou, zaujímá funkci koordinátora služeb. Zprostředkovává rodině kontakty na návazné služby, na odborníky z oblasti psychologie, psychoterapie, ergoterapie, fyzioterapie, a z mnoha dalších. Dále raná péče zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, organizuje například setkávání rodin, odborné kurzy.

### ***Změny rodinné situace***

Změny, ke kterým v rodinách s dítětem se zdravotním postižením dochází, se týkají jak hmotných přestaveb, stěhování, či změny zaměstnání, tak mezilidským vztahům. Téma mezilidských vztahů je však komplexní a individuální, v některých případech dochází ke stmelení, v některých bohužel k rozpadu vztahů. Tématem, kterému se často nevěnuje přílišná pozornost, je sourozenecký vztah či zapojení prarodičů. Z tohoto důvodu je příhodné postavení rané péče jako koordinátora služeb, zejména kvůli komplexnímu přístupu k rodině jako celku.

### ***Segregace, exkluze rodin***

Problematika segregace a exkluze rodin s dítětem se zdravotním postižením se dle slov poradkyň netýká společnosti, která by se na těchto fenoménech měla podílet, naopak se na zapříčinění podílí rodina samotná. Dochází k tomu zejména z předsudku, že právě společnost rodinu nepřijme, poradkyně však jednotně zastávají názor, že společnost je v tomto ohledu naopak čím dál tím více tolerantní. Rodiny mají tendenci se spíše samy izolovat, ovšem i ze strany intaktní společnosti může docházet k diskriminaci týkající se oblasti volnočasových a zájmových aktivit, které jsou ve většině případů zaměřeny více na výkon, než na prosté vyplnění volného času. Tato skutečnost a v jistém slova smyslu diskriminace je ovšem obecným společenským problémem a netýká se pouze osob se zdravotním postižením.

### ***Předčasné ukončení rané péče***

Z výzkumu vyplynulo, že jen malé množství rodin využívá služby rané péče až do sedmi let věku dítěte se zdravotním postižením. Ukončení spolupráce vychází většinou ze strany rané péče, a to zejména z důvodu, že bylo dosaženo veškerých stanovených cílů a žádné další nové cíle nejsou poptávány. V některých případech ukončení služby požaduje rodina, která měla od služeb nadměrná až nereálná očekávání. Poradkyně se shodují na důležitosti každoroční revize individuálních plánů, při kterých by měly být schopny reálně posoudit aktuální situaci rodiny, a zda jí má raná služba ještě co nabídnout. Při dlouholeté spolupráci může i přes nabytou samostatnost rodiny a dostatečné sebevědomí docházet k jakési závislosti rodin na službě rané péče.

### ***Zpětná vazba***

Zpětné vazby rodin na služby rané péče jsou takřka vždy pozitivní, opačný případ se opět týká pouze rodin, které měly nereálná očekávání a doufaly, že působení rané péče

bude mít za výsledek vyléčení dítěte se zdravotním postižením. Zpětná vazba se poskytuje formou výstupního dotazníku, který rodina vyplňuje po ukončení služeb. Rodiny vyjadřují spokojenost, naplněná očekávání, a vytyčené cíle jako splněné.

### **Závěr výzkumné části A)**

- **Jak probíhá individuální intervence s rodinou, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením?**

Podářilo se popsat průběh intervence poradkyň pro ranou péči s rodinami s dítětem se zdravotním postižením. Zejména byla popsána specifika poskytovaných služeb rané péče, jako první kontakt rodin a rané péče i s příčinami jeho případného prodlení. Byly popsány cíle a očekávání, se kterými rodina přichází, příčiny předčasného ukončení poskytování služeb a zpětná vazba rodin. Pozornost byla věnována také spolupráci rané péče s jinými návaznými službami pro dosažení komplexní podpory rodin s dítětem se zdravotním postižením.

- **Jak se mění rodinná situace rodiny, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením?**

Výsledkem rozhovorů je i popis změn, kterými rodina prochází v souvislosti se zdravotním postižením jejich dítěte. Byl popsán proces smiřování a změny jak uvnitř rodiny, tak ve vztahu k rané intervenci, tedy změny v cílech a očekáváních rodin. Pozornost byla věnována i sociální segregaci a exkluzi, která ve většině případů probíhá ze strany samotných rodin.

## **Výzkumná část B)**

### **Kultura organizace rané péče**

- **Jak je vnímána kultura organizace poradci/poradkyněmi pro ranou péči?**

#### ***Kapacita středisek rané péče***

Střediska rané péče pojímají klientelu v rozsahu 100-150 rodin, přičemž jeden poradce, jedna poradkyně rané péče pracuje s 20-25 rodinami.

#### ***Poradkyně a cíle organizace***

Poradkyně se shodly na souznění s cíli organizace, na jejichž tvorbě a revizi se aktivně podílejí. Tato aktivní spolupráce dle jejich slov pozitivně přispívá ke spokojenosti se směřováním organizace, a k motivaci k naplňování cílů a poslání organizace. Za nedostatek však poradkyně považují obecnou zaměřenost středisek rané péče, které by dle jejich slov měly být zaměřeny dle typu postižení pro větší komplexnost a maximální podporu té dané cílové skupiny.

#### ***Vztah poradkyň a klientů***

V souvislosti se vztahy poradkyň a jejich klientů, rodin s dítětem se zdravotním postižením, upozorňují na nutnost vzájemného respektu, rovnosti, a partnerství. Shodně připouští, že čas od času balancují mezi dominancí a submisí ve vztahu k rodině.

#### ***Poradkyně a management organizace***

Na zmíněném respektu, rovnosti a partnerství se poradkyně shodují i v souvislosti se vztahy na pracovišti, včetně vztahu s manažery organizace. Popisují důvěru, která je v ně vkládána, účinnou oboustrannou komunikaci, stabilitu, rovnocennost. V organizacích pravidelně probíhají porady, poradkyně jsou pravidelně metodicky školeny, jsou jim k dispozici pravidelné intervize a supervize.

#### ***Situace vyžadující podporu***

Kolegialita, kterou poradkyně popsaly, souvisí i se vzájemnou pomocí v situacích, které si ji žádají. Popisují, že již pouhé vzájemné sdílení pocitů a zkušeností s ostatními kolegy a kolegyněmi je pomocí výraznou. Ke sdílení pocitů, obav, nejistoty v práci s konkrétní rodinou, slouží již zmíněné porady, intervize a supervize, které jsou poskytovány poradkyním pravidelně.

### ***Eticky problematické situace***

Poradkyně rané péče připustily etická příkoří, kterým musí při svém působení čelit. Často dochází k přílišné familiárnosti ze strany rodin, které se snaží s poradkyněmi navázat kontakt i v soukromí, nabízejí tykání, úplatky, a podobně. Upozorňují také na závislost některých rodin na službě, na poskytování služeb nad rámec rozsahu služeb rané péče, suplování jiných organizací.

### ***Participace poradkyň na managementu***

Poradkyně se pozitivně vyjádřily ke kooperaci s vedením organizace, která poradkyním aktivně naslouchá a podporuje je v poskytování zpětných vazeb a námětů na zlepšení poskytování služeb, modernizaci, a jiné.

### ***Poměr přímé práce a administrativy***

Poradkyně považují poměr přímé práce s rodinou s dítětem se zdravotním postižením a administrativních úkonů s prací souvisejících za vyvážený. Připouští, že přímá práce a administrativa jde ruku v ruce, jde o vzájemně se doplňující se procesy, které se bez sebe neobejdou. I administrativní práce, byť se jedná o práci mimo rodinu a přímou konzultaci, je ve výsledku prací pro rodinu.

## **Závěr výzkumné části B)**

- **Jak je vnímána kultura organizace poradci/poradkyněmi pro ranou péči?**

Díky výzkumu bylo možné popsat vztah poradkyň pro ranou péči k organizaci těchto sociálních služeb. Podařilo se charakterizovat klima, které v organizacích tohoto typu panuje, a které je dáno souzněním poradkyň s cíli organizace a možnostmi participace na jejich tvoření. Byly popsány způsoby řešení problematických situací, se kterými se poradkyně přirozeně při práci s lidmi setkávají, jimiž jsou pravidelné porady, intervize, supervize.



## 11. Závěr výzkumu a doporučení

Výzkum diplomové práce byl zaměřen na specifika sociální práce s klientem, kterým je rodina s dítětem se zdravotním postižením, v organizacích rané péče, a na kulturu těchto organizací. Cílem výzkumu bylo prozkoumat průběh individuální intervence s rodinou a dítětem se zdravotním postižením z pohledu poradkyň rané péče, změnu rodinné situace, a vnímání konkrétní organizační kultury poradkyněmi rané péče. Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda, polostrukturovaný rozhovor s účelově vybranými poradkyněmi pro ranou péči.

Prostřednictvím první části výzkumu se podařilo popsat průběh intervencí s rodinou s dítětem se zdravotním postižením, průběh prvního kontaktu s rodinou, zejména důvody případného odkladu navázání kontaktu či povědomí o poskytovaných službách. Byla charakterizována očekávání rodin od poskytovaných služeb a postupné změny cílů, kdy zpočátku převládá striktní zaměření na dítě se zdravotním postižením, které se postupem času přesouvá i na ostatní členy rodiny, jejich vztahy, a podobně. Byl popsán fenomén sociální exkluze, který dle informantek neprobíhá ze strany společnosti, ale rodin samotných, jeho příčiny a činnosti, kterými se mu snaží raná péče zabránit. Byly popsány důvody a průběh ukončení služby s rodinou. Z výzkumu vyplynulo partnerství mezi poradkyněmi a rodinami a spokojenost se službami rané péče, což dokládá popsaná familiárnost často přesahující hranice profesního a soukromého vztahu, a jistá forma závislosti na poskytované službě.

Druhá výzkumná část dala poskytnout charakteristice organizací rané péče, byl zjištěn počet rodin, které pojímá celé středisko, a počet rodin připadající na jednu poradkyni rané péče. Byly popsány vztahy na pracovišti, ve kterých převládá kolegiálnost, stabilita, a účinná oboustranná komunikace mezi poradkyněmi a vedením organizací. Byly popsány eticky problematické situace, kterým v rodinách poradkyně čelí, a o kterých mají poradkyně možnost hovořit na pravidelných poradách, nebo je jim poskytována intervize a supervize. Takovým situacím a dilematům již byla věnována pozornost autorů, autorek Musila, Nečasové, Janoškové, či byly tématem bakalářské práce kolegyně Seidlové. (Seidlová, 2014) Poměr přímé práce a administrativních povinností byl popsán jako vyvážený. Z rozhovorů vyplynulo, že díky funkční komunikaci a kooperaci poradkyň s vedením organizace, kdy se kromě jiného poradkyně i přímo podílí na tvorbě a revizi cílů organizace, převládá spokojenost s organizační kulturou, která se jeví být silnou a sjednocenou ve svých cílech a hodnotách.

Doporučením a námětem pro obor sociální práce je zajištění návazných služeb pro rodiny s dítětem se zdravotním postižením, pro které byly služby rané péče již vyčerpány, a které však mají tendence v těchto službách setrvávat. Tyto tendence zřejmě pramení z potřeby jakési kontroly a dohledu ze strany poradců pro ranou péči, kteří plní mimo jiné funkci psychické podpory. S tím souvisí i tendence k segregaci a exkluzi, která, jak z výzkumu vyplývá, pramení z rodin samotných. Řešením pro tyto rodiny by mohlo být dbání na zprostředkování a udržení kontaktu s psychologickými, psychoterapeutickými službami, či možnost setkávání v rámci podpůrných nebo svépomocných skupin s rodinami s obdobným osudem.

## Závěr

Diplomová práce se věnovala tématu středisek rané péče. V teoretickém úvodu byla přiblížena problematika zdravotního postižení a sociálních aspektů, které se ho týkají ve vztahu k jedinci se zdravotním postižením a jeho rodině. Byly popsány možnosti podpory těmto jedincům a jejich rodinám, konkrétně pak možnosti služeb sociální prevence. Do takových služeb zahrnujeme i služby rané péče, které považujeme za významné v oblasti rané intervence s dítětem se zdravotním postižením a celou jeho rodinou, pro kterou je nově nastalá situace náročnou na orientaci, zpracování, a naložení s ní. Byla charakterizovaná služba rané péče v kontextu služeb sociálních, včetně jejích cílů, základních činností, forem a specifík dále v kontextu sociální politiky, kde bylo blíže specifikováno například i komunitní plánování či strategické plány organizací rané péče. Výzkumná část se zaměřila na poskytování služeb rané péče rodinám s dítětem se zdravotním postižením z pohledu poradkyň pro ranou péči. Výzkum byl podpořen rozhovory, ve kterých se informantky vyjádřily k disciplíně, jakou je sociální práce s rodinou, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením, k individualitě spoluprací s těmito rodinami, popsaly změny a očekávání rodin. Dále se informantky vyjádřily k politice a kultuře organizace rané péče, ve které působí. Kromě provozních standardů popsaly i vztahy na pracovišti, zejména pak s vedením organizace, a to v otázkách pravomocí, vedení a kontroly, řešení specifických situací, námětů na zlepšení služby, zpětné vazby, a podobně.

Výzkumné otázky byly zodpovězeny, byly zjištěny skutečnosti, které se opírají o teoretická východiska a k tomu jsou podpořena praktickými zkušenostmi poradkyň pro ranou péči. Byla potvrzena funkčnost poskytovaných služeb rané péče jakožto sociálních služeb pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením na základě zpětných vazeb rodin samotných, ale i poradkyň pro ranou péči jakožto jednoho z nejdůležitějších článků celého poradenského a sociálně-prevenčního procesu.

## Zdroje

### Knižní zdroje

1. --když není všechno tak, jak si přáli--: informace pro týmy porodnic a perinatologických center, pro praktické a odborné lékaře a zdravotnický personál. 3., upr. vyd. Olomouc: Středisko rané péče SPRP, Regionální centrum pro podporu a provázení rodin dětí s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením, 2015. ISBN 978-80-260-7700-8.
2. BACHMANN, Pavel. *Management neziskové organizace*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-130-3.
3. BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.
4. BICKOVÁ, Lucie a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
5. BURROWS, Patricia a Jean COWIE. *Health Visiting: Specialist Community Public Health Nursing*. Elsevier Health Sciences, 2022. ISBN 978-0-7020-8007-4.
6. DOKOUPILOVÁ, Ivana, Adéla HANÁKOVÁ, Simona KMENTOVÁ, Miloň POTMĚŠIL, Jana SOLDANOVÁ, Nikola ŠTĚPNIČKOVÁ a Eva URBANOVSKÁ. *Rodina a dítě se zdravotním postižením*. Brno: Paido, 2017. Metodické materiály na pomoc lektorům. ISBN 978-80-7315-262-8.
7. DOKOUPILOVÁ, Ivana, Adéla HANÁKOVÁ, Monika KUNHARTOVÁ, Miloň POTMĚŠIL, Veronika RŮŽIČKOVÁ, Kateřina KROUPOVÁ, Eva URBANOVSKÁ a Vladimíra ZEDKOVÁ. *Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4432-1.
8. HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kultura organizace a supervize ve vzájemném působení*. Praha: FHS UK, 2011. ISBN 978-80-87398-14-2.
9. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
10. HRADILKOVÁ, Terezie. *Praxe a metody rané péče v ČR: průvodce sociálním modelem*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1386-4.

11. JEŘÁBKOVÁ, Kateřina. *Introduction to special needs education*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3738-5.
12. KISVETROVÁ, Helena a Šárka VÉVODOVÁ-JEŽORSKÁ. *Osoby se zdravotním postižením: vybrané kapitoly I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4064-4.
13. LI, Xinrui a Miloň POTMĚŠIL. *Early intervention for children with developmental disabilities – a family centred approach*. Olomouc: Palacký University, Olomouc, 2016. ISBN 978-80-244-4925-8.
14. LUKÁŠOVÁ, Růžena. *Organizační kultura a její změna*. Praha: Grada, 2010. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2951-0.
15. MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.
16. MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodičovství a zdravotně postižené dítě*. Praha: Horizont, 1987. Metodické materiály na pomoc lektorům.
17. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
18. MICHALÍK, Jan. *Právo, společnost a zdravotně postižení*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3533-6.
19. MICHALÍK, Jan. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením – kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3643-2.
20. MÜLLER, David. *Kultura organizace je cestou ke strategii*. Praha: Management Press, 2013. Action Learning – praktický management. ISBN 978-80-7261-265-9.
21. NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠTOVÍČKOVÁ, ed. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK, 2019. ISBN 978-80-7571-025-3.
22. PILÁT, Miroslav. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0932-4.
23. PRETIS, Manfred, Jitka BARLOVÁ a Terezie HRADILKOVÁ. *Raná péče: příručka pro teorii a praxi*. Přeložil Věra KLOUDOVÁ. V Praze: Pasparta, 2020. ISBN 978-80-88290-65-0.
24. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-579-2.

25. ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2017. ISBN 978-80-7560-054-7.
26. ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *(Re)socializace v rané péči*. [Pardubice]: Univerzita Pardubice, 2015. ISBN 978-80-7395-961-6.
27. ŠEDIVÝ, Marek a Olga MEDLÍKOVÁ. *Úspěšná nezisková organizace*. 3., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2017. Manažer. ISBN 978-80-271-0249-5.
28. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2624-3.
29. ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Rodiny s postiženými dětmi: "tak trochu jiné" rodiny?* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-254-3459-9.
30. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
31. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK, Martin LEČBYCH a kolektiv. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

## Elektronické zdroje

1. *Asociace rané péče České republiky* [online]. [cit. 2022-02-21]. Dostupné z: <https://www.arpcr.cz/>
2. Disability — a public health issue. *World Health Organization* [online]. 1. 12. 2020 [cit. 2021-10-22]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
3. JENKINS, Richard. "Disability and Social Stratification." *The British Journal of Sociology*, vol. 42, no. 4, [Wiley, London School of Economics and Political Science, London School of Economics], 1991, pp. 557–80, Dostupné z: <https://doi.org/10.2307/591447>.
4. *Komunitní plánování sociálních služeb* [online]. 2020 [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/co-je-komunitni-planovani-socialnich-sluzeb-a-kdo-jsou-jeho-hlavni-akteri>

5. *Metodiky pro plánování sociálních služeb* [online]. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z:  
[https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Metodika\\_obecna.pdf/4d8a3004-0ff5-ee75-74df-c493f6f64132](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Metodika_obecna.pdf/4d8a3004-0ff5-ee75-74df-c493f6f64132)
6. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025* [online]. Praha, 2016 [cit. 2022-02-27]. Dostupné z:  
<https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf/>
7. *Registr poskytovatelů služeb* [online]. [cit. 2022-02-21]. Dostupné z:  
<https://www.mpsv.cz/web/cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>
8. SEIDLOVÁ, Petra. *Dilemata pracovníků rané péče* [online]. Brno, 2014 [cit. 2022-03-10]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/wr4lrq/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Michaela Halfar.
9. *Standardy rané péče SPRP* [online]. [cit. 2022-02-21]. Dostupné z:  
<https://www.ranapece.cz/brno/wp-content/uploads/sites/14/Standardy-SPRP-2017.pdf>
10. *Supervize: Co je supervize. Supervize: Stránky pro supervizory a supervidované* [online]. 2006 [cit. 2022-03-10]. Dostupné z: <https://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>

## Zákony a vyhlášky

1. ČESKO. Vyhláška č. 27 ze dne 21. ledna 2016 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2016, částka 10, Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>
2. ČESKO. Vyhláška č. 391 ze dne 30. listopadu 2011 kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2016, částka 136, Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-391>
3. ČESKO. Vyhláška č. 607 ze dne 22. prosince 2020 kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2020, částka 245, Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-607>

4. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky. 2016, částka 37, Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
5. ČESKO. Zákon č. 147 ze dne 20. dubna 2016 kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 2016, částka 58, Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-147>
6. ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: Sbírka zákonů České republiky. 2016, částka 131, Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
7. ČESKO. Zákon č. 561 ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. In: Sbírka zákonů České republiky. 2016, částka 190, Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>



## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Forma poskytovaných služeb rané péče

Tabulka 2: Procedurální standardy

Tabulka 3: Personální standardy

Tabulka 4: Provozní standardy

Tabulka 5: Registr poskytovatelů služeb rané péče

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Výzkumné a rozhovorové otázky

Příloha 2: Tabulka poskytovatelů služeb rané péče

# **Příloha 1: Výzkumné a rozhovorové otázky**

## **Sociální práce s rodinou, ve které se nachází dítě s postižením.**

### **Výzkumné otázky:**

- Jak probíhá individuální intervence s rodinou, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením?
- Jak se mění rodinná situace rodiny, ve které se nachází dítě se zdravotním postižením?

### **Rozhovorové otázky**

- 1.1. Po jak dlouhé době od diagnózy dítěte rodina kontaktuje ranou péči?
- 1.2. Prostřednictvím koho/čeho se rodina nejčastěji dozvídá o možnosti, kterou představuje raná péče?
- 1.3. S jakými očekáváními rodina nejčastěji do rané péče přichází, jaké cíle si nastavuje?
- 1.4. Jak dlouho a jakým způsobem obvykle probíhá smiřování rodiny se vzniklou situací?
- 1.5. Jsou rodině nabízeny i jiné služby mimo služby rané péče? (souvisí se samotným postižením, ale i s předchozí otázkou)
- 1.6. K jakým změnám v rodině zpravidla dochází? (vzájemné vztahy rodinných příslušníků, ale i sociální změny)
- 1.7. Setkává se rodina se segregací, exkluzí v souvislosti s postižením dítěte?
- 1.8. Využívá rodina služby rané péče až do konce, nebo dochází k předčasnému ukončení poskytování služeb, tedy dříve než v sedmi letech dítěte?
- 1.9. Jaká je zpětná vazba rodin, byla jejich očekávání naplněna?

## **Politika a kultura organizace**

### **Výzkumná otázka:**

- Jak je vnímána kultura organizace poradci/poradkyněmi pro ranou péči?

### **Rozhovorové otázky**

- 2.1. Kolik rodin pojímá organizace rané péče?
- 2.2. Kolik rodin připadá na jednoho sociálního pracovníka?
- 2.3. Jak pracovníci souzní s cíli organizace, shledávají cíle dostatečně naplňované?
- 2.4. Jaká je spolupráce a vztah sociálních pracovníků s rodinami, zaujímají obě strany partnerský vztah?
- 2.5. Jak jsou pracovníci spokojeni s managementem organizace? (pravomoci, vedení, kontrola)
- 2.6. Ocitají se pracovníci v situacích, kdy vyžadují pomoc zkušenějších kolegů či nadřízených? Je jim pomoc poskytnuta?
- 2.7. Setkávají se pracovníci s etickými problémy v souvislosti s poskytováním služeb rané péče rodinám s dítětem s postižením?
- 2.8. Naslouchá organizace pracovníkům přímo pracujícím s rodinou? (např. náměty na zlepšení služby, zpětná vazba, ...)
- 2.9. V jakém poměru se nachází přímá práce rané péče s rodinou a administrativními povinnostmi?

## Příloha 2: Tabulka poskytovatelů služeb rané péče

Poskytovatel	Působíště	Kontakt
<b>AlFi, z.s.</b>	<b>Raná péče pro rodiny s dětmi s PAS</b> Brandlova 1267/6 Moravská Ostrava 70200 Ostrava okr. Ostrava-město	E-mail: info@alfi-ostrava.cz Telefon: 603 337 641
<b>APLA Jižní Čechy, z.ú.</b>	<b>Raná péče APLA Jižní Čechy</b> Jírovcova 1339/43 České Budějovice 3 37001 České Budějovice okr. České Budějovice	E-mail: info@aplajc.cz E-mail: stastka@aplajc.cz Telefon: 608 666 167 Webová adresa: www.aplajc.cz
	<b>Raná péče APLA Jižní Čechy</b> Farského 887/17 39002 Tábor okr. Tábor	E-mail: info@aplajc.cz E-mail: stastka@aplajc.cz Telefon: 608 666 167 Webová adresa: www.aplajc.cz
<b>Arpida, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z.ú.</b>	<b>Arpida, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z.ú.</b> U Hvízdala 1402/9 České Budějovice 2 37011 České Budějovice okr. České Budějovice	E-mail: info@arpida.cz E-mail: ranapece@arpida.cz Fax: 385520834 Telefon: 385777011 Webová adresa: http://www.arpida.cz
<b>Autis Centrum, o.p.s.</b>	<b>Autis Centrum, o.p.s.</b> Plzeňská 2219/44 České Budějovice 3 37004 České Budějovice okr. České Budějovice	E-mail: info@autiscentrum.cz Telefon: 606046118 Webová adresa: www.autiscentrum.cz
<b>Auxilium o.p.s.</b>	<b>Centrum Auxilium</b> Nemocniční 945 75501 Vsetín okr. Vsetín	E-mail: bozena.mikulikova@auxilium.cz Telefon: 603823293 Webová adresa: www.auxilium.cz
<b>Centrum LIRA, z.ú.</b>	<b>Centrum LIRA, z.ú.</b> Matoušova 406/20 Liberec III-Jeřáb 46007 Liberec	E-mail: info@centrumlira.cz Fax: 485 115 060 Telefon: 724 400 832 Telefon: 485 109 564

	okr. Liberec	Webová adresa: <a href="http://www.centrumlira.cz">www.centrumlira.cz</a>
	<b>Centrum LIRA, z.ú.</b> třída Edvarda Beneše 1549/34 Nový Hradec Králové 50012 Hradec Králové okr. Hradec Králové	E-mail: <a href="mailto:info@centrumlira.cz">info@centrumlira.cz</a> Telefon: 724 400 832 Webová adresa: <a href="http://www.centrumlira.cz">www.centrumlira.cz</a>
<b>Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s.</b>	<b>Raná péče Čechy</b> Hábova 1571/22 Stodůlky 15500 Praha 5 okr. Hlavní město Praha	E-mail: <a href="mailto:ranapececechy@tamtam.cz">ranapececechy@tamtam.cz</a> Telefon: 251 510 744 (Praha) Telefon: 235 517 313 (Praha) Telefon: 732 918 406 Webová adresa: <a href="http://www.tamtam.cz">www.tamtam.cz</a> Webová adresa: <a href="http://www.tamtam.cz">www.tamtam.cz</a>
	<b>Raná péče Morava a Slezsko</b> třída 3. května 325 Malenovice 76302 Zlín okr. Zlín	E-mail: <a href="mailto:ranapecemorava@tamtam.cz">ranapecemorava@tamtam.cz</a> Telefon: 739 642 677 Webová adresa: <a href="http://www.tamtam.cz">www.tamtam.cz</a>
	<b>Raná péče Morava a Slezsko</b> Pekařská 491/9 77900 Olomouc okr. Olomouc	E-mail: <a href="mailto:ranapecemorava@tamtam.cz">ranapecemorava@tamtam.cz</a> Telefon: 739 642 677 Webová adresa: <a href="http://www.tamtam.cz">www.tamtam.cz</a>
<b>Centrum sociálních služeb Tloskov</b>	<b>Centrum sociálních služeb Tloskov</b> Tloskov 1 25756 Neveklov okr. Benešov	E-mail: <a href="mailto:centrum@tloskov.cz">centrum@tloskov.cz</a> Telefon: 317740111 Webová adresa: <a href="http://www.tloskov.cz">http://www.tloskov.cz</a>
<b>Demosthenes, o.p.s.</b>	<b>Demosthenes, o.p.s.</b> Mírová 2820/2 Severní Terasa 40011 Ústí nad Labem okr. Ústí nad Labem	E-mail: <a href="mailto:iryna.kovalcukova@demosthenes.cz">iryna.kovalcukova@demosthenes.cz</a> Telefon: 411198977 Telefon: 721238965 Webová adresa: <a href="http://www.demosthenes.cz">www.demosthenes.cz</a>
<b>Diakonie ČCE – Středisko celostátních programů a služeb</b>	<b>Raná péče Diakonie – Ústecký kraj</b> Jindřichova 337 Děčín IX-Bynov 40505 Děčín okr. Děčín	E-mail: <a href="mailto:info@rana-pece.cz">info@rana-pece.cz</a> Telefon: 235 518 392 Webová adresa: <a href="http://www.rana-pece.cz">www.rana-pece.cz</a>
	<b>Raná péče Diakonie – Praha</b> Domažlická 1159/9	E-mail: <a href="mailto:info@rana-pece.cz">info@rana-pece.cz</a> Telefon: 235 518 392 Webová adresa: <a href="http://www.rana-pece.cz">www.rana-pece.cz</a>

	<p>Žižkov 13000 Praha 3 okr. Hlavní město Praha</p>	
	<p><b>Raná péče Diakonie – Středočeský kraj</b> Machátého 683/10 Hlubočepy 15200 Praha 5 okr. Hlavní město Praha</p>	<p>E-mail: info@rana-pece.cz Telefon: 235 518 392 Webová adresa: www.rana-pece.cz</p>
	<p><b>Raná péče Diakonie – Plzeňský kraj</b> Mírové náměstí 19 34101 Horažďovice okr. Klatovy</p>	<p>E-mail: info@rana-pece.cz Telefon: 235 518 392 Webová adresa: www.rana-pece.cz</p>
	<p><b>Raná péče Diakonie PLUS</b> Domažlická 1159/9 Žižkov 13000 Praha 3 okr. Hlavní město Praha</p>	<p>E-mail: slovackova@rana-pece.cz Telefon: 235 518 392 Webová adresa: www.rana-pece.cz</p>
<p><b>Diakonie ČCE – středisko Světlo ve Vrchlabí</b></p>	<p><b>Pracoviště rané péče Diakonie ČCE – středisko Světlo ve Vrchlabí</b> Komenského 616 54301 Vrchlabí okr. Trutnov</p>	<p>E-mail: ranapece.svetlo@diakonievvr.cz Telefon: 739 244 665 Webová adresa: <a href="http://www.vrchlabi.diakonie.cz">http://www.vrchlabi.diakonie.cz</a></p>
<p><b>Diakonie ČCE – středisko CESTA</b></p>	<p><b>Diakonie ČCE – středisko CESTA</b> Na Stavidle 1266 68601 Uherské Hradiště okr. Uherské Hradiště</p>	<p>E-mail: rana.pece@strediskocesta.cz Telefon: 737 507 915 Webová adresa: <a href="http://strediskocesta.cz">http://strediskocesta.cz</a></p>
<p><b>Diecézní charita Brno</b></p>	<p><b>Raná péče Třebíč</b> Vltavínská 1402 Horka-Domky 67401 Třebíč okr. Třebíč</p>	<p>E-mail: jaroslav.zak@trebic.charita.cz Telefon: 608 808 025 Telefon: 606 860 551 Webová adresa: <a href="http://www.trebic.charita.cz">http://www.trebic.charita.cz</a></p>
<p><b>DOTYK II, o.p.s.</b></p>	<p><b>DOTYK II – raná péče</b> Vídeňská 11/127 Přízřenice 61900 Brno okr. Brno-město</p>	<p>E-mail: rana.pece@dotyk2.cz Telefon: 773 098 779 Webová adresa: www.dotyk2.cz</p>

<b>EDA cz, z.ú.</b>	<b>Raná péče EDA</b> Filipova 2013/1 Chodov 14800 Praha 4 okr. Hlavní město Praha	E-mail: info@eda.cz Fax: 224 826 860 Telefon: 224 826 860 Webová adresa: www.eda.cz
<b>I MY, o.p.s.</b>	<b>Raná péče I MY</b> tř. Dr. Edvarda Beneše 286/5 Soběslav II 39201 Soběslav okr. Tábor	E-mail: rana.pece@IMYpomahame.cz Telefon: 775 104 920 Webová adresa: www.IMYpomahame.cz
<b>Jdeme Autistům Naproti z.s.</b>	<b>Centrum JAN</b> Žilinská 198/26a Nová Ulice 77900 Olomouc okr. Olomouc	E-mail: jan.olomouc.o.s@seznam.cz Telefon: 608366835 Webová adresa: www.jan-olomouc.cz
	<b>Centrum JAN – Komunitní centrum Haná</b> č.p. 8 78346 Ústín okr. Olomouc	E-mail: jan.olomouc.o.s@seznam.cz Telefon: 608366835 Webová adresa: www.jan-olomouc.cz
	<b>Společenské středisko Sever</b> Temenická 2620/5 78701 Šumperk okr. Šumperk	
<b>KOPLINGOVA RODINA SMEČNO</b>	<b>Raná péče Kopingova rodina Smečno</b> Wilsonova 546/7 27401 Slaný okr. Kladno	E-mail: jolana.kopejskova@kolpingsmecno.cz E-mail: rana.pece@kolpingsmecno.cz Telefon: 777 222 425 Webová adresa: http://www.dumrodin.cz
<b>Motýl, z.ú.</b>	<b>Raná péče</b> Žlutická 1694/2 Bolevec 32300 Plzeň okr. Plzeň-město	E-mail: ranapece@motyl-plzen.cz Telefon: 725 427 926 Webová adresa: http://www.motyl-plzen.cz
<b>Národní ústav pro autismus, z.ú.</b>	<b>Středisko včasné intervence NAUTIS</b> Písecká 1967/5 Vinohrady 13000 Praha 3	E-mail: vcasna.intervence@nautis.cz Telefon: 775 241 515 Webová adresa: www.nautis.cz



	okr. Hlavní město Praha	
	<b>Středisko včasné intervence NAUTIS</b> Táborská 979/5 Nusle 14000 Praha 4 okr. Hlavní město Praha	E-mail: <a href="mailto:vcasna.intervence@nautis.cz">vcasna.intervence@nautis.cz</a> Telefon: 775 241 515 Webová adresa: <a href="http://www.nautis.cz">www.nautis.cz</a>
<b>Občanské sdružení Logo z.s.</b>	<b>Občanské sdružení Logo z.s.</b> Vsetínská 527/20 Štýřice 63900 Brno okr. Brno-město	E-mail: <a href="mailto:rp@oslogo.cz">rp@oslogo.cz</a> E-mail: <a href="mailto:oslogo@oslogo.cz">oslogo@oslogo.cz</a> Telefon: 775 564 615 Telefon: 775 564 605 Telefon: 775 564 619 Telefon: 777 645 415 Telefon: 775 035 330 Webová adresa: <a href="http://www.oslogo.cz">http://www.oslogo.cz</a>
	<b>Občanské sdružení Logo z.s.</b> Renneská třída 750/45 Štýřice 63900 Brno okr. Brno-město	E-mail: <a href="mailto:rp@oslogo.cz">rp@oslogo.cz</a> E-mail: <a href="mailto:oslogo@oslogo.cz">oslogo@oslogo.cz</a> Telefon: 775 564 615 Telefon: 775 564 605 Telefon: 775 564 619 Telefon: 777 645 415 Telefon: 775 035 330 Webová adresa: <a href="http://www.oslogo.cz">http://www.oslogo.cz</a>
<b>Oblastní charita Havlíčkův Brod</b>	<b>Středisko rané péče Havlíčkův Brod</b> Horní 3188 58001 Havlíčkův Brod okr. Havlíčkův Brod	E-mail: <a href="mailto:ranapece@charitahb.cz">ranapece@charitahb.cz</a> Fax: 569426070 Telefon: 569421063 Telefon: 777741449 Webová adresa: <a href="http://www.hb.charita.cz">http://www.hb.charita.cz</a>
<b>Oblastní charita Hradec Králové</b>	<b>Středisko rané péče Sluníčko</b> třída Karla IV. 1222/25a 50002 Hradec Králové okr. Hradec Králové	E-mail: <a href="mailto:slunicko@charitahk.cz">slunicko@charitahk.cz</a> Telefon: 777 721 642 (mobil) Telefon: 495 260 732 Webová adresa: <a href="http://www.charitahk.cz">http://www.charitahk.cz</a>
<b>Oblastní charita Kutná Hora</b>	<b>Raná péče Na Sioně</b> Palackého náměstí 320 Kutná Hora-Vnitřní Město 28401 Kutná Hora okr. Kutná Hora	E-mail: <a href="mailto:ranapece@kh.hk.caritas.cz">ranapece@kh.hk.caritas.cz</a> E-mail: <a href="mailto:marie.tepla@kh.hk.caritas.cz">marie.tepla@kh.hk.caritas.cz</a> Telefon: 731 598 867 (vedoucí služby) Telefon: 739 368 663 Webová adresa: <a href="http://www.strediskonasione.cz">www.strediskonasione.cz</a>
<b>Paspoint, z.ú.</b>	<b>Paspoint, z.ú.</b> Anenská 10/10	E-mail: <a href="mailto:rp@paspoint.cz">rp@paspoint.cz</a> Telefon: 777 798 701

	Staré Brno 60200 Brno okr. Brno-město	Webová adresa: <a href="http://www.paspoint.cz">www.paspoint.cz</a>
<b>Portimo, o.p.s.</b>	<b>Raná péče</b> Drobného 301 59231 Nové Město na Moravě okr. Žďár nad Sázavou	E-mail: <a href="mailto:ranapece@portimo.cz">ranapece@portimo.cz</a> Telefon: 566617939 Webová adresa: <a href="http://www.portimo.cz">www.portimo.cz</a>
<b>Raná péče Kuk, z.ú.</b>	<b>Raná péče Kuk, z.ú.</b> Tomanova 2645/5 Jižní Předměstí 30100 Plzeň okr. Plzeň-město	E-mail: <a href="mailto:plzen@ranapece.eu">plzen@ranapece.eu</a> Telefon: 724400811 Telefon: 377420035 Webová adresa: <a href="http://www.ranapecekuk.eu">www.ranapecekuk.eu</a>
<b>Rodinné Integrovní Centrum z.s.</b>	<b>Rodinné Integrovní Centrum z.s.</b> B. Smetany 460 Žichlínské Předměstí 56301 Lanškroun okr. Ústí nad Orlicí	E-mail: <a href="mailto:info@ric.cz">info@ric.cz</a> Telefon: 739 025 071 Webová adresa: <a href="http://www.ric.cz">www.ric.cz</a>
	<b>Rodinné Integrovní Centrum z.s.</b> náměstí Republiky 2686 Zelené Předměstí 53002 Pardubice okr. Pardubice	E-mail: <a href="mailto:info@ric.cz">info@ric.cz</a> Telefon: 739 025 071 Webová adresa: <a href="http://www.ric.cz">www.ric.cz</a>
	<b>Rodinné Integrovní Centrum z.s.</b> Komenského 324 Žichlínské Předměstí 56301 Lanškroun okr. Ústí nad Orlicí	E-mail: <a href="mailto:info@ric.cz">info@ric.cz</a> Telefon: 739 025 071 Webová adresa: <a href="http://www.ric.cz">www.ric.cz</a>
<b>Slezská diakonie</b>	<b>Poradna rané péče SALOME</b> Nerudova 1041 Nový Bohumín 73581 Bohumín okr. Karviná	E-mail: <a href="mailto:rp.salome@slezskadiakonie.cz">rp.salome@slezskadiakonie.cz</a> Telefon: 734 350 010 Telefon: 733 622 330 Telefon: 703 434 862 Webová adresa: <a href="http://www.slezskadiakonie.cz">www.slezskadiakonie.cz</a>
	<b>Poradna rané péče SALOME</b> Štramberská 2871/47 Hulváky 70300 Ostrava	E-mail: <a href="mailto:rp.salome@slezskadiakonie.cz">rp.salome@slezskadiakonie.cz</a> Telefon: 734 350 010 Telefon: 733 622 330 Telefon: 703 434 862

	okr. Ostrava-město	Webová adresa: www.slezskadiakonie.cz
	<b>Poradna rané péče EUNIKA</b> Kašparova 2978/1 Hranice 73301 Karviná okr. Karviná	E-mail: vedouci.eunika@slezskadiakonie.cz Telefon: 731 670 761 Webová adresa: www.slezskadiakonie.cz
	<b>Poradna rané péče LYDIE</b> Třanovského 1758/10 73701 Český Těšín okr. Karviná	E-mail: rp.lydie@slezskadiakonie.cz Telefon: 558 712 728 Webová adresa: www.slezskadiakonie.cz
	<b>Poradna rané péče DOREA</b> Kamenná 184/11 Štýřice 63900 Brno okr. Brno-město	E-mail: rp.dorea@slezskadiakonie.cz Telefon: 734 862 310 Webová adresa: www.sdbno.cz
	<b>Poradna rané péče MATANA</b> Hlubčická 294/9 Pod Bezručovým vrchem 79401 Krnov okr. Bruntál	E-mail: matana@slezskadiakonie.cz Telefon: 731 191 868 Webová adresa: www.slezskadiakonie.cz
<b>Sociální služby města Havířova</b>	<b>Poradenské centrum pro rodinu a dítě RaD</b> Atriová 1297/5 Město 73601 Havířov okr. Karviná	E-mail: ranapece-rad@ssmh.cz Telefon: 725 852 994 Telefon: 596 885 678 Webová adresa: www.ssmh.cz
<b>Společnost pro ranou péči, pobočka Brno</b>	<b>Společnost pro ranou péči, pobočka Brno</b> Dolní 165/1 Žďár nad Sázavou 1 59101 Žďár nad Sázavou okr. Žďár nad Sázavou	E-mail: vysocina@ranapece.cz Fax: 541236743 Telefon: 774 240 234 Telefon: 541236743 Webová adresa: http://www.ranapece.cz
	<b>Společnost pro ranou péči, pobočka Brno</b> Uzbecká 572/32 Bohunice	E-mail: brno@ranapece.cz Fax: 541236743 Telefon: 777 234 134

	62500 Brno okr. Brno-město	Webová adresa: <a href="http://www.ranapece.cz">http://www.ranapece.cz</a>
<b>Společnost pro ranou péči, pobočka České Budějovice</b>	<b>Středisko rané péče SPRP, pobočka České Budějovice</b> Čechova 164/1 České Budějovice 6 37001 České Budějovice okr. České Budějovice	E-mail: <a href="mailto:budejovice@ranapece.cz">budejovice@ranapece.cz</a> Fax: 385520088 Telefon: 385520088 Webová adresa: <a href="http://www.ranapece.cz">http://www.ranapece.cz</a>
<b>Společnost pro ranou péči, pobočka Ostrava</b>	<b>Společnost pro ranou péči, pobočka Ostrava</b> Rodinná 2719/57 Zábřeh 70030 Ostrava okr. Ostrava-město	E-mail: <a href="mailto:ostrava@ranapece.cz">ostrava@ranapece.cz</a> Telefon: 774 567 236 Webová adresa: <a href="http://www.ranapece.cz">www.ranapece.cz</a>
<b>Společnost pro ranou péči, pobočka pro rodinu Olomouc</b>	<b>Společnost pro ranou péči, pobočka pro rodinu Olomouc</b> U botanické zahrady 828/4 77900 Olomouc okr. Olomouc	E-mail: <a href="mailto:reditelka.olomouc2@ranapece.cz">reditelka.olomouc2@ranapece.cz</a> Telefon: 774 734 035 Webová adresa: <a href="http://www.ranapece.cz">www.ranapece.cz</a>
<b>Společnost pro ranou péči, pobočka pro zrak Olomouc</b>	<b>Společnost pro ranou péči, pobočka pro zrak Olomouc – pracoviště Zlín</b> Burešov 4886 76001 Zlín okr. Zlín	E-mail: <a href="mailto:olomouc@ranapece.cz">olomouc@ranapece.cz</a> (Olomouc i Zlín) Telefon: 770 131 315 (Zlín) Webová adresa: <a href="https://www.ranapece.cz/olomouc1/">https://www.ranapece.cz/olomouc1/</a>
	<b>Společnost pro ranou péči, pobočka pro zrak Olomouc</b> Střední novosadská 356/52 Nové Sady 77900 Olomouc okr. Olomouc	E-mail: <a href="mailto:olomouc@ranapece.cz">olomouc@ranapece.cz</a> (Olomouc i Zlín) Telefon: 775 583 359 (Olomouc) Webová adresa: <a href="https://www.ranapece.cz/olomouc1/">https://www.ranapece.cz/olomouc1/</a>
<b>Společnost pro ranou péči, z.s.</b>	<b>Společnost pro ranou péči, z.s.</b> Klimentská 1203/2 Nové Město	E-mail: <a href="mailto:centrum@ranapece.cz">centrum@ranapece.cz</a> E-mail: <a href="mailto:vedouci.praha@ranapece.cz">vedouci.praha@ranapece.cz</a> Fax: 224 817 407 Telefon: 224 826 858

	11000 Praha 1 okr. Hlavní město Praha	Telefon: 777 234 036 (PhDr. J. Barlová) Webová adresa: <a href="http://www.ranapece.cz">www.ranapece.cz</a>
	<b>Společnost pro ranou péči, z.s.</b> Třeboňská 907/90 Rybáře 36005 Karlovy Vary okr. Karlovy Vary	E-mail: <a href="mailto:centrum@ranapece.cz">centrum@ranapece.cz</a>
<b>Správa zdravotních a sociálních služeb Cheb, příspěvková organizace</b>	<b>Raná péče Krůček – ambulantní forma</b> Sokolovská 1508 35601 Sokolov okr. Sokolov	E-mail: <a href="mailto:ambulance.sokolov@szss-cheb.cz">ambulance.sokolov@szss-cheb.cz</a> Telefon: 607 051 012 (vedoucí / ambulantní + terénní forma) Webová adresa: <a href="http://www.szss-cheb.cz">www.szss-cheb.cz</a>
	<b>Raná péče Krůček – terénní forma</b> Dřevařská 2137/13 35002 Cheb okr. Cheb	E-mail: <a href="mailto:ranapece@szss-cheb.cz">ranapece@szss-cheb.cz</a> Telefon: 607 051 012 (vedoucí / ambulantní + terénní forma) Telefon: 354 694 560 (terénní forma) Webová adresa: <a href="http://www.szss-cheb.cz">www.szss-cheb.cz</a>
<b>Středisko rané péče EDUCO Zlín z.s.</b>	<b>Středisko rané péče EDUCO Zlín z.s.</b> Chlumská 453 Louky 76302 Zlín okr. Zlín	E-mail: <a href="mailto:ranapece.zlin@volny.cz">ranapece.zlin@volny.cz</a> Fax: 577 644 199 Telefon: 739 777 729
<b>Středisko rané péče v Pardubicích o.p.s.</b>	<b>Středisko rané péče v Pardubicích o.p.s.</b> Bělehradská 389 Polabiny 53009 Pardubice okr. Pardubice	E-mail: <a href="mailto:stredisko@ranapece-pce.cz">stredisko@ranapece-pce.cz</a> Telefon: 466 641 031 Telefon: 736 512 613 Webová adresa: <a href="http://www.ranapece-pce.cz">http://www.ranapece-pce.cz</a>
<b>Středisko ROSA, z.s.</b>	<b>Středisko ROSA, z.s.</b> Římská 2846 27204 Kladno okr. Kladno	E-mail: <a href="mailto:info@strediskorosa.cz">info@strediskorosa.cz</a> Telefon: 312 267 917 Webová adresa: <a href="http://www.strediskorosa.cz">www.strediskorosa.cz</a>
<b>Vyšší odborná škola, Střední škola, Základní škola a Mateřská škola, Hradec Králové, Štefánikova 549</b>	<b>Raná péče pro sluchově postižené Duháček</b> Štefánikova 549/27 Moravské Předměstí 50011 Hradec Králové okr. Hradec Králové	E-mail: <a href="mailto:iva.rindova@neslhc.com">iva.rindova@neslhc.com</a> Telefon: 495 272 398 Telefon: 776213424 Webová adresa: <a href="http://ckop.cz">ckop.cz</a>

	<b>Raná péče pro sluchově postižené Duháček</b> Karlínské náměstí 59/12 Karlín 18600 Praha 8 okr. Hlavní město Praha	E-mail: <a href="mailto:iva.rindova@neslhc.com">iva.rindova@neslhc.com</a> Telefon: 495 272 398 Telefon: 776213424 Webová adresa: <a href="http://ckop.cz">ckop.cz</a>
<b>Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o.p.s.</b>	<b>Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o.p.s.</b> Helsinská 2731/1 39005 Tábor okr. Tábor	E-mail: <a href="mailto:info@kanka.info">info@kanka.info</a> Telefon: 381 212 872 Webová adresa: <a href="http://www.kanka.info">www.kanka.info</a>

*Tabulka 5: Registr poskytovatelů služeb rané péče (MPSV, online)*