



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Zavádění metody kruh podpory do rané péče**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program: **REHABILITACE**

**Autor:** Bc. Aneta Dvořáková

**Vedoucí práce:** Mgr. Hana Francová, Ph.D.

České Budějovice 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Zavádění metody kruh podpory do rané péče*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30. 5. 2020

.....

Bc. Aneta Dvořáková

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Haně Francové, Ph.D. za její vstřícný přístup, cenné rady, trpělivost a připomínky, které mi pomohly při zpracování diplomové práce. Poděkování patří také všem komunikačním partnerům, kteří byli ochotni se mnou spolupracovat a podílet se na realizaci výzkumu.

## Zavádění metody kruh podpory do rané péče

### Abstrakt

Diplomová práce se zabývá zaváděním metody kruhu podpory do rané péče. Konkrétně se zaměřuje na nově vznikající metodu s názvem kruh podpory, která se snaží podpořit rodinu v jejím přirozeném prostředí za pomoci širší rodiny, přátel a známých. Spočívá v setkávání skupiny lidí, kteří jsou v blízkém vztahu s rodinou a dítětem s postižením. Tito lidé se společně snaží vymyslet co nejvíce kroků, jak podpořit dítě i celou jeho rodinu a dojít tak k stanovenému cíli a rozvoji dítěte. Výhodou kruhu podpory je, že se setkání mohou účastnit také další odborní pracovníci, kteří přicházejí s dítětem do styku a mohou mít na situaci rodiny jiný pohled.

Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat názory pracovníků na zavádění metody kruh podpory do rané péče. Dílčími cíli bylo zhodnotit z pohledu pracovníků pozitiva a negativa, která implementace této metody přináší. Dále zmapovat očekávání pracovníků rané péče se zaváděním této metody a zmapovat přínos kruhu podpory pro pracovníky a uživatele rané péče. V souvislosti s výše zmíněnými cíli diplomové práce byly stanoveny tři výzkumné otázky, které na ně mají přinést odpovědi.

V empirické části diplomové práce byla použita kvalitativní strategie výzkumu, metoda dotazování a technika Focus Group. Výzkumný soubor tvořilo 8 pracovníků dvou poskytovatelů služeb rané péče v Jihočeském kraji. Data byla vyhodnocena za použití kódování a pro větší přehlednost uspořádána do jednotlivých kategorií.

Největší přínos této metody pro ranou péči shledávají komunikační partneři v zavádění uceleného konceptu, který je zaměřený na práci nejen s jednotlivcem, ale i s celou rodinou. Jedná se o velmi pozitivní metodu, která přirozeně využívá kreativity účastníků a směřuje k jasnému, konkrétnímu cíli. Do práce s rodinou jsou zapojeni mimo jiné i přátelé a širší rodina. V neposlední řadě spočívá přínos kruhu podpory v tom, že z něj vždy vzejdou stručné, výstižné výstupy, které pomohou dítěti i rodině. I přes počáteční obavy komunikačních partnerů se zaváděním metody kruh podpory do praxe, z výzkumu jednoznačně vyplývá pozitivní přínos pro práci s rodinami v rané péči a zkvalitnění poskytované služby. Za hlavní pozitiva kruhu podpory považují komunikační partneři: obohacení dosavadního stylu práce, zkvalitnění poskytované služby, využívání nových pracovních nástrojů, podpora při nalézání přímých a aktuálních cílů rodiny, poskytování

pozitivního pohledu, přizpůsobivosti mladé rodiny, navázání důvěrného a otevřeného vztahu pracovníka s rodinou, odstup rodičů od jejich problémů, rozvoj kreativity, posun dítěte, setkání multidisciplinárního týmu i celé rodiny, vnímání situace rodiny z různých úhlů pohledů a uvědomění rodičů, že na jejich obtížnou situaci nejsou sami. Negativa kruhu podpory spočívají především v náročnosti na časové možnosti účastníků, odborníků i organizátorů, v náročné organizaci kruhu podpory a v neochotě odborníků i neformální podpory rodiny zapojit se do kruhu podpory.

Výsledky mé práce mohou sloužit nejen studentům a případným zájemcům o tuto službu, ale především poskytovatelům rané péče. Dále samotným poradcům rané péče, kteří mohou díky této metodě rozšířit jejich nabídku poskytovaných činností a také zvýšit kvalitu a zefektivnit práci s rodinou.

### **Klíčová slova**

Raná péče; sociální služby; přístup zaměřený na člověka; plánování zaměřené na člověka; kruh podpory.

# **Implementing the Circle of Support Method Into Early Care**

## **Abstract**

This diploma thesis deals with introduction of the Circle of Support method into the Early care. Specifically it focuses on the newly emerging method called the Circle of Support, which is to support the family and overall strengthen the informal support of the family. It is based on gathering with the people who are close to the family and the disabled child. Together these people try to come up with ideas how to support the child and his family, and this way reach the set goal and progress of the child. The perk of the Circle of Support is that also professionals are in touch with the child and therefore have a different perspective on the situation of the family.

The main goal of this diploma thesis is to map out the opinions of the Early care workers in relation to introduction of the Circle of Support method into the Early care. Another goal was to evaluate positive and negative sides in the process of introducing this method from the Early care workers point of view. Next was to map the expectations of the Early care workers with introduction of this method into their work and to map the contribution of the Circle of Support for Early care workers and users. In connection with the already mentioned goals of this diploma thesis there were determined three questions, which should be answered.

In the empirical part of the diploma thesis there were used qualitative strategies of research, the method of asking and the Focus Group technique. Assemblage of research constituted of 8 workers from two providers of social services in the Bohemia Region. The data have been appraised using coding and sorted into categories for clearer arrangement.

Research shows that besides of communication partners having worries of introducing the Circle of Support into practice, in the end they were glad to overcome the concerns and to start to use the Circle of Support. The biggest contribution for the Early care is, that the method is a comprehensive and thought through concept, which is aimed on the individual and his family and it aims for clear and concrete goal. Next on, this method uses the creativity of the participants, is very positive and makes the participants feel natural using it. Next contribution is that also the friends and broader family are included

in the work with the family. A brief, apt outputs come of this meetings, which can help to the child and his family.

The main perks of the Circle of Support are in enrichment of already existing style of work, quality improvement of provided service, providing positive attitude, using new tools and finding immediate and current goals of the family. Also positive impact has the adaptability of young family, establishing trustful and open relationship between the social worker and the family, finding distance from the problems for the family, development of creativity. Next perk is progress of the child, meeting of the multidisciplinary team and the whole family, therefore perception of the family's situation from another points of view and parents realising that they are not alone in their difficult situation. The disadvantages of the Circles of support are mostly in time management, for instance the time possibilities of participants, professionals and organizers. Next is the demanding nature of the organization of the Circle of Support and the unwillingness of proffesionals and informal support of the family to be part of the Circle of Support.

The results of my thesis can be useful not only for students and people potential interested in this service, but primarily for the providers of the Early care. It can also be useful for the consultants of the Early care who can, thanks to this method, extend the offer of provided services and also improve the quality and make the work with the family more effective.

### **Key words**

Early Care; Social Services; human oriented approach; human oriented planning; Circle of Support

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>12</b>
1.1. Sociální služby.....	12
1.2. Raná péče.....	12
1.2.1. Definice rané péče.....	12
1.2.2. Co raná péče nabízí rodinám.....	13
1.2.3. Cíle rané péče.....	14
1.2.4. Diagnostika v rané péči.....	14
1.2.5. Podpora rodiny v rané péči.....	15
1.2.6. Podpora dítěte v rané péči.....	15
1.2.7. Kvalita v rané péči.....	15
1.2.8. Poskytovatelé rané péče.....	16
1.2.9. Cílové skupiny rané péče.....	18
1.2.10. Profil poradce rané péče.....	22
1.2.11. Kompetence poradce rané péče.....	23
1.2.12. Multidisciplinární tým v rané péči.....	24
1.2.13. Sociální poradenství v rané péči.....	25
1.2.14. Sociální zabezpečení.....	25
1.3. Rodina.....	26
1.3.1. Rodina dítěte s postižením.....	26
1.3.2. Vývoj dětí raného věku.....	28
1.3.3. Hra u dětí raného věku.....	30
1.4. Kruh podpory.....	31
1.4.1. Definice kruhu podpory.....	31
1.4.2. Kruhy podpory ve světě.....	35
1.4.3. Setkání kruhu podpory.....	35



1.4.4. Holistický přístup k člověku .....	37
1.4.5. Ucelená rehabilitace.....	37
1.4.6. Přístup zaměřený na člověka .....	38
1.4.7. Plánování zaměřené na člověka .....	39
1.4.8. Profil na jednu stránku .....	39
1.4.9. Kruh vztahů.....	40
1.4.10. Nástroj MAPA .....	41
1.4.11. Facilitace .....	41
1.4.12. Setkání multidisciplinárního týmu.....	43
<b>2. CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>44</b>
2.1. Cíl práce.....	44
2.2. Výzkumné otázky .....	44
<b>3. METODIKA.....</b>	<b>45</b>
3.1. Charakteristika metod a technik získávání dat .....	45
3.2. Popis a výběr výzkumného souboru .....	45
3.3 Realizace výzkumu .....	46
3.4. Způsob zpracování dat .....	46
3.5. Etické aspekty výzkumu .....	46
<b>4. VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>47</b>
4.1. Jaká pozitiva a negativa spatřují pracovníci RP při zavádění kruhu podpory .....	47
4.2. Jaké očekávání měli pracovníci rané péče při zavádění této metody .....	61
4.3. Jaký přínos mělo zavedení kruhu podpory pro pracovníky rané péče.....	70
<b>5. DISKUZE .....</b>	<b>82</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>96</b>
6.1. Jaká pozitiva a negativa spatřují pracovníci rané péče při zavádění KP? .....	96
6.2. Jaké očekávání měli pracovníci rané péče při zavádění této metody? .....	98
6.3. Jaký přínos mělo zavedení kruhu podpory pro pracovníky rané péče?.....	99
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>101</b>

## ÚVOD

V současné době existuje pro rodiny s dětmi s postižením od narození do sedmi let věku nabídka terénní sociální služby s názvem raná péče, která jim pomáhá řešit jejich nepříznivou sociální situaci. Rodiny s dítětem s postižením se cítí osamoceni, zároveň zahlceni úkoly od odborníků a rozporupnými informacemi z různých zdrojů, kterým mnohdy nerozumí. Rodiče jsou nejistí, prochází obtížnou životní situací při sdělení diagnózy dítěte. Začínají hledat možná řešení a pomoc. I přes pomoc profesionálů zůstávají rodiny často se svými starostmi sami, protože vztahy se svými vrstevníky, blízkými, sousedy apod. se touto situací změní. Díky této nové situaci se stále více uzavírají a izolují od běžné společnosti. Dochází k tomu, že tyto rodiny jsou obklopeni jen profesionály ze sociálních služeb, zdravotnictví a jsou tak vyčleněni z běžné komunity. Nefunguje u nich neformální podpora rodiny. Ze zkušeností pracovníků rané péče vyplývá, že je velmi důležité podpořit rodiny při hledání neformální podpory co nejdříve a pomoci jim propojit kvalitní a potřebnou odbornou péči o dítě s postižením se zachováním běžně fungující rodiny. Prostřednictvím systematické koordinované práce s rodinou je zapojit zpět do komunitního života s podporou neformální péče. Cílem kruhu podpory je umožnit rodinám žít běžný život s podporou svých blízkých. Kruh podpory je významný hlavně z důvodu psychické podpory rodiny. Metoda pomáhá rodinám uvědomit si, že na jejich složité životní situaci nejsou sami a že mají okolo sebe lidi, kteří jsou jim ochotni pomoci. Kruh podpory je tvořen skupinou lidí, která sleduje stejný zájem: pomoci dítěti s postižením a jeho rodině žít běžný život. Tato skupina se schází pouze v případě potřeby rodiny a pomáhá hledat, co by mohlo být nejlepší a nejdůležitější pro rodinu a dítě s postižením. Postupně si tato skupina naformuluje cíle a konkrétní kroky, které splní určití členové a tím ulehčí povinnosti rodině, která je ve složité situaci.

Tématem mé diplomové práce je „Zavádění metody kruh podpory do rané péče“. Toto téma jsem si zvolila, protože mě metoda kruhu podpory oslovila. Dle mého názoru se přístup zaměřený na člověka a metoda kruh podpory v České republice zatím příliš nevyužívá. Z těchto důvodů jsem se v diplomové práci zaměřila na zavádění metody kruhu podpory do rané péče v České republice, konkrétně v Jihočeském kraji. Hlavním záměrem diplomové práce bylo zmapování názorů pracovníků ve vztahu k zavádění metody kruh podpory do rané péče.

Teoretická část diplomové práce se zabývá tématy: sociální služby, konkrétně raná péče, cílové skupiny rané péče, poradce rané péče, multidisciplinární tým v rané péči. Dále je zde popsána rodina dítěte s postižením a jeho vývoj. V neposlední řadě je zde uvedena metoda kruh podpory, která vychází z holistického přístupu a přístupu zaměřeného na člověka. Součástí je také představení některých nástrojů plánování zaměřeného na člověka, které lze kombinovat s metodou kruh podpory.

V empirické části bylo pomocí kvalitativního výzkumu, konkrétně metodou dotazování (na skupinovém setkání pracovníků dvou poskytovatelů služby rané péče v Jihočeském kraji) zjišťována pozitiva a negativa při zavádění kruhu podpory. Dále jaké očekávání měli pracovníci rané péče při zavádění této metody a jaký přínos mělo zavedení kruhu podpory pro pracovníky rané péče.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## *1.1. Sociální služby*

Dle Matouška (2012) je poskytování kvalitních sociálních služeb hlavním posláním současné sociální práce. Malík Holasová (2014) definuje sociální práci jako společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je řešení sociálních problémů. Sociální pracovníci pomáhají dle této autorky jednotlivcům, skupinám, rodinám či komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění a pomáhají utvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Mezi základní hodnoty patří humanismus, lidská práva, sociální spravedlnost, profesionální jednání sociálních pracovníků, respekt, podpora samostatnosti klienta, nepoškozování klienta předsudečným jednáním, spolehlivost, spravedlnost, dobročinnost a pravdomluvnost (Malík Holasová, 2014).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje sociální služby jako činnosti zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Tento zákon rozlišuje v §32 služby dle druhu na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dle §33 jsou sociální služby poskytovány ve třech formách: pobytové, ambulantní, terénní. V §54 je uvedena služba sociální prevence s názvem raná péče, která je určena pro děti raného věku s postižením, jejich rodiny, zákonné zástupce, ev. pečující osoby. Šándorová (2017) uvádí, že služby sociální prevence mají za cíl předcházet sociálnímu vyloučení ohrožených osob a pomáhat jim překonávat nepříznivou životní situaci. Dle Matouška et al. (2007) jsou sociální služby poskytovány lidem společensky znevýhodněným s cílem zlepšit kvalitu jejich života nebo je v maximální možné míře do společnosti začlenit, popř. společnost chránit před riziky jejichž jsou tito lidé nositeli. Novosad et al. (2000) zmiňuje, že sociální služby pro lidi s postižením se odvíjejí od společenského chápání lidských potřeb a od konkrétní sociální politiky určitého státu.

## *1.2. Raná péče*

### *1.2.1. Definice rané péče*

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje v § 54 ranou péči jako terénní službu, popřípadě doplněnou o ambulantní formu služby, poskytovanou 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.

Raná péče dle tohoto zákona poskytuje tyto základní činnosti:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Šándorová (2017) uvádí, že raná péče probíhá většinou v přirozeném prostředí rodiny a je považována za preventivní v několika aspektech. Jako první aspekt uvádí autorka prevenci druhotného postižení (je efektivní), dále prevenci institucionalizované a ústavní péče (je ekonomická) a v neposlední řadě prevenci segregace (je etická).

### ***1.2.2. Co raná péče nabízí rodinám***

Raná péče nabízí rodičům (zákonným zástupcům):

- informace o postižení dítěte,
  - rady, jak jejich dítěti nejlépe pomoci a rozvíjet ho,
  - odbornou pomoc,
  - poradenství při zvládnání péče o dítě s postižením a jak ji spojit s výchovou dalších dětí,
  - pomoc při porozumění dítěti a jeho potřebám, rozvíjení jeho řečových schopností a vzájemné komunikace,
  - psychickou podporu při zvládnání zátěže a vyrovnání se s novými situacemi,
  - speciální postupy, stimulaci a terapie při rozvíjení dítěte se specifickými potřebami,
  - kontakty na další rodiče v podobné situaci,
  - oceňování a povzbuzování, které se rodičům zejména v prvním období nedostává a je velmi podstatné pro překonávání obtíží a překážek,
  - společné hledání nových možností a plánování budoucnosti,
  - pomoc při komunikaci s širší rodinou, přáteli nebo dalšími odborníky.
- (Hradilková et al., 2018)

Dle Doskočilové et al. (2012) nabízí raná péče rodině nový pohled na jejich situaci. Soustředí se na jejich možnosti a na pozitiva než na omezení dítěte.

### ***1.2.3. Cíle rané péče***

Obecně je cílem rané péče předcházet postižení, podporovat a podněcovat senzomotorický, emocionální sociální a intelektuální vývoj dítěte, odstranit nebo zmírnit možné negativní následky, vytvořit předpoklady pro sociální integraci rodiny i dítěte samotného do společnosti, tedy co možná nejsamostatnější aktivní zapojení do života ve společnosti (Šándorová, 2017). Dalším cílem rané péče je dle této autorky primárně a preventivně působit proti sekundárním následkům rizik a postižení cílové skupiny na její psychický, citový a sociální vývoj. V neposlední řadě musí ranná péče poskytnout cílové skupině nezbytné informace z oblasti zdravotnictví, sociálních služeb, sociálního zabezpečení, speciální pedagogiky apod. (Šándorová, 2017).

### ***1.2.4. Diagnostika v rané péči***

Černá et al. (2015) podotýká, že diagnostiku dětí v raném věku určují především lékaři, psychologové nebo pracovníci speciálně pedagogického centra. Dle Opatřilové et al. (2012) je určující to, jakým způsobem jsou rodiče informováni o zdravotním stavu, diagnóze a o následném možném vývoji jejich dítěte. Dále tato autorka uvádí, že sdělení rodičům o postižení jejich dítěte je pro rodiče traumatizující za každé situace. Informace podané lékařem by měli být úplné, pravdivé a srozumitelné pro rodiče, aby se na jejich základě mohli rozhodnout o budoucnosti svého dítěte (Opatřilová et al., 2012). Pracovníci rané péče dle Černé et al. (2015) získávají informace o dítěti především rozhovorem s rodiči (nebo zákonnými zástupci) dítěte. Zaměřují se na oblasti: těhotenství matky, porod, historii zdravotního stavu dítěte, milníky ontogenetického vývoje u dítěte, rodinnou anamnézu, vztah členů rodiny k dítěti a úroveň dítěte v jednotlivých oblastech dovedností jako jsou například řeč, komunikace, jemná motorika, hrubá motorika, sebeobsluha, myšlení, vnímání, nezávislost, hra, vztahy s ostatními, způsob řešení problémů apod. (Černá et al., 2015). Jimenez et al. (2012) ve výsledcích svého výzkumu zmiňuje, že rodiče nahlásili problémy s komunikací se svým pediatrem, včetně nesprávné interpretace diagnózy a nerozumění rodičů lékařského doporučení. Keilty (2020) uvádí, že díky včasné diagnostice některých vrozených vad, existují i prenatální vývojové intervence (např. Early Head Start, Nurse Family Partnership). Tyto vývojové intervence jsou dle této autorky určené pro rodiny s environmentálními riziky.

### ***1.2.5. Podpora rodiny v rané péči***

Oficiálně dle Černé et al. (2015) zahrnuje podpora rodinám s dětmi s postižením v ČR legislativní podporu, finanční podporu, operativní podporu (materiální podpora – např. osobní asistence, kompenzační pomůcky), poradenskou podporu a vzdělávací podporu. Podpora rodiny v pojetí rané péče znamená přijímat rodinu v její jedinečnosti a podporovat všechny její členy v dosahování cílů rodiny, nikoli cílů služby nebo terapeuta (Hradilková et al., 2018). Dále podpora rodiny dle této autorky znamená pomoc rodičům i dětem udržovat a rozvíjet běžné vztahy. Cílem podpory rodiny je, aby se všichni členové rodiny cítili ve svých rolích kompetentní a sebevědomí a mohli je naplňovat s radostí. (Hradilková et al., 2018). Černá et al. (2015) zmiňuje, že ke zvýšení kvality podpory poskytované rodinám s dítětem s postižením pomáhá osvěta společnosti, osvěta rodičů, osvěta budoucích i stávajících pedagogů, osvěta dětí v období povinné školní docházky a spolupráce odborníků s rodiči.

### ***1.2.6. Podpora dítěte v rané péči***

Včasná péče a podpora je dle Opatřilové et al. (2012) podstatná především z důvodu, že mozek malého dítěte je schopen v mnohem širším rozsahu regenerace a kompenzace vzniklých postižení, a že tento rozvoj je závislý na včasných sociálních interakcích a edukativních procesech. To potvrzuje i Gerlin (2006), který uvádí, že děti se učí již v děloze. Věda odhalila, že k většině vývoje mozku dochází mezi 0-5 rokem věku. Gerlin (2006) popisuje, že pokud pedagogové vynechají toto klíčové okno, děti, které neprošli alespoň mateřskou školou, vstupují do školy nepřipravené na akademické požadavky. Hradilková et al. (2018) uvádí, že malé děti se učí prostřednictvím prožitků každodenních událostí a reakcemi na podněty svého okolí, proto se raná péče zaměřuje na podporu zbylých funkcí smyslů nebo pohybů a rozvíjí to, co postižení neovlivnilo. Dále tato autorka popisuje, že v rané péči se děti podporují především: stimulací, cvičením, funkční diagnostikou (ne lékařskou), kompenzací, úpravou prostředí, a především hrou (viz kapitola 1.3.3.).

### ***1.2.7. Kvalita v rané péči***

Kvalita rané péče se se hodnotí především podle vývoje situace rodiny a výsledků podpory – zda se rodiče cítí kompetentně, zda mají dostatek informací pro rozhodování

o dítěti a zda se cítí posílení při výchově dítěte s postižením a péči o něj, zda jim raná péče pomohla prožívat společně radost a uspokojení (Hradilková et al., 2018).

Inspekce kvality sociálních služeb hodnotí především:

- terénní formu služby (musí převažovat nad ambulantní),
- ranou péči jako službu pro rodinu (raná péče musí poskytovat podporu celé rodině v různých otázkách a tím zmírňovat dopady postižení dítěte na rodinu a její funkce),
- regionální vymezení (musí být dostupná pro všechny rodiny, ať už bydlí kdekoli),
- specializaci pracoviště a pracovníků (vysokoškolské vzdělání pracovníků a specializace pracoviště na konkrétní druh postižení),
- počet klientských rodin, které má na starosti jedna poradkyně rané péče (každá poradkyně musí mít na každou rodinu dostatek času popř. musí být zastupitelná kolegyní),
- osvětu a depistáž (vyhledávání potencionálních klientů a informování veřejnosti a rané péči),
- zapojení rodičů a klienta do multidisciplinárního týmu,
- odborná příprava, kompetence a průběžné vzdělávání pracovníků,
- doplnění týmu o externí odborníky,
- dodržování pravidel a metodik,
- spolupráce se zdravotní péčí. (Hradilková et al., 2018)

Poskytovatelé rané péče (stejně jako jakékoli jiné sociální služby) jsou povinni dodržovat standardy kvality sociálních (Čámský et al., 2011). V §2 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách jsou uvedeny základní zásady sociálních služeb. Tyto základní zásady jsou vodíkem, na jehož základě byly vypracovány standardy kvality sociálních služeb (Čámský et al., 2011). Dále autor uvádí, že jde o soubor kritérií, kterými je definována úroveň poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení služeb, ale také v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a uživateli.

#### ***1.2.8. Poskytovatelé rané péče***

Dle Doskočilové et al. (2012) poskytují ranou péči kvalifikované a vyškolené pracovnice, které jsou zaměstnány v organizaci poskytující ranou péči. Dále autorka uvádí, že každá raná péče má své zaměření dle cílové skupiny: rodiny dětí se zrakovým a kombinovaným



postižením, sluchovým a kombinovaným postižením, autismem, mentálním a pohybovým postižením nebo děti s nerovnoměrným a ohroženým vývojem. Zřizovateli rané péče jsou v České republice dle této autorky převážně nestátní neziskové organizace. Šándorová (2017) dodává, že se nejedná o oslabování úlohy státu, ale o změnu role státu – stát vytváří pouze podmínky a pravidla pro sociální chování ostatních subjektů. Dle Registru poskytovatelů sociálních služeb (2020) je v ČR 48 poskytovatelů rané péče, z toho 6 v Jihočeském kraji. V ČR existuje celostátní profesní organizace sdružující poskytovatele rané péče s názvem Asociace pracovníků v rané péči z.s. (ARPR), která prosazuje zájmy oboru rané péče, prezentuje ji, zajišťuje vzdělávání pro pracovníky rané péče, zajišťuje spolupráci jednotlivých pracovišť apod. (Šándorová, 2017)

### *Neziskové organizace*

Nestátní neziskové organizace poskytující sociální služby mají aktuálně specifické postavení vůči státu a jsou považovány za nezbytné pro kvalitu života (Šándorová, 2017). Autorka popisuje, že v současné době je za jejich existenci a dostupnost zodpovědný kraj. Švestková et al. (2012) popisuje neziskové organizace jako jedno z možných řešení situace, kdy dochází k absenci určitých služeb či potřeb. Dále autorka uvádí, že v některých případech nezisková sféra výhradně pokrývá část služeb a činností, jež není možné řešit prostřednictvím státu či ziskové sféry a neziskové organizace doplňují a přispívají k fungování tržní ekonomiky státu. V České republice existují následující typy neziskových organizací: spolky, obecně prospěšné společnosti, ústavy, nadace, nadační fondy, evidované právnické osoby (Nadace Neziskovky, 2020). Švestková et al. (2012) zmiňuje, že v současné situaci se neziskové organizace pohybují v prostředí, jež se vyznačuje silnými sociálními potřebami a vysokou konkurencí v oblasti dotací, grantů a projektů, proto je v současné době pro NNO nezbytná dobrá znalost managementu řízení organizace. Pro správné fungování a plnění cílů NNO je nezbytné zajištění co možná nejtrvalejšího přísunu finančních prostředků (Švestková et al., 2012). Dále autorka zmiňuje, že pro neziskovou organizaci je v tomto případě velmi důležité vícezdrojové financování, tj. financování, které zajistí organizaci více zdrojů, ze kterých je financována, aby nebyla závislá pouze na jednom určitém zdroji. Typy zdrojů pro neziskové organizace lze dělit na příjmy z prodeje služeb a výrobků, členské příspěvky a zápisné, individuální dárce a dobrovolníky, firemní dárce, veřejné zdroje (ministerstva, kraje), nadace a nadační fondy a ostatní subjekty, kterými jsou například jiné NO, zahraniční organizace, ambasády apod. (Švestková et al., 2012). Havrdová et al. (2010)

poukazuje na to, že aby sociální služby byly kvalitní a konkurenceschopné, musí reagovat přesně na potřeby a očekávání jejich uživatelů, a to jak v oblasti řízení služby, tak v oblasti plánování. Havrdová et al. (2010) uvádí, že úspěch sociální služby je téměř vždy výsledkem dobrých služeb, vhodné strategie a účelně využitých zdrojů, jež má organizace k dispozici.

### ***1.2.9. Cílové skupiny rané péče***

Hlavní cílovou skupinou rané péče je samozřejmě dítě s postižením, opožděným nebo nerovnoměrným vývojem (Šándorová, 2017). Dle této autorky se do cílové skupiny rané péče řadí také rodiče, zákonní zástupci, vychovatelé, ale i další odborníci pracující s dítětem s postižením nebo dokonce celá komunita. Děti s postižením můžeme dle Arnoldové (2015) dělit na děti s mentálním postižením, s poruchami chování, s vadami řeči, děti sluchově postižené, zrakově postižené, tělesně (též zdravotně) postižené.

#### ***A) Děti s tělesným postižením***

Mezi specifika lidí s tělesným postižením patří tyto somatické, psychické a sociální aspekty:

- omezení, ztížení nebo ztráta schopnosti lokomoce,
- atypické pohybové stereotypy a problematická koordinace pohybu,
- narušení jemné motoriky,
- izolovanost, snížená sociabilita,
- citová a podněťová deprivace,
- výkonová deprivace,
- zvýšená závislost na technických pomůckách či opatřeních a na externí fyzické pomoci,
- obtíže při zvládnání emancipace nebo při procesu osamostatňování,
- poruchy sebepojetí, zkreslené sebehodnocení,
- nutnost dlouhodobého respektování určité životosprávy nebo specifických zdravotních opatření,
- emoční labilita nebo neadekvátní prožívání a sebezžívání,
- problematické utváření sociálních vztahů,
- nezkušenost v partnerských vztazích,
- často nedostatečná motivace vyplývající z neujasněných životních perspektiv,

- zkreslené nebo neadekvátní hodnocení ZP jedince sociálním okolím, jeho stigmatizace,
- komunikační bariéry z důvodu spasticity nebo jinak narušené funkce mluvidel, z důvodu nedostatečného sociálního učení nebo z důvodu přidruženého smyslového postižení jako je například sluch a zrak (Novosad et al., 2000).

Pohyb je dle Novosada et al. (2000) nejdůležitější pro člověka, protože mu usnadňuje samostatnost, sebeobsluhu a řeč, která mu umožňuje komunikovat se svým okolím. Lidé s tělesným postižením mají většinou tyto omezení a mohou být tudíž deprimováni (Novosad et al., 2000). Jak uvádí Hradilková et al. (2018) děti mohou mít například změněné vnímání bolesti, neběžným způsobem reagují na zvuky z okolí a hůře se orientují v prostoru. Tyto zdánlivé maličkosti mají dle této autorky dopad na celkové dovednosti dítěte a rodič může ztrácet v interakci s dítětem přirozenou schopnost intuitivních odpovědí. Někdy se stává, že když dítě v oblasti pohybových schopností neodpovídá svým vrstevníkům, rodiče ho začnou vnímat jako dítě mladšího věku, což se projevuje například dlouhodobého krmení z lahve, tekutou stravou, dětskými hračkami apod., což znemožní dítěti rozvíjet svůj potenciál. (Hradilková et al., 2018). V ČR neexistuje raná péče výhradně pro děti s tělesným postižením, většinou tyto děti využívají ranou péči, která je určena pro rodiny s dětmi s mentálním, zdravotním nebo kombinovaným postižením (Hradilková et al., 2018). Autorka zmiňuje, že nejčastěji mají tyto děti diagnostikovanou mozkovou obrnu, rozštěp páteře nebo jsou po příhodě s trvalými následky (např. úraz) nebo má narušení pohybových schopností z důvodu těžkého až hlubokého mentálního postižení. To potvrzuje i Chvátalová (2012), která uvádí, že děti s dětskou mozkovou obrnou tvoří nejméně polovinu z celkového počtu tělesně postižených.

Mezi lidmi s tělesným postižením patří i lidi se vzácným nervosvalovým onemocněním (Hradilková et al., 2018). Děti se vzácným nervosvalovým onemocněním se dělí dle Hradilkové et al. (2018) na děti trpící SMA (spinální muskulární atrofií) a DMD (Duchennovo muskulární dystrofií). Hradilková et al. (2018) uvádí, že se jedná o velice vzácné onemocnění a v prvních měsících života se děti trpící těmito onemocněními vyvíjí jako naprosto zdravé děti. Jde o postupné ochabování svalů – děti začnou mít potíže s běháním, chozením, stáním, sezením, držením hlavy a postupně i s polykáním a dýcháním (Hradilková et al., 2018). U rané péče s touto cílovou skupinou je nejdůležitější mezioborová spolupráce (především s lékaři a hospicovou péčí), se kterými tráví rodiny

hodně času. Dále je dle této autorky důležitý včasný začátek a rychlost zajištění podpory, protože každý čas je vzácný. V neposlední řadě je důležitá také psychická podpora rodiny. (Hradilková et al., 2018).

### ***B) Děti s mentálním postižením***

Solovská et al. (2013) popisuje, že při práci s dětmi s mentálním postižením je důležité zvolit vhodnou aktivitu, vybrat ji dle aktuální nálady a zdravotního stavu dítěte. Ze začátku je třeba vybírat jednodušší úkoly a správně je namotivovat k činnosti. Dále autorka zmiňuje, že je třeba několikrát srozumitelně vysvětlit zadání a ilustrativně činnost ukázat. U lidí s mentálním postižením je dle této autorky zásadní komunikace, díky které se učí a rozvíjí své sociální kompetence. Abychom mohli být s dítětem s mentálním postižením ve vztahu, porozumět mu, podporovat jej nebo ovlivňovat, musíme být schopni s ním komunikovat a on musí být schopen naši komunikaci vnímat, porozumět jí a mít možnost a prostředky, jak na nás reagovat. (Solovská et al., 2013). Hradilková et al. (2018) uvádí, že dítě s mentálním postižením může mít problémy s načasováním reakcí, s vlastní motivací, s rozvojem řeči a komunikace. Tyto děti potřebují hodně různorodé podpory, aby jejich aktivní i pasivní slovní zásoba narůstala a poskytovala jim příležitost k novým myšlenkovým operacím a podněcovala je k chuti komunikovat s okolím, která dítěti umožňuje naučit ho sociálnímu chování (Hradilková et al., 2018). Mezi nejčastěji se vyskytující syndromy spojené s mentální retardací patří dle Černé et al. (2013) Downův syndrom, syndrom fragilního X chromozomu, Rettův syndrom, Angelmanův syndrom, Prader-Williho syndrom, syndrom kočičího křiku, Klinefelterův syndrom, Turnerův syndrom, Williamsův syndrom apod. (Černá et al., 2015). Každé dítě se dle této autorky vyvíjí jinak, ale ontogenetický vývoj je společný a z tohoto důvodu je třeba znát běžný vývoj dítěte v určitých obdobích jeho života. Mezi poskytovatele speciálně pedagogické péče v České republice v raném a předškolním věku patří především raná péče, speciálně pedagogická centra či pedagogicko-psychologické poradny (Černá et al., 2015). Čím dříve se dle této autorky začne s ranou intervencí, tím lépe. Černá et al. (2015) upozorňuje na to, že v raném období dítěte je objektem zájmu celá jeho rodina, především matka dítěte. Intervenci je třeba zaměřit na budování pozitivního vztahu matka-dítě, na kterém je závislý vývoj dítěte. U dětí s postižením nebo vývojovým opožděním dochází k nedostatkům nebo omezením v oblasti myšlení, vnímání, řeči, jemné motorice, hrubé motorice nebo sebeobsluhy. (Černá et al., 2015)

### ***C) Děti se zrakovým postižením***

Hradilková et al. (2018) zmiňuje, že většinou první, kdo si všimne, že dítě může mít problém s viděním jsou jeho rodiče (dítě se ne dívá za zvukem, nezaostřuje, mhouří oči, oči mu bloudí, dítě se nevyhýbá předmětům, nábytku, nesahá po nabízených hračkách apod.). Jak uvádí Květoňová-Švecová et al. (2004), zdravé děti by měly již od narození reagovat na světlo zúžením zorniček. Postižení zraku dělí Hradilková et al. (2018) podle stupně důsledků na nevidomost nebo slabozrakost. Nevidomé dítě si buduje představy o okolím světě na základě ostatních smyslů a jejich integrace s pohybovými dovednostmi (Hradilková et al., 2018). Autorka uvádí, že tyto děti potřebují dostatek těchto vjemů, vysvětlení a bezpečí pro objevování bez zrakové kontroly. U nevidomých dětí se často vyvinou některé pohybové stereotypy (kývání, pohupování apod.), kterým je dobré předcházet (např. nahrazení jiným rituálem), ale těžko se jich zbavuje, protože pro dítě mají uklidňující a stimulační účinek (Hradilková et al., 2018). Autorka zmiňuje, že slabozraké dítě oproti tomu potřebuje dostatek zjednodušených a výrazných zrakových vjemů, které jsou dostatečně silné, aby překonaly vliv zrakové vady a dodaly do mozku dítěte signály z jeho okolí. Zrakové postižení bývá někdy doprovázeno také v kombinaci s dalšími postiženími jako je například mozková obrna (Hradilková et al., 2018).

### ***D) Děti se sluchovým postižením***

Díky celoplošnému screeningovému vyšetření sluchu se již v porodnici dá diagnostikovat sluchová vada a pracovat s dítětem pomocí specifických metod již od narození (Hradilková et al., 2018). Pokud se porucha sluchu diagnostikuje včas a dítě využívá kompenzační pomůcku (např. kochleární implantát, sluchadla apod.), vyvíjí se jako slyšící zdravé dítě, popř. dochází jen na logopedii kvůli zkreslenému sluchovému vnímání (Hradilková et al., 2018). Dále autorka uvádí, že pokud se sluchová porucha diagnostikuje později, může u dítěte nastat komunikační opoždění nebo sociální frustrace, což může vést k poruchám chování. Po přidělení kompenzační pomůcky se ale většinou chování opět upraví (Hradilková et al., 2018). Autorka nastiňuje, že zhruba u 25 % dětí se sluchovým postižením se vyskytují i další postižení. U dětí s kombinovaným postižením je sluchový a řečový vývoj opožděn i s kompenzační pomůckou. Děti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením většinou nezačnou reagovat na zvuky ani mluvenou řeč ani s kompenzační pomůckou z důvodu centrálního poškození sluchu (Hradilková et al., 2018). Autorka dále popisuje, že poradci v rané péči u těchto dětí nejčastěji řeší

vzájemnou komunikaci s dítětem a jeho okolím. Květoňová-Švecová et al. (2004) tvrdí, že se 90% dětí se sluchovou vadou rodí slyšícím rodičům. Rodina i všichni vychovávající dítě by měli k dítěti se sluchovou vadou přistupovat jako ke zdravému, aby nebylo ochuzené o podněty z jiných oblastí (Květoňová-Švecová et al., 2004).

### ***E) Děti s poruchou autistického spektra (PAS)***

PAS je dle Hradilkové et al. (2018) neurovývojová porucha, která ovlivňuje komunikační dovednosti dítěte, jeho představitost, hru a schopnost navázat sociální vztahy. Děti s PAS se na první pohled tolik neliší od svých vrstevníků, ale mají potíže porozumět podnětům, které vnímají svými smysly, a správně reagovat na situace, které prožívají (Hradilková et al., 2018). V rané péči se poradci soustředí především na psychosociální podporu rodiny dítěte, vysvětlují rodičům i sourozencům chování dítěte s PAS, snaží se jim pomoci s porozuměním jeho chování a společně mohou hledat způsob, jak postupně nahradit problémové chování chováním vhodným (Hradilková et al., 2018). Dále autorka popisuje, že při práci s dětmi s PAS poradci také často využívají alternativní a augmentativní komunikaci ke komunikaci s okolím, ale také k porozumění např. denního režimu dítěte.

#### ***1.2.10. Profil poradce rané péče***

Dle § 109 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách vykonává sociální pracovník sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Poradce rané péče je absolvent VŠ nebo VOŠ se zaměřením na sociální práci, speciální pedagogiku, sociální pedagogiku, psychologii, popř. i fyzioterapii či ergoterapii (Šáňdorová, 2005). Dále autorka zmiňuje, že poradce rané péče musí mít znalosti z několika různých oborů jakými jsou např. psychologie, speciální pedagogika, sociální práce, medicína aj. a své vzdělání musí průběžně doplňovat o další potřebné znalosti a dovednosti. Z těchto oborů využívá poradce rané péče především znalosti vývojových zákonitostí dítěte raného věku, teorie komunikace, překonání krize, orientace v potřebách lidí po narození dítěte s postižením, nejčastější diagnózy u dětí s postižením nebo

nerovnoměrným vývojem, příčiny a projevy onemocnění, speciální pomůcky, školský systém, komunita a její význam pro život rodiny a jednotlivce, systém státní sociální podpory, systém sociálních a dalších služeb, legislativní rámec sociálních služeb, různé zdroje finanční podpory rodiny s dítětem s postižením, léčbu jednotlivých onemocnění apod. (Šándorová, 2005). Autorka zdůrazňuje, že jeho osobnostní předpoklady a vlastnosti jsou tvořeny souborem stabilních a neměnných rysů, které zaručují dlouhodobý vyrovnaný pracovní výkon. Patří k nim respekt, tolerance, empatie, důvěra, profesionalita, ochota a vstřícnost. Dovednosti, kterými by měl poradce rané péče disponovat jsou vést strukturovaný rozhovor vedoucí k stanovenému cíli, poskytnout emoční podporu, stanovit vývojovou úroveň dítěte na základě jeho pozorování a hry s ním, reagovat na dítě v souladu s jeho individuálními možnostmi a potřebami, navrhnout odpovídající program rozvoje dítěte, nabídnout přiměřenou intervenci v přiměřený čas, pracovat s informacemi, vypracovávat a uchovávat dokumentaci týkající se rodiny, pracovat s rizikem, komunikovat a spolupracovat s multidisciplinárním týmem (lékaři, fyzioterapeuti, učitelé, úřady apod.), samostatně si organizovat čas a práci, prezentovat ranou péči na veřejnosti, řídit motorové vozidlo, neustále se sebevzdělávat (Šándorová, 2005). Dle Doskočilové et al. (2012) musí také umět naslouchat, individuálně plánovat s rodiči, poskytovat sociální poradenství, podporovat intuitivní rodičovství, informovat a vzdělávat rodiče, otevírat nová témata, podporovat vztahy s širší rodinou a komunitou, podporovat komunikaci a porozumění s odborníky, podporovat svépomoc mezi rodiči, udržet profesionální hranice, umět komunikovat s rozhněvaným rodičem a neposkytovat nevyžádané rady.

Většina států v U.S.A požaduje, aby poskytovatelé rané péče (včasné intervence) umožňovali svým zaměstnancům průběžné odborné vzdělávání a přípravu (Morrison et al., 2013). Autor dále konstatuje, že bohužel existuje jen málo vzdělávacích a školicích programů pro zaneprázdněné profesionály. Z tohoto důvodu nabízí některé školící organizace internetové učení online jako alternativou k tradičnímu vzdělávání (Morrison et al., 2013).

### ***1.2.11. Kompetence poradce rané péče***

Mezi kompetence poradce rané péče patří dle Šándorové (2005):

- a) Budovat vztah s klientem.
- b) Orientovat se v komplexní situaci klienta a plánovat postup práce s ním.

- c) Podporovat vlastní kompetence klienta.
- d) Poskytovat přiměřené služby.
- e) Přispívat k rozvoji oboru, organizace, svého pracoviště.
- f) Odborně růst.

### ***1.2.12. Multidisciplinární tým v rané péči***

Slovník cizích slov (2013) definuje pojem multidisciplinární jako přístup charakterizovaný spoluprací více vědních oborů při realizaci odborné a vědecko-výzkumné činnosti. Multidisciplinární přístup je také nezbytnou součástí práce s rodinou v duchu uceleného systému rehabilitace (Jankovský, 2001). Předpokladem je dle tohoto autora vytvoření funkčního týmu odborníků, zapojení klienta, členů rodiny či nejbližších osob. Multidisciplinární (víceoborový) tým je seskupením odborníků, kteří mají své specifické role, ale často pracují samostatně (Kuzníková, 2011). Jak popisuje Šándorová (2005), raná péče je velmi spjatá nejen se sociální prací, ale také se školstvím a zdravotnictvím. Tato autorka upozorňuje, že komplexní podpora a intervence musí být zahájena pokud možno co nejdříve, aby se předešlo sekundárnímu postižení a mohla se zkvalitnit socializace, edukace a komprehenzivní rehabilitace. Nejdůležitější je dle Šándorové (2005) flexibilní multidisciplinární tým spolupracujících odborníků a rodičů. Tento tým je schopen pružně a rychle reagovat na specifické a měnící se potřeby dítěte s postižením. Dále autorka popisuje, že nejčastěji se multidisciplinární tým skládá z odborníků v oblasti speciální pedagogiky, sociální pedagogiky, sociálních služeb, psychologie a medicínských oborů. Klíčovým prvkem multidisciplinárního týmu je koordinace (Šándorová, 2005). I přesto, že hlavním úkolem pro všechny členy týmu je pomoc dítěti raného věku s postižením, posílení jeho schopností a stupně samostatnosti, sociální a edukační integrace, je nejvíce důležitá práce v rodině a s rodinou (Šándorová, 2005). ARPIDA a Kaňka (2019) zmiňují, že pokud se tato spolupráce podaří, hovoří o tzv. „kruhové podpoře“. Dále tito autoři upozorňují na to, že každý odborník má v multidisciplinárním systému své nezastupitelné místo. Dokupilová et al. (2015) dodává, že je důležité respektování všech členů týmu. Složení týmů odpovídá potřebám řešení individuálních potřeb klientů (ARPIDA, Kaňka, 2019). Každý z odborníků plní svůj úkol vzhledem ke své specializaci a zároveň velmi úzce spolupracuje se svými kolegy – čímž se rozumí společná setkání, na kterých analyzují řešený případ a vyměňují si své pohledy, názory, zkušenosti a probírají možná očekávání (Dokupilová et al., 2015). Dále tato



autorka uvádí, že týmy nemusí být fixní a dle potřeb se mohou např. rozšiřovat o další odborníky nebo jen jednorázové konzultanty.

### ***1.2.13. Sociální poradenství v rané péči***

Základní sociální poradenství poskytuje dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je dle tohoto zákona základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb a poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. Novosad (2000) dodává, že sociální poradenství provází a zároveň podmiňuje uplatňování principů a metod ucelené rehabilitace při práci s klientem. Toto poradenství se svou týmovostí, provázaností, pospolupností dílčích opatření a mezioborovou kooperací odlišuje od jiných poradenských aktivit (např. psychologického poradenství). Dle doporučení Rady Evropy č. R/92/6 je cílem ucelené rehabilitace poskytnout osobám se zdravotním postižením co nejširší účast na společenském i hospodářském životě a co největší nezávislost. Úkolem a posláním poradenské činnosti je zmírnění, eliminování či kompenzování příčin, které postiženému jedinci brání jeho plnohodnotnému začlenění do společnosti (Novosad, 2000). Dle tohoto autora jde o zpřístupnění stejných příležitostí seberealizace každému člověku, což vychází ze základních lidských práv a svobod.

### ***1.2.14. Sociální zabezpečení***

Sociální péče bývá také definována jako úsilí o uspokojování uznávaných sociálních potřeb dávkami a službami sociální péče (Arnoldová, 2015). Dle této autorky se v rámci sociální péče se poskytují zejména peněžité dávky, věcné dávky a služby (jako jsou například zdravotní péče, sociální služby apod.).

Rodin využívající ranou péči se týkají především následující dávky:

- porodné,
- rodičovský příspěvek,
- příspěvek na péči,
- příspěvek na zvláštní pomůcku,
- příspěvek na mobilitu,
- průkazy osob se zdravotním postižením,

- peněžité pomoci v mateřství,
- vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství,
- přídatky na dítě (Arnoldová, 2015).

Dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením má příspěvek na zvláštní pomůcku pomoci osobám se zdravotním postižením zlepšit jejich možnosti pohybu a soběstačnosti v běžném životě. Tyto pomůcky jsou určeny osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžce zrakově postiženým osobám a sluchově postiženým osobám, přičemž toto postižení musí mít charakter dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu trvající déle než jeden rok (Zákon č. 329/2011 Sb.).

Příspěvek na mobilitu se dle zákona č. 329/2011 Sb., vyplácí zpětně a ve výši 550 Kč měsíčně. Dostane ho osoba starší 1 roku, která je držitelem průkazu ZTP neb ZTP/P a opakovaně se dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby (Zákon č. 329/2011 Sb.).

Dle tohoto zákona jsou přiznány také určité mimořádné výhody držitelům průkazu ZT, ZTP nebo ZTP/P.

### ***1.3. Rodina***

#### ***1.3.1. Rodina dítěte s postižením***

Rodina dítěte s postižením je dle Dokupilové et al. (2015) stále považována za jeden z nejdůležitějších segmentů ovlivňujících vývoj dítěte v kontextu rozvoje potřebných kompetencí směrem k integraci do společnosti v dospělosti. To potvrzuje i Šándorová (2017), která uvádí, že rodina hraje vzhledem k dítěti rozhodující roli – je zdrojem prvních a hlavních informací a pomoci. Jestliže není do procesu socializace, edukace a rehabilitace začleněna nebo pokud nejsou rodiče považováni za aktivní partnery, může to znamenat ztrátu potřebných informací nebo snížení efektivity výsledků. (Šándorová, 2017). Dále autorka popisuje, že raná péče vnímá rodinu jako významnou sociální instituci. Kochová, Schaeferová (2015) popisují, že vztah dítěte a matky začíná již v těhotenství, posiluje se porodem a prvními kontakty po porodu. Dále Kochová, Schaeferová (2015) uvádějí, že otcové děti mívají obtížnější situaci v tom, že obvykle netráví s dítětem tolik času jako matka, přesto je důležité, aby otcové dokázali tvořit své rodině zázemí, podporovat matku i děti a být jim všem oporou. Hradilková et al. (2018) zmiňuje, že první chvíle a roky života dětí bývají pro rodinu radostným obdobím, kdy

starosti s péčí a výchovou jsou vyvažovány uspokojením z naplňování rodičovských rolí, společnou péčí o dítě, radosti z každodenních pokroků a projevů dítěte, plánování budoucnosti, setkání s širší rodinou, přáteli apod. Život rodiny, které se narodí dítě s postižením bývá naopak dle této autorky změněn obavami a starostmi vyplývající z péče o dítě se specifickými potřebami. Černá et al. (2015) popisuje, že obavy a nejistoty v rodině dítěte s postižením začínají zpravidla ještě dříve, než je postižení diagnostikováno. Rodiče už tuší, že s dítětem „není něco v pořádku“ nebo že se nevyvíjí standartním způsobem. Jsou to často právě rodiče, kteří vyhledají nějakou odbornou pomoc a žádají o podrobnější lékařské vyšetření (Černá et al., 2015). Hradilková et al. (2018) upozorňuje, že vztah rodičů k dítěti a jeho postižení bývá ovlivněn způsobem, jakým jim byla sdělena diagnóza. Dle této autorky velmi záleží na lékaři, jak rodičům tuto zprávu sdělí a jaké jim k tomu dá informace. Reakce rodičů na sdělení diagnózy mohou být dle Černé et al. (2015) různé. Často připomínají fáze vyrovnání se se smrtí. První fází bývá šok a popírání. Poté přichází smutek, zlost, úzkost a pocit viny. Další fází je smíření s realitou postižení svého dítěte. Poslední fází je reorganizace života a přijetí dítěte takového, jaké je. K poslední fázi nedospějí všichni rodiče (Černá et al., 2015). Pravdou ale zůstává, že rodiče během zjišťování diagnózy dítěte prožívají starost, strach, smutek, dostávají negativní informace o svém dítěti, chyb jim informace pro rozhodování, jsou vystaveni fyzickému i psychickému napětí, mají méně času pro společné trávení volného času a potřebují najednou více času a financí (Hradilková et al., 2018). Dle Šándorové (2015) se rodina ocitne v situaci, na kterou nebyla připravena, je v ní nekompetentní, nejistá, dostává se jí mnoho negativních informací o dítěti. Taková rodina se často uzavře, proto je úlohou rané péče pokusit se o resocializaci rodiny, což znamená opětovné zapojení rodiny do společnosti. (Šándorová, 2015)

### ***Prarodiče***

Vyšší míra od prarodičů a přátel (tzv. neformální podpora) snižuje dle Dokupilové et al. (2015) stres rodičů, posiluje rodičovské kompetence a zvyšuje spokojenost rodičů v manželství. Rodiče mají pocit, že na všechnu péči a starosti nejsou sami. Neformální podpora je stavěna do popředí před formální podporou ze strany odborníků (Dokupilová et al., 2015). Dále autorka upozorňuje, že stejně tak jako rodiče, mají i prarodiče směřem ke svým vnoučatům jistá očekávání, těší se na vnouče, představují si, komu bude podobné a co bude dělat. V případě narození vnoučete s postižením si prarodiče také procházejí

fázemi vyrovnávání se s touto situací a jsou vtaženi do celé situace stejně jako rodiče, sourozenci, popř. další příbuzní nebo přátelé (Dokupilová et al., 2015).

### ***Sourozenci***

U rodin s dítětem s postižením musejí zdraví sourozenci dle (Dokupilové et al., 2015) často převzít větší zodpovědnost, jejich potřeby jsou v rodině vnímány jako sekundární a téměř veškerá pozornost rodiny se soustřeďuje na dítě s postižením. Sourozenci mohou žárlit, cítit se ostrčením, přehlížení, vnímají, že rodiče věnují svůj čas, více financí i psychické podpory dítěti s postižením (Dokupilová et al., 2015). Autorka popisuje, že od zdravých sourozenců někteří rodiče očekávají, že budou pomáhat s péčí o svého sourozence s postižením a tím mají zdraví sourozenci na svých bedrech obrovskou zodpovědnost, která neodpovídá jejich mentálnímu věku. Dle Hradilkové et al. (2018) je přirozené a nutné, aby hlavní pečovatel (většinou matka) měl chvíli volna a relaxace, stejně tak je přirozené, že se sourozenec podílí na chodu domácnosti i péči o bratra či sestru s postižením. Rozhodující je však dle této autorky míra a hloubka odpovědnosti. Rodiče musejí vytvářet příjemné rodinné prostředí, kde je každý člen rodiny rovnocenným partnerem a musí věnovat svůj čas a svou výhradní pozornost také zdravému sourozenci (Dokupilová et al., 2015). Zásadní je samozřejmě i společně strávený čas (Hradilková et al., 2018). Hradilková et al. (2018) popisuje, že již při prvním kontaktu s rodinou a při sestavování individuálního plánu se poradce soustředí i na zdravé sourozence. Mnohdy chtějí být sourozenci přítomní při konzultaci rané péče, poradce rané péče proto umí řídit průběh konzultace natolik, aby se všem dostalo pozornosti, aniž by byl rušen proces podpory dítěte s postižením (Hradilková et al., 2018). Cílem rané péče v práci se sourozenci je dle této autorky pomoc rodině najít rovnováhu mezi intenzivní péčí o dítě se specifickými potřebami a potřebami dalších sourozenců v rodině. Dále může raná péče nabízet i další doplňkové služby jako např. setkávání zdravých sourozenců apod. (Hradilková et al., 2018).

#### ***1.3.2. Vývoj dětí raného věku***

Některé předčasné porody nebo riziková těhotenství s sebou nenesou žádné větší komplikace, některé však mohou mít za následek postižení dítěte. (Janáčková et al., 2015). První tři roky života jsou výjimečně důležité, protože v nich člověk prochází stěžejními vývojovými fázemi (Glöckler, Flinspach, 2007). Glöckler, Flinspach (2007) zdůrazňují, že tyto vývojové kroky mají rozsáhlé souvislosti pro náš celý život. Proto

učí-li se děti chodit, mluvit a myslet, měli by být provázeni radostí, pravdomluvností a důvěrou. Někdy se může stát, že rodiče začnou zaměřovat svou pozornost jen na jednu oblast vývoje dítěte a tím může vzniknout opoždění v jiné oblasti (Sobotková et al., 2012). Tato autorka popisuje, že pro zdravý vývoj dětí je důležité, aby se vyvíjely, pokud možno rovnoměrně, aby jejich dětská osobnost byla vyrovnaná. Sobotková et al. (2012) zdůrazňuje, že každý rodič by měl rozvíjet i oblast, v níž má dítě problémy, a to formou hry, aby ho spíše neodrazovala. Také je dobré mít na zřeteli, že nedostatek podnětů sice vývoji škodí, ale přetěžování dítěte nadměrnou stimulací může vést také k nepříznivým důsledkům pro jeho další duševní vývoj (Sobotková et al., 2012). Další, co tato autorka zdůrazňuje je důležitost stálosti a soudržnosti rodiny. Děti jsou na tohle velmi citlivé již v nízkém věku a je třeba, aby pociťovali doma pohodu a bezpečí (Sobotková et al., 2012). Sears et al. (2012) zdůrazňuje význam kontaktního rodičovství, což je přístup, který by měl rodiče naučit vnímat podněty dítěte a správně na ně reagovat. Ke kontaktnímu rodičovství patří i správné kojení dětí, nošení dětí, rozpoznávání dětského pláče a spaní blízko dítěte (Sears et al., 2012). Dle Sears et al. (2012) děti s kontaktním dětstvím bývají chytřejší, zdravější, lépe rostou, lépe se chovají, mívají důvěrnější vztahy, lépe spolupracují a mívají větší empatii. Děti s postižením potřebují ještě více kontaktu, doteků a lásky než zdravé děti, takže pro ně, je kontaktní rodičovství ideální (Sears et al., 2012).

### ***A) Sociální a emoční vývoj***

Warner, Kelly (2010) uvádí, že společenský vývoj dítěte začíná již v prenatálním období, kdy dítě slyší hlasy a cítí doteky. Dále autoři uvádějí, že po narození dítě komunikuje především se svými pečovateli (rodiči), dále se učí nové sociální dovednosti při hře. Později začíná komunikovat i s širší rodinou a kolem tří let přichází dětský kolektiv v mateřské škole, který významně utváří sociální chování dítěte (Warner, Kelly, 2010).

Co se týká emocí, děti je projevují ihned od početí – tyto zčásti reflexy a zčásti emocionální výrazy pomáhají dítěti utvářet reakce na lidi kolem něho (Warner a Kelly, 2010). Autoři uvádějí, že rodiče, kteří umějí rozpoznat emoce svého dítěte, dokáží mu také lépe porozumět a umět na něj lépe a rychleji reagovat.

### ***B) Řečový vývoj***

V období preverbální komunikace dochází u kojenců k rychlému vývoji řeči: od orientace za lidským hlasem k chápání významu slov, spontánního pláče k intenční komunikaci, náhodných hlasových projevů vznikajících při dýchání k artikulaci hlásek, nejranějších interakcí s okolím k symbolickému znázorňování smysluplných činností, předmětů a osob (Dittrichová et al., 2004). Dále autorka uvádí, že příprava pro osvojení řeči začíná již bezprostředně po porodu a je úzce spojena s rozvojem kojencova vnímání, jeho integračních procesů a komunikačních dovedností. Dle Květoňové-Švecové et al. (2004) začíná dítě po 1. roce věku užívat slov, od 2 let začíná používat „já“ a tvoří víceslovná spojení, ve 3 letech děti vypráví a správně používají jednotné a množné číslo, ve 4 letech zpívá písničky a říká básničky.

### ***C) Fyzický vývoj***

V prvním roce života udělá dítě největší pokrok v hrubé motorice za celý svůj život (Warner a Kelly, 2010). Nejprve se děti naučí držet hlavičku, přetáčet se, plazit se, sedět, lézt, stát a v některých případech i chodit. Samostatný pohyb dle těchto autorů dítěti úplně změnil život, urychlí i jeho vývoj jemné motoriky, schopnost poznávat nové, umění rozeznávat a sociální učení.

Warner a Kelly (2010) zmiňují, že co se týče jemné motoriky, udělá dítě během prvního roka života také velké pokroky. Nejprve umí držet volné dlaně, zamávat rukama, uchopit předmět, přendávat si předmět z jedné ruky do druhé, chytat létající míč (Warner a Kelly, 2010). Dále autoři popisují, že když se dítě začíná učit brát předměty do ruky, začíná je poznávat tím, že je strká do úst, což mu poskytne informace o chuti, velikosti, teplotě, jemnosti, struktuře apod.

#### ***1.3.3. Hra u dětí raného věku***

Hravost je dle Dittrichové et al. (2004) důležitý předpoklad pro vývoj dítěte, děti se dokáží nejlépe učit právě hrou. Hra u dětí vychází dle této autorky z motivace seznámit se se svým sociálním a materiálním prostředím, pochopit neznámé a porozumět mu nebo aktivně vyvolávat a řídit probíhající události v jeho okolí. Z tohoto pohledu definuje Dittrichová et al. (2004) hru jako spontánní učení z vlastní iniciativy a pod vlastní kontrolou. Ze hry se náhle stává kontext, kde mohou kojenci očima, rukama a ústy prozkoumávat neznámé; shromažďovat a rozumět informacím na základě své interakce s okolím; kde se mohou učit odhalovat, vyvolávat a řídit probíhající události; cvičit si

cílevědomé chování; procvičovat nové motorické a mentální dovednosti; kde mohou vymýšlet a experimentovat s různými strategiemi řešení a zvládnání problémů; trénovat pozornost a koncentraci (Dittrichová et al., 2004). Účast rodičů v dětské hře je dle této autorky velmi důležitou součástí jejich učení a rozvíjení. Rodiče mají při hře tendenci opakovat a variovat nejzřetelnější mimické, gestikulační, kinetické a hlasové vzorce. Tyto vzorce slouží k mnoha funkcím jako jsou například: vyvolání a udržení pozornosti, vzbuzování pozitivních citů a pozitivně naladěného stavu bdělosti (Dittrichová et al., 2004). Hlavním aspektem rodičovské hravosti je dle Dittrichové et al. (2004) silný sklon rodičů citlivě reagovat na vizuální, mimickou a hlasovou iniciativu ze strany kojence. Dokáží tak lépe rozpoznat jeho emoce, připravenost, obtíže apod. a tím umí i lépe reagovat na jeho potřeby i v jiných situacích. Navíc hravé obměny v průběhu hry „tváří v tvář“ s nebo bez hraček se tak pro kojence stávají bohatým zdrojem sebeuspokojení (Dittrichová et al., 2004). Doskočilová et al. (2012) uvádí, že rané péče provozují půjčování speciálních hraček a pomůcek. Dále autorka popisuje, že děti hračky využijí jen v určitém období, nebo se brzy ukáže, že je pro ně vhodná jiná pomůcka. Půjčování pomůcek je u rodičů oblíbené zejména proto, že nemusí dítěti kupovat často nákladné hračky a pomůcky, a umožňuje poradkyním vyzkoušet s dítětem širokou škálu možností (Doskočilová et al. 2012). Rodiče se mohou dle Doskočilové et al. (2012) alespoň inspirovat, jaké hračky by bylo vhodné svému dítěti zakoupit. Součástí půjčování bývá i knihovna literatury, článků a filmů pro rodiče (Doskočilová et al. 2012). Hračky, pomůcky i literaturu vozí většinou dle této autorky poradkyně na konzultace do rodin, ale možné si je ale zapůjčit i přímo v rané péči.

#### ***1.4. Kruh podpory***

##### ***1.4.1. Definice kruhu podpory***

Do České republiky přinesly metodu kruhu podpory Colin Newton a Derek Wilson, kteří jsou lektori a odborníci na problematiku inkluzivního vzdělávání z britské organizace Inclusive Solutions (Rytmus, © 2020a). Původně tuto metodu nazývali kruh přátel a byla určena do školního prostředí, postupně se ale začíná využívat i v rané péči pod názvem kruh podpory. Základní rysy těchto kruhů jsou společné, jen má každý svá specifika dle cílové skupiny (Rytmus, © 2020a).

Tito autoři definovali základní prvky kruhu přátel takto:

- strategický nástroj využívaný při začleňování dětí s postižením do běžných škol (v rané péči začleňujeme děti do běžného života),
- vznikl ve Spojených státech a ukázal se být velmi efektivní,
- členy kruhu jsou nejčastěji spolužáci, učitelé, rodina, přátelé,
- společenství kruhu přátel hledá způsoby, jak dopomoci dítěti, pro kterého je kruh sestaven, navazovat dobré vztahy, přátelství, cítit se ve škole dobře a jak podpořit jeho začlenění,
- členové kruhu se pravidelně scházejí s podporou pracovníka školy a hledají řešení pro konkrétní situace (Rytmus, © 2020b).

Myšlenka kruhu je dle Neil a Sanderson (© 2020) jednoduchá a pochází již ze starověku - lidé se již od této doby scházejí v kruhu. Kruh je skupina lidí, kteří se pravidelně scházejí se společným účelem, kteří společně nad něčím přemýšlejí a diskutují, poté si odsouhlasí a podniknou kroky, které tento účel podpoří (Neil, Sanderson, © 2020). Dále autoři zmiňují, že tato myšlenka je založena na lidských vztazích a způsobu, jakým skupina lidí pracuje - společně mohou využít své mentální a fyzické zdroje ke společnému cíli. Když je postaven kruh kolem osoby, která by se jinak spíše ocitla vyloučena ze společnosti, jsou jeho členové vyzváni k zamyšlení a prozkoumání způsobů, jak umožnit člověku v jeho centru dosáhnout svého nejvyššího potenciálu, rozvíjet pozitivní role a vztahy a žít život, který jim dává největší smysl, spojuje člověka s ostatními, ale také spojuje všechny zúčastněné (Neil, Sanderson, © 2020). Většina lidí si dle těchto autorů buduje své vlastní kruhy zcela přirozeně a neformálně prostřednictvím svého každodenního života. Lidé s postižením nebo dlouhodobě nemocní lidé o tyto sociální sítě přichází. Tito lidé často zjistí, že jediní lidé v jejich životě jsou jen blízká rodina nebo placení pečovatelé (Neil, Sanderson, © 2020). Proto je dle Neil a Sanderson (© 2020) nutné vědomě budovat a organizovat kruhy podpory, protože někteří lidé k podpoře nepřicházejí tak snadno nebo dokonce automaticky. Práce na budování kruhů podpory může být založena na snech a ambicích, ale zároveň je velmi praktická pro člověka v centru kruhu (Neil, Sanderson, © 2020).

Kruh podpory, který se užívá v rané péči, je nástroj plánování zaměřeného na člověka (ARPIDA, Kaňka, 2019). ARPIDA a Kaňka (2019) uvádí, že ho tvoří skupina lidí, kteří chtějí poskytovat podporu člověku s postižením v jeho okolí, a podle potřeby se pravidelně scházejí. Tito autoři zmiňují, že je tato skupina lidí složena převážně z přátel,



rodiny, sousedů apod., ale mohou v ní být i odborníci (lékař, učitel, logoped, sociální pracovník apod.). Quip (2010) uvádí, že kruh podpory lze vytvořit teprve v případě, když má člověk dostatečně rozvinutou síť sociálních vztahů, aby bylo možné najít lidi, se kterými má vybudované přirozené vazby. Quip (2010) dále popisuje, že klient musí těmto lidem plně důvěřovat. Díky vytvořenému vztahu jsou tyto lidé ochotní poskytovat mu potřebnou podporu a pomoc. Kruh podpory pomáhá člověku při výběru a rozhodování, co je pro něj důležité, aby byl „slyšet jeho hlas“ a aby získal svou identitu Quip (2010). Lidé v kruhu podpory člověku pomohou představit si a vyjádřit vlastní sen a uskutečnit ho (Quip, 2010). Východiskem pro pomoc je ale tohoto autora obraz pozitivní budoucnosti člověka a zaměření na to, co je důležité z pohledu člověka. ARPIDA a Kaňka (2019) uvádějí, že do kruhů podpory jsou zapojeni pouze lidé, kteří chtějí spolupracovat. Dále ARPIDA a Kaňka (2019) podotýkají, že součástí kruhů podpory jsou neplacení lidé z okolí člověka, kteří tvoří tzv. přirozenou podporu. Hlavním cílem setkání lidí z kruhu podpory je dle těchto autorů navrhování podpůrných řešení a praktických strategií pro člověka (klienta). Podpora členů kruhu podpory může být využívána pro úspěšné zvládnutí nejrůznějších aktivit každodenního života včetně rozhodování a právního jednání. (ARPIDA, Kaňka, 2019)

Každý kruh je jiný podle jeho účastníků a jejich motivace. Existují však určité společné zásady, na nichž jsou založeny kruhy podpory:

- a) Účel – Kruhy jsou organizovány většinou za nějakým konkrétním účelem. Účelem je umožnit člověku v jeho středu žít naplno, využít svůj, účastnit se aktivit ve své komunitě jako právoplatný občan a vážený přítel.
- b) Lidé – Lidé přicházejí do kruhu, aby pomohli vybudovat život člověka a silnou komunitu kolem něj. Blízké osoby v kruhu přicházejí kvůli jejich lásce nebo přátelství s osobou v centru. Ostatní přicházejí, protože chtějí vytvořit a rozšířit komunitní kapacitu.
- c) Vize – Kruhy vytvářejí sdílenou vizi budoucnosti na základě toho, co se naučili o tom, co je pro člověka důležité a kdo je. Snaží se nalézt způsoby, jak vize dosáhnout.
- d) Kapacita – Hledají se kapacity lidí, jejich silné stránky, dary člověka a zdroje. Hledají se způsoby, jak tyto dary plně ocenit a využít.
- e) Inkluze – Kruhy jsou praktický nástroj pro začleňování, který zvyšuje schopnost společnosti přijmout a podporovat všechny své členy.

- f) Naslouchání – Každý v kruhu musí mít čas na přemýšlení i vyslovení potřebného. V kruhu by se měli lidé chovat s úctou a snažit se o vytvoření uklidňujícího prostoru, kde lze sdílet různé názory a znalosti.
- g) Přemýšlení – Kruhy vytvářejí prostředí pro přemýšlení nad člověkem v centru a jeho životem.
- h) Učení – Kruh je připravený měnit cokoli na základě toho, co se objeví během jejich interakce s osobou a světem.
- i) Síla – V kruhu jde o to, aby každý byl silný ve své roli a v odpovědnosti k sobě i druhým lidem.
- j) Akce – Členové kruhu musí ctít závazky, které přijmou vůči osobě v centru i sobě navzájem. Jde o konkrétní kroky, které musí podniknout v určitém čase (Neil, Sanderson, © 2020).

Jelikož jde o nový trend, který se začíná v ČR objevovat, není zde zcela zaběhnutý jeden obecný model, dle kterého postupovat. V této diplomové práci je uvedena metoda kruh podpory, kterou v ČR školí organizace Quip z.ú. a poskytuje raná péče centra ARPIDA, z.ú. a centra Kaňka, o.p.s.

Středisko rané péče Educo Zlín, z.s. nebo také poradna rané péče LYDIE slezské diakonie pracují s metodou TOD (tzv. tým okolo dítěte nebo setkání okolo dítěte), která funguje na podobném principu jako kruhy podpory (Středisko rané péče EDUCO Zlín, © 2019). Organizace Naše rovnováha, z.s. školí metodu TOD a pořádá setkání okolo dítěte (Naše rovnováha, © 2019).

TOD umožňujeme řešení problému klienta prostřednictvím týmu odborníků z různých oborů (Lečbých, © 2019). Lečbých (© 2019) definuje setkání okolo dítěte jako poradou odborníků vedenou facilitátorem. Odborníky spojuje stejný klient nebo rodina. V čase 90 minut se tým po prezentaci případu z pohledu různých odborností snaží najít nový pohled nebo přístup k léčbě (Lečbých, © 2019). Tým odborníků může být dle tohoto autora z různých institucí, organizací, ambulancí, škol nebo sociálních služeb. Přizváni jsou všichni odborníci: sociální pracovníci, psycholog, psychiatr, neurolog, praktický lékař, pediatr, logoped, pedagogové a speciální pedagogové apod. Lečbých (© 2019) uvádí, že celý tým je veden nezaujatým facilitátorem, který se stará jen o konstruktivní a vyváženou komunikaci týmu směřující k cíli. Záměrem je jakýkoliv posun ve vedení nebo léčbě, zesílení spolupráce klienta a propojení odborníků (Lečbých, © 2019).

#### ***1.4.2. Kruhy podpory ve světě***

Bates et al. (2010) popisuje tzv. kruhy podpory a odpovědnosti pro sexuální delikventy, které se organizují ve Velké Británii. Sexuálním delikventům pomáhají a zároveň je kontrolují dobrovolníci z řad veřejnosti, kteří se každý týden formují do malých skupin, aby poskytovali podporu a kontrolu sexuálních delikventů po odsouzení v komunitě (Bates et al., 2010). To potvrzuje i Cesaroni (2008), která uvádí, že program nazvaný kruhy podpory usiluje o opětovné začlenění sexuálních delikventů zpět do komunity produktivním a podpůrným způsobem, přičemž kontroluje bývalého pachatele. Většina bývalých pachatelů se připojuje ke kruhu podpory kvůli určité sebeobraně. Dále tato autorka zmiňuje, že většina dobrovolníků měla pocit, že komunita se cítí bezpečněji nebo že komunita měla prospěch z opětovného začlenění pachatele. Členové kruhu cítili, že kruhy podpory byly schopny pomoci bývalému pachateli emočně i prakticky (Cesaroni, 2008).

Norton (1998) popisuje využití kruhů podpory v komunitách, především se zaměřením na rodiče s dětmi mladšími 12 let. Norton (1998) konstatuje, že někteří členové podpůrných kruhů se zabývají problémy, jako je rozpad rodiny, chudoba nebo závislost na alkoholu. Jiní se mohou jednoduše cítit stresovaní a izolovaní (Norton, 1998). Norton (1998) uvádí, že mnoho rodičů v těchto skupinách nemá přístup k takovým neformálním podporám, na které se mnozí rodiče spoléhají. Považují za velkou úlevu setkat se s někým jiným, kdo má stejné obavy nebo jim chce dokonce i pomoci.

Porter (2001) zmiňuje, že východně od Indiany je skupina kruhů podpory nabízená v Tassinong Center, celoživotním vzdělávacím centru. Tento program je spíše náboženského charakteru: jde spíše o seberozvojovou skupinu, ve které členové hledají své duchovní cesty a která je založena na duchovním partnerství a podpoře (Porter, 2001).

#### ***1.4.3. Setkání kruhu podpory***

ARPIDA a Kaňka (2019) definují setkání kruhu podpory jako setkání neformální podpory rodiny (např. rodiče, prarodiče, sourozenci, bývalí spolužáci rodičů, kamarádi rodičů, sousedé, vzdálení příbuzní...) i formální podpory rodiny v podobě klíčového pracovníka z rané péče, logopeda, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, lékaře, učitele apod. za účelem rozšíření možností a kompetencí dítěte i celé rodiny. Zjišťují se přání a potřeby rodiny a dítěte (ARPIDA, Kaňka, 2019). Výsledkem jsou dle ARPIDY a Kaňky (2019) konkrétní

kroky, které pomáhají rodinám lépe se zapojit do běžného života. K výsledku se dá dojít za pomoci několika nástrojů plánování zaměřeného na člověka (viz níže). Dále autoři uvádějí, že na plnění cílů se podílí všichni účastníci kruhového setkání. Každý z přítomných se snaží pomoci rodině a podpořit ji co možná nejvíce na cestě k běžnému životu (ARPIDA, Kaňka, 2019). Autoři dále upozorňují, že je velmi důležité, aby bylo setkání kruhu podpory dobře vedené. Facilitátor musí včas rozpoznat blížící se konflikt a dokázat mu zabránit (ARPIDA, Kaňka, 2019). Konfliktu se dá dle Millera a Kadlece (2018) předejít nestranným jednáním, předem stanovenými hranicemi, aktivním nasloucháním a snahou o porozumění. Cílem těchto setkání je dle Bednaříka (2007) informace zpracovávat tak, aby poskytovaly návod k další činnosti po skončení setkání. Když na setkáních po diskusi následuje akce nebo nějaká činnost říká se jim také akční setkání (Bednařík, 2007). Akční setkání rozděljuje Bednařík (2007) na plánovací, ředitelská a rozhodovací – kruhové setkání spadá pod plánovací setkání. Na těchto setkáních je cílem vytvořit plán, ve kterém jsou obsaženy kroky, jak postupovat v budoucnosti, aby účastníci setkání dosáhli určitého cíle. (Bednařík, 2007).

***Pozn. autora:***

V následujících kapitolách popisují přístupy, ze kterých kruh podpory vychází a nástroje, které se mimo jiné využívají před nebo při setkání kruhu podpory. Holistický přístup, ucelená rehabilitace a přístup zaměřený na člověka je základním předpokladem při práci s uživateli rané péče. Z těchto přístupů vychází kruh podpory i všechny ostatní nástroje zmíněné v následujících kapitolách. Profil na jednu stránku a kruh vztahů jsou nástroje plánování zaměřeného na člověka, které se většinou používají před uspořádáním setkání kruhu podpory. Profil na jednu stránku nám pomůže pochopit nejdůležitější hodnoty a potřeby klienta, pro kterého uspořádáme kruh podpory. Díky kruhu vztahů zjistíme, jaké má rodina přirozené zdroje v jejich okolí a vybereme lidi, které přizveme na setkání kruhu podpory. Nástroj MAPA se dá využít při setkání kruhu podpory jako předem stanovený strukturovaný podklad, díky němuž dojdeme k cíli a vytvoříme akční plán. Facilitace se využívá při setkáních kruhu podpory jako nástroj ulehčování a efektivnosti diskuse. Na každém setkání kruhu podpory by měl být facilitátor, který setkání povede. Setkání multidisciplinárního týmu zmiňují v následujících kapitolách z důvodu, že tyto setkání by měli probíhat mezi setkáními kruhu podpory. Jedná se o setkávání výhradně jen odborníků, kteří s rodinou pracují (individuální nebo i skupinové).

#### ***1.4.4. Holistický přístup k člověku***

Holistický přístup je také velmi spjatý s přístupem zaměřeným na člověka a vychází z jedinečnosti a celistvosti člověka (ARPIDA, Kaňka, 2019). Člověk není jen biologickou bytostí, ale je třeba na něj pohlížet jako na biologickou, psychickou, sociální a spirituální bytost (Novosad et al., 2000). Novosad et al. (2000) popisuje, že poškození či omezení působení zmíněných stránek člověka bude mít dopad na fungování celého systému lidského zdraví a nemoci. Zavedením holistického pojetí se dle tohoto autora zvýšila i spolupráce zdravotní péče se sociálními službami, protože ovlivňováním sociálních podmínek, v nichž člověk žije, můžeme posilovat jak ozdravný proces, tak i udržení, zachování přijatelného zdravotního stavu a jemu odpovídající kvality života. Zdraví je výsledkem vzájemného působení organismu, osobnosti člověka, životního prostředí, dědičných dispozic jedince a jeho životního stylu i pracovních podmínek (Novosad et al., 2000). Autor dále zmiňuje, že pokud nějaká z těchto složek nefunguje, není člověk zdravý. V rané péči to dle Šándorové (2005) znamená, že každé dítě je nutné chápat jako individuum a každé rozhodnutí musí brát v úvahu veškeré aspekty týkající se prostředí, v němž žije. Efektivita realizace úkolů speciální pedagogiky raného věku má dle Šándorové (2005) přímou souvislost s úrovní profesionálních služeb, podpory a intervence multidisciplinárního týmu. Raná péče zahrnuje podporu rodiny, komunity, podporu vývoje dítěte v jeho psychomotorické a sociální oblasti, a tudíž musí tvořit variabilní a komplexní systém (Šándorová, 2005). S holistickým přístupem je neodmyslitelně spjatý také koncept ucelené rehabilitace, který propojuje tyto části člověka v rámci jeho uzdravení nebo zrehabilitování.

#### ***1.4.5. Ucelená rehabilitace***

Definice Světové zdravotnické organizace (WHO) uvádí, že rehabilitace je souhrn všech opatření potřebných k zařazení nebo návratu postiženého člověka do společenského prostředí a do života. Ucelená rehabilitace má dle Novosada et al. (2000) těchto šest složek, které se vzájemně prolínají a působí na sebe: zdravotní (léčebnou), psychologickou, sociální, pedagogickou, pracovní a „volnočasovou“. Při ucelené rehabilitaci jde tedy o kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, vzdělávacích a profesních prostředků k výcviku jedince za účelem získání nebo znovuzískání a upevnění nejvyšší možné funkční schopnosti (Novosad et al., 2000). Novosad et al. (2000) uvádí, že u nás je spojena se zákony o zdraví, zákony o sociálním

zabezpečení, školskými zákony i zákoníkem práce. Hradilková et al. (2018) uvádí, že pracovníci rané péče zjišťují potřeby jednotlivých členů rodiny i rodiny jako celku, vyhodnocují je společně s celou rodinou, pomáhají jim vybrat to, co je pro ně v dané chvíli nejdůležitější, plánují s nimi jejich budoucnost a zjišťují, jak by jim mohla služba rané péče co nejlépe pomoci. To způsobuje dle této autorky posun rodiny z pasivní role příjemce informací a instrukcí do role aktivních partnerů v průběhu poskytování rané péče. Dále Hradilková et al. (2018) zdůrazňuje, že smyslem podpory rodičů není zastoupit je v péči o dítě, ale podpořit jejich vlastní síly a zdroje a pomoci rodině se orientovat v nové situaci a rozšířit okruh možností, znalostí a dovedností všech jejích členů. Jen tak se totiž dokáže rodina vypořádat s krizovými a jedinečnými situacemi sama v každodenním rodinném životě (Hradilková et al., 2018).

#### ***1.4.6. Přístup zaměřený na člověka***

Přístup zaměřený na člověka (nebo také přístup zaměřený na osobu) vychází z humanistické psychologie, která zdůrazňuje jedinečnost každého člověka, úctu a zájem o jeho prožívání (Nykl, 2004). Jeho zakladatelem je americký psycholog Carl Ransom Rogers. Nykl (2004) uvádí, že tento přístup klade důraz na vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem, založený na nedirektivním přístupu ke klientovi. Dále tento autor popisuje, že je založen na důvěře v člověka, ve kterém jsou sebeaktualizační tendence, které umožňují osobnostní rozvoj. ARPIDA a Kaňka (2019) popisují, že přístup zaměřený na člověka je profesionální tvůrčí přístup k problematice práce s klientem či rodinou. Quip (2012) uvádí, že být zaměřený na člověka, znamená nevycházet z toho, jací by lidé měli být, ale z toho, jací jsou a jaké jsou jejich možnosti. V přístupu zaměřeném na člověka není důležité, co s klientem uděláme, ale jaké podmínky pro něj vytvoříme (ARPIDA, Kaňka, 2019). Klíčem k osobnosti klienta je jeho prožívání, význam, který svému prožívání dává a naše schopnost mu porozumět (Quip, 2012). Pörtner (2009) uvádí, že v přístupu zaměřeném na člověka je cesta stejně důležitá jako cíl. Podstatná je dle tohoto autora také odpovědnost za sebe sama. Pörtner (2009) popisuje, že pracovník, který vychází z přístupu zaměřeného na člověka by měl umět naslouchat, brát klienta vážně, vycházet z běžné situace, nepodléhat předsudkům, povzbuzovat, umožňovat vlastní zkušenosti a zaměřit se na prožitek, neulpívat na „diagnóze“, podporovat sebeuplatňování, poskytovat možnost volby, poskytovat opěrné body pro samostatné jednání, podávat jasné informace, být konkrétní, nalézat společnou řeč, rozpoznat vlastní podíl a popsat aktuální situaci.

Hlavními aspekty přístupu zaměřeného na člověka jsou:

- a) empatie (porozumění vcítěním)
- b) akceptace (bezvýhradné přijetí)
- c) opravdovost (kongruence, ryzost) – kongruenci ve vztahu prožívá pracovník, když vnímá soulad mezi všemi aspekty a nezaplétá se do zákoutí vztahu ke klientovi, tudíž za něj nepřebírá zodpovědnost (Nykl, 2012).

#### ***1.4.7. Plánování zaměřené na člověka***

Koncept Plánování zaměřeného na člověka byl definován v devadesátých letech minulého století. Průkopníkem tohoto přístupu byl Američan John O'Brien (ARPIDA, Kaňka, 2019). Cílem přístupu je dle ARPIDY a Kaňky (2019) poskytnout lidem s postižením větší možnosti. Tito autoři uvádí, že klíčovými principy plánování zaměřeného na člověka je hledání silných stránek, nadání a dovedností člověka v kontextu jeho komunity. Plánování zaměřené na člověka vytváří dle ARPIDY a Kaňky (2019) ucelenou představu o tom, jaký člověk je a co chce se svým životem udělat. Tento přístup spojuje všechny lidi, kteří jsou pro daného člověka důležití – členy rodiny, přátele, sousedy, pracovníky poskytující podporu a další odborníky. Toto spojení umožňuje dosáhnout většího začlenění a nezávislosti (ARPIDA, Kaňka, 2019). Quip (2012) popisuje, že plánování zaměřené na člověka je velmi užitečné v takových životních situacích, jako je např. přechod z domácího do školního prostředí apod. Plánování zaměřené na člověka vytváří "portrét člověka", ze kterého zjistíme, kdo tento člověk opravdu je a co chce udělat se svým životem (Quip, 2012). Každý člověk je vnímán jako jedinečná bytost se svými individuálními potřebami (Quip, 2012). Cílem je dle Quipu (2012) posilovat člověka a jeho blízké. U každého člověka se snaží mapovat jeho historii, hodnotí současný život a definuje potřebné změny do budoucnosti (Quip, 2012). Myšlení a plánování zaměřené na člověka v praxi sociálních služeb provází uživatele služeb na cestě, kde se stávají sami „strůjci“ svých životů (Quip, 2012). Plánování zaměřené na člověka může vést k velkým změnám nejen v životě člověka, ale i v organizaci a v celém systému sociálních služeb (ARPIDA, Kaňka, 2019).

#### ***1.4.8. Profil na jednu stránku***

Profil na jednu stránku je jeden z jednoduchých nástrojů plánování zaměřeného na člověka (Quip, 2012). Shrnuje silné stránky člověka, pomáhá druhým lidem poznat

člověka, porozumět mu jako člověku, nikoliv z pohledu jeho postižení (Quip, 2012). Problémy a veškeré negativní věci, se kterými se člověk ve svém životě setkal a potýká se s nimi, jsou překlopeny do pozitivního rámce potřebné podpory (Quip, 2012). Profil na jednu stránku ukazuje ostatním, co mají na člověku rádi jiní lidé kolem něj a co na něm obdivují (ARPIDA, Kaňka, 2019). Dále, co je pro něj důležité a jakou nejlepší podporu mu můžeme poskytnout (ARPIDA, Kaňka, 2019). ARPIDA a Kaňka (2019) uvádějí, že při každé tvorbě profilu na jednu stránku je podstatné, aby se člověk zamyslel nad tím, co je pro něj opravdu důležité z jeho úhlu pohledu – na čem mu nejvíce záleží, co ho drží nad vodou, motivuje apod. Všechny tyto informace se dle těchto autorů zaznamenávají na dostatečně velký arch papíru. ARPIDA a Kaňka (2019) popisují, že tato převážně textová část profilu, která by měla přesně charakterizovat člověka, může být doplněna také o fotografie, nějaké charakteristické obrázky, předměty apod. Dále autoři zmiňují, že záleží vždy na kreativitě člověka, jakým způsobem profil vytvoří. Profil na jednu stránku je možností vyjádření pro rodiče, opatrovníky, pracovníky, pedagogy či blízké lidi, jak sdělit svoje znalosti a zkušenosti o člověku (ARPIDA, Kaňka, 2019).

#### ***1.4.9. Kruh vztahů***

ARPIDA a Kaňka (2019) definují kruh vztahů jako nástroj plánování zaměřeného na člověka, který nám pomáhá uvědomit si, jaké lidi máme ve svém okolí. Kruh vztahů je dle těchto autorů důležitý pro posílení nebo vybudování přirozené podpory v běžném prostředí rodiny nebo komunity. Jedná se grafický záznam, který mapuje síť sociálních vztahů a rozděluje lidi v okolí uživatele do čtyř skupin (ARPIDA, Kaňka, 2019). V první skupině jsou dle těchto autorů lidé, bez kterých si neumíme představit svůj život a kteří jsou nám nejbližší - zpravidla se jedná o blízkou rodinu a nejbližší přátele. Do druhé skupiny patří lidé, jejichž společnosti si vážíme a jsme s nimi rádi - většinou přátelé a příbuzní. Třetí část tvoří osoby, se kterými trávíme volný čas nebo s nimi máme/měli jsme něco společného - většinou se jedná o různé zájmové skupiny - např. sportovní aktivity, turistický oddíl, kroužek keramiky apod. Ve čtvrté skupině jsou nestálí lidé, kteří jsou většinou placení, např. kadeřník, lékař, sociální služby, kosmetička apod. (ARPIDA, Kaňka, 2019). ARPIDA a Kaňka (2019) popisují, že všichni tito lidé mají v našem životě své místo a mohou sloužit jako důležitý zdroj pomoci a podpory.



#### **1.4.10. Nástroj MAPA**

MAPA (v originále MAPs – Making Action Plans) je společně tvořeným akčním plánovacím procesem, který spojuje dohromady důležité lidi v životě dítěte (Quip, 2010). Zpravidla se dle Quipu (2010) jedná o rodiče, sourozence dítěte, pracovníky rané péče, odborné pracovníky, přátele, sousedy apod. Tento tým se sejde a společně vytváří plán činností, který bude realizován účastníky týmu v přirozeném prostředí dítěte (Quip, 2010). ARPIDA a Kaňka (2019) uvádějí, že plánovací proces provází většinou dva lidé. Jeden člověk pracuje jako zapisovatel MAPY a pořizuje schématický veřejný záznam (pokud možno s využitím grafiky). Druhý člověk je facilitátor, který přivítá skupinu, vysvětluje celý proces a provádí účastníky osmi základními fázemi tvorby MAPY - dělá tzv. „průvodce“ setkáním.

ARPIDA a Kaňka (2019) dále popisují, že MAPA musí obsahovat vždy těchto osm kroků:

- co je mapa;
- historie/příběh rodiny;
- sny;
- noční můry/obavy;
- kdo je (jméno);
- jaké jsou jeho/její silné stránky, vlohy;
- co rád/a dělá, v čem je dobrý/á, jaké jsou jeho/její potřeby;
- akční plán.

Quip (2010) popisuje, že mezi základní prvky MAPY patří: společná facilitace, grafický záznam s barevnými znaky na archu papíru, pohostinnost – osobní a neformální atmosféra, přítomnost a zapojení všech hlavních postav v životě dítěte (rodiny i odborníků), probrání klíčových otázek, rozhodnutí opět se sejít a konkrétní plán nebo činnost (věci, které se mají učinit).

#### **1.4.11. Facilitace**

Dle Šiškové (2012) se facilitací rozumí efektivní vedení schůzek či řešení konfliktu ve skupině za pomoci prostředníka zvaného facilitátor. Facilitátor je dle Šiškové (2012) vždy odpovědný za proces, nikoli za řešení, ta vytváření účastníci sami, i když se tak děje za

pomoci odborníka. Facilitovat znamená dle Bednaříka (2007) usnadňovat nebo ulehčovat. V souvislosti s facilitací skupinových setkání jde o ulehčování procesu diskuse tak, aby diskuse byla efektivní a proběhla tak, aby účastníci diskuse získali výstupy, kvůli kterým se sešli (Bednařík, 2007). Facilitace je dle tohoto autora styl vedení komunikace, který je typický facilitátorovými postoji, chováním vůči facilitovaným a způsobem, jakým komunikaci mezi lidmi strukturuje. Bednařík (2007) uvádí, že facilitátorovým cílem je v takto vedené komunikaci zapojovat účastníky diskuse do dialogu a rozhodování, podporovat je ve tvořivosti a uvažování ve prospěch cílů, jichž chtějí na společném setkání dosáhnout. Dále tento autor popisuje, že facilitace může být zaměřená na osobní aspekty, kde facilitátor ulehčuje emoce, vztahové aspekty, vyjádření, zaměřuje se na subjektivní prožívání účastníků nebo na věcné aspekty, kde facilitátor ulehčuje spíše přesné pojmenování myšlenek, definování problémů, otevřenost novým nápadům, toleranci různých názorů, pestrost návrhů apod.

Mezi principy facilitace patří:

- nedirektivnost facilitátora,
- demokracie ve skupině,
- jasná struktura,
- dialog,
- nestrannost facilitátora,
- nezávislost facilitátora,
- nehodnotící přístup facilitátora (Bednařík, 2007).

Facilitace se pojí také s kruhy podpory, protože obvykle pomáhá druhým lidem (skupině) při formulování jejich cílů, nejčastěji v podobě facilitovaného setkání týmu či facilitované porady (ARPIDA, Kaňka, 2019). ARPIDA a Kaňka (2019) uvádějí, že se jedná o strukturovanou schůzku, při které facilitátor provádí účastníky řadou předem daných kroků s cílem dosáhnout výsledku, který bude vytvořen, chápán a přijímán všemi účastníky. Úlohou kruhových facilitátorů je ztělesňovat zásady kruhu podpory, udržet konverzaci správným směrem a podporovat zájem a spoluodpovědnosti všech účastníků kruhu podpory (Neil, Sanderson, © 2020). K facilitovanému setkání se dle těchto autorů pojí také grafická facilitace, která zachycuje mluvené slovo do grafické podoby písmem a obrazy. ARPIDA a Kaňka (2019) dále uvádějí, že grafická facilitace významně napomáhá zachytit složité procesy do jednoduché podoby. Grafický záznam je také

přehlednější pro osoby, které mají potíže v komunikaci. Dokáže lépe zachytit pocity, emoce nebo zdůraznit klíčové situace (ARPIDA, Kaňka, 2019).

#### ***1.4.12. Setkání multidisciplinárního týmu***

ARPIDA a Kaňka (2019) zmiňují, že v přístupu zaměřeném na člověka je velmi podstatná spolupráce multidisciplinárního týmu. Pod termínem setkání multidisciplinárního týmu si lze představit setkání všech pracovníků, kteří spolupracují s klientem (ARPIDA, Kaňka, 2019). V případě rané péče se dle těchto autorů jedná o setkání odborníků, kteří pracují s rodinou a dítětem. Tým může být různě početný, je tvořen zejména těmito pracovníky: poradkyně rané péče (klíčový pracovník rodiny), fyzioterapeut, ergoterapeut, muzikoterapeut, logoped, psycholog, pracovník Speciálně pedagogického centra nebo Pedagogicko psychologické poradny, učitelka z mateřské školy apod. (ARPIDA, Kaňka, 2019). Všichni účastníci se dle těchto autorů společně dohodnou na jednotných postupech při práci s dítětem a rodinou. Tým podle potřeby svolává a koordinuje zpravidla poradkyně rané péče, která má rodinu v péči (ARPIDA, Kaňka, 2019).

## **2. CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### ***2.1. Cíl práce***

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zmapovat názory pracovníků ve vztahu k zavádění metody kruh podpory do rané péče.

Dále byly v souvislosti s hlavním cílem stanoveny ještě tyto tři dílčí cíle:

- 1) Zhodnotit pozitiva a negativa při zavádění metody z pohledu pracovníků rané péče.
- 2) Zmapovat očekávání pracovníků rané péče se zaváděním této metody.
- 3) Zmapovat přínos kruhu podpory pro pracovníky a uživatele rané péče.

### ***2.2. Výzkumné otázky***

V souvislosti s výše zmíněnými cíli diplomové práce byly stanoveny tři výzkumné otázky, které na ně mají přinést odpovědi:

- 1) Jaká pozitiva a negativa spatřují pracovníci rané péče při zavádění kruhu podpory?
- 2) Jaké očekávání měli pracovníci rané péče při zavádění této metody?
- 3) Jaký přínos mělo zavedení kruhu podpory pro pracovníky rané péče?

### **3. METODIKA**

#### ***3.1. Charakteristika metod a technik získávání dat***

V empirické části diplomové práce byla použita kvalitativní strategie výzkumu. Podstatou kvalitativního výzkumu je hlubší porozumění jednotlivých situací, přičemž je nejčastěji realizován formou rozhovoru v přirozeném prostředí (Hendl, 2016). Disman (2011) sděluje, že v kvalitativním výzkumu jsou výzkumník i zkoumaná osoba partneři a dotazování se může měnit díky jejich interakci. Sběr a analýza dat jsou časově náročné a končí, až když dojde k teoretickému nasycení (Reichel, 2009). Cílem kvalitativního výzkumu je dle Švaříčka a Šed'ové (2007) pomocí rozhovoru získat podrobné a komplexní informace o zkoumaném jevu. Kvalitativní výzkum jsem zvolila z důvodu malého počtu možných komunikačních partnerů v ČR.

Pro výzkum byla zvolena metoda dotazování a technika Focus Group s předem stanovenými, převážně otevřenými, otázkami. Dotazování představuje metodu získávání informací o postojích, názorech a míněních části populace (Hendl, 2016). Focus Group (česky ohnisková skupina) je dle Urbana (2011) technika řízené skupinové diskuse. Zpravidla probíhá v osmi- až dvanáctičlenné skupině pod vedením moderátora (Urban, 2011). Obvykle trvá dle Urbana (2011) od jedné do dvou hodin a u účastníků skupiny se předpokládá znalost daného tématu. Úkolem moderátora je diskusi směřovat k hlavním tématům výzkumu a dbát na dodržování pravidel diskuse (Urban, 2011). Tato metoda využívá skupinové atmosféry, která může napomoci k uvolnění určitých stereotypů a postojoyých schémat - takto napomáhá odhalit jisté skryté a podpovrchové vazby, kterých bychom si u jiných typů výzkumů nevšimli a které mohou mít lidé společné.

#### ***3.2. Popis a výběr výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvoří pracovníci dvou poskytovatelů služeb rané péče v Jihočeském kraji. Bylo osloveno 8 informantek. Všechny s účastí na výzkumu souhlasily. Informantky byly vybrány na základě záměrného výběru. Dle Miovského (2006) je metoda záměrného prostého výběru nejčastější formou výběru. Respondent odpovídá daným kritériím a zároveň je ochotný spolupracovat na výzkumu (Miovský, 2006). Cílem výběru vzorku v kvalitativním výzkumu je, aby respondenti tvořili určitý vzorek populace, kterého se týká daný problém (Švaříček, Šed'ová, 2007). Je tedy konstruován záměrně (Švaříček, Šed'ová, 2007). Výběr respondentů zásadně ovlivňuje jak výsledky

kvalitativního, tak i kvantitativního výzkumu (Hendl, 2008). Gulová (2011) připomíná, že kvalitativní výzkum probíhá většinou v přirozených podmínkách respondenta. V podmínkách, ve kterých si je respondent jistý a kde je mu příjemně (Švaříček, Šed'ová, 2007).

### ***3.3 Realizace výzkumu***

V listopadu 2019 byly telefonicky osloveny informantky. Byl domluven společný termín na setkání všech účastníků koncem února 2020.

Focus Group probíhal v prostorách rané péče jedné z organizací. Časový rámec byl předem stanoven na 2 hodiny.

Celý Focus Group byl zaznamenán na diktafon v mobilním telefonu a následně doslovně přepsán do elektronické podoby. Výzkumná data jsou v archivu autorky.

### ***3.4. Způsob zpracování dat***

Veškerá data získaná během Focus Group byla posléze přepsána pro větší přehlednost. K jejich následnému vyhodnocení bylo využito kódování. Otevřené kódování je dle Švaříčka a Šed'ové et al. (2014) operace, během níž jsou získaná data rozebrána, významově vymezena a složena zcela jiným způsobem. Švaříček a Šed'ová et al. (2014) uvádějí, že jedinec, jenž provádí výzkum, rozdělí text na jednotky a ke každé jednotce přidělí určitý kód. Kódovat se mohou jednotlivá slova, odstavce či celé texty (Hendl, 2008). Jednotlivé kódy jsou dle Lee a Fieldinga (2004) nějaká slova či fráze, která vystihují daný úsek textu. Dále jsou kódy seskupeny dle souvislostí (Lee, Fielding, 2004).

### ***3.5. Etické aspekty výzkumu***

Ke každému výzkumu patří etická pravidla, která se nesmí dle Miovského (2006) porušovat. Každý výzkumník musí při prezentaci výsledků výzkumu, myslet na práva respondentů (Švaříček, Šed'ová, 2007). Informantky se mohly svobodně rozhodnout, zda se výzkumu zúčastní. Výzkum využitý v mé diplomové práci proběhl s ústním souhlasem všech účastníků výzkumu. Všechny informantky byly předem informovány o prováděném výzkumu a možnosti seznámení s výsledky. Jména všech účastníků byla změněna na zkratku IK (informantka) a přiřazeným číslem. Tím je zabezpečena jejich anonymita. Vzhledem k tomu, že u informantek není důležité jejich pohlaví, všechny informantky i jejich odpovědi jsem z důvodu větší anonymity uváděla v ženském rodě.

## 4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Tabulka 1. Základní informace o informantkách

Označení	Věk	Vzdělání	Pozice	Délka praxe	Předchozí zaměstnání
<b>IK 1</b>	51	VŠ - Mgr.	sociální pracovník	14	vychovatel
<b>IK 2</b>	43	SŠ	muzikoterapeut	7	vychovatel
<b>IK 3</b>	47	VŠ - Bc.	sociální pracovník	5	OSVČ
<b>IK 4</b>	48	VŠ - Mgr.	sociální pracovník	26	žádné
<b>IK 5</b>	41	VŠ - Bc.	sociální pracovník	2,5	administrativní pracovník
<b>IK 6</b>	46	VŠ - Mgr.	sociální pracovník, muzikoterapeut, logoped	18	vychovatel, muzikoterapeut, vedoucí učitelka speciální MŠ, TS a DS
<b>IK 7</b>	24	VŠ - Bc.	sociální pracovník	1	osobní asistent
<b>IK 8</b>	33	VŠ - Mgr.	sociální pracovník	3	rodičovská dovolená

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 1 jsou uvedeny základní údaje o informantkách. Je zde uvedeno především nejvyšší dosažené vzdělání informantek, předchozí zaměstnání, současná pozice a délka praxe.

### ***4.1. Jaká pozitiva a negativa spatřují pracovníci RP při zavádění kruhu podpory***

#### Zavádění kruhu podpory do sociálních služeb

Na otázku, jaký mají informantky názor na zavádění kruhu podpory, odpovídaly všechny informantky pozitivně. Všechny se shodly na tom, že jsou pro zavádění kruhu podpory do sociálních služeb, obzvlášť do rané péče.

Obrázek 1. Zavádění kruhu podpory do sociálních služeb



Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek 1 ukazuje, jaký mají informantky názor na zavádění kruhu podpory do sociálních služeb. Všechny informantky se shodly na tom, že zavedení kruhu podpory do rané péče znamená obohacení dosavadního stylu práce, přínos pro pracovníky i pro klienty, zkvalitnění poskytované služby, přináší pozitivní pohled pro klienty, nový pohled pro pracovníky při práci s rodinou a poskytuje celkově nový a pozitivní pohled na poskytovanou sociální službu.

IK 7 popisuje potřebnost kruhu podpory: „Podle mě je zavádění kruhu podpory potřebné. Nemusí se využívat u všech rodin, ale nabídka této metody je určitě výhodou pro pracovníky a jejich práci s rodinou, protože se tímto přístupem a metodou pracovník dozvídá nové věci, pohlíží na rodinu jinak, a i rodina vnímá poradce víc jako partnera než dalšího odborníka. A dále je to samozřejmě největší výhodou pro rodinu, která získá více neformální podpory a uvědomí si, že na jejich situaci nejsou sami.“



IK 8 také chválí kruh podpory, ale přiznává jeho náročnost: „Znamená to sice více práce, jiné přemýšlení nad rodinou, ale jinak pro rodinu, pokud se to udělá dobře, tak je to určitě dobrá nabídka.“

IK 2 vidí v zavádění kruhu podpory největší přínos v jeho nástrojích: „Myslím si, že práce s kruhy podpory do rané péče vnáší některé novinky (nástroje jako je např. Profil na 1 stránku), které jsou pro naši práci potřebné a nezbytné.“

### Zavádění kruhu podpory v České republice

Tabulka 2. Názor na zavádění kruhu podpory v ČR

	Je to možné	Je třeba změnit přemýšlení společnosti	Je třeba změnit přemýšlení organizace (pracovníků)	Je třeba změnit přemýšlení klientů (rodiny)	Není reálné celoplošné zavedení
<b>IK 1</b>	X		X		
<b>IK 2</b>	X	X	X		
<b>IK 3</b>	X	X		X	
<b>IK 4</b>		X	X		X
<b>IK 5</b>	X		X		
<b>IK 6</b>	X				
<b>IK 7</b>	X	X		X	
<b>IK 8</b>	X				

Zdroj: vlastní výzkum

Při šetření na tuto otázku odpovídala většina informantek ne zcela vyhraněně. Informantky na tuto otázku neměly ani jednotný názor. Z tabulky 2 vyplývá, že nikdo si nemyslel, že je zavedení kruhu podpory v ČR zcela nemožné. Sedm z osmi informantek si myslelo, že je zavedení kruhu podpory možné, ale je třeba k tomu změnit přemýšlení ať už organizací, klientů nebo i celé společnosti.

Například IK 7 uvádí: „Myslím si, že je to možné. Na kruhy podpory vlastně nemusí být žádné speciální podmínky, jen je třeba mít vhodnou místnost na setkání a výtvarné potřeby, které má dnes většina organizací již automaticky. Takže materiálně v tom nevidím problém, ale jde spíše o to, aby se společnost naučila vnímat rodiny s dítětem

*s postižením jinak. Širší rodina většinou podceňuje vážnost situace, říkají mamince, že si vymyslí, že její dítě bude určitě v pořádku, že je to jen blbé období apod. Takže si myslím, že ani všichni nebudou chtít do kruhu podpory nijak vstupovat. Na druhou stranu, když se ho zúčastní, tak si myslím, že jim to dost otevře oči, když tam uvidí všechny ty odborníky pracující s dítětem a uslyší co všechno s ním ta maminka vlastně musí dělat. Myslím si, že pokud si uvědomí, že je potřeba něco dělat, tak i budou chtít něco dělat pro toho malého človíčka s postižením. Nebo jen s opožděným vývojem, ať furt neříkám s postižením.“*

*IK 5 odpovídá, že také nemá zcela vyhraněný názor: „No, já jsem taky chtěla říct, že zavedení je určitě možné – proč by ne. Ale pak jsem si uvědomila, jak říkají holky, že taky záleží na kreativitě toho zaměstnance, že i když máš málo času, ale dokážeš ten čas dobře využít, když víš jak na to a jak to dobře použít, tak se to určitě dá. Takže vlastně je to možné, ale musejí ty zaměstnanci chtít a být kreativní a přemýšlet nad věcmi jinak.“*

Jak jsem zmínila výše, informantky na tuto otázku neměly ani jednotný názor. Zajímavá byla diskuse mezi IK 1 a IK 4, které měly protichůdné názory, přesto se na závěr shodly:

*IK 1: „No určitě je to v našich podmínkách možné, byť nemůžu posoudit zavádění v celé České republice. Můžu posoudit jen zavádění u nás v organizaci, ale určitě je to možné a je to obohacující.“ IK 4: „No podle mě bych řekla, že je to za poslední roky takový trošku novější trend, který se hodně začal používat i ve školství a v souvislosti s inkluzí a tak. Myslím si, že je to velmi dobrý nástroj nebo model, ale myslím si, že organizace v současném systému na to nejsou zvyklé takhle přemýšlet a fungovat. A myslím si, že zavedení do praxe v reálných a velkých zařízeních mi přijde hodně nereálné. Hlavně hodně náročné na čas, což je obecně problém všude.“ IK 1: „Podle mě jde o to, jak kde k novým postupům přistupují, myslím si, že u nás s tím nebude problém.“ IK 4: „Jestli můžu ještě já, tak si myslím že spatřuju za největší kámen úrazu to, že obecně jsme zvyklí pracovat neustále podle nějakých standardů, metodik, statistik, prostě čehokoli, co je přesně daný nějakým rámcem a vymezením a myslím si, že tenhle model způsobuje to, že podporuje velmi kreativitu, flexibilitu, což je pozitivní, ale zároveň je to strašně náročný na hlavu – myslím tím na práci toho pracovníka, že musí opravdu přemýšlet individuálně, flexibilně se přizpůsobovat a že to není takový ten model, který přesně mám takhle načárkovaný a rozepsaný. Neříká těm pracovníkům: tohle přesně mám teď udělám a tohle přesně udělám pak s tou rodinou nebo s tím klientem. Takže to si myslím, že v tom spatřuju další úskalí nebo takový největší problém, že v podstatě musí ten klíčový pracovník, který*

s ním pracuje, přemýšlet, což si myslím, že zatím se moc nepřemýšlí.“ IK 1: „To máš pravdu, ale já si zase myslím, že na to by měl být sociální pracovník připravený.“ IK 4: „No to určitě! Ale jsou?“ IK 1: „Na tohle by měl být připravený, protože komunikace je největší nástroj, který máme a v kruzích podpory to o komunikaci je hodně. Ty rozhovory jsou hodně pěkně stavěné, nebo dají se různě kreativně vytvářet a dá se dojít prostě do úplně jiných končin, než když si vezmete jenom nějaký dotazník, který se odškrtná.“ IK 4: „Jo, s tím souhlasím, že by měl být vybavený a připravený, ale myslím si, že ta současná praxe z těch sociálních zařízení taková není a že právě tohle je model, který se bude hodně využívat v neziskovkách a u lidí, který jsou kreativní a přemýšlí a kde třeba není tolik těch pracovníků v přímé péči. Ale opravdu si neumím představit, že tohle bude probíhat u nějakých sto klientů ve velkých zařízeních. To si myslím, že bude to hlavní úskalí, protože to pro ty lidi v přímé péči je samozřejmě jednodušší nepřemýšlet a dělat to „tupě“, jako tady to mám takhle, udělám si dotazník, tohle si tady odškrtnám a je to vlastně v pohodě, protože jsem to udělala dobře, s tím člověkem pracuju, individuálně plánuju, nikdo mi nic nemůže říct, ale vnímám to, že o tom tolik nepřemýšlím.“ IK 1: „Ano, neměla by to být pásová výroba.“ IK 4: „Přesně tak. Musí ty lidi být kreativní a musí to chtít“

### Překážky a úskalí při zavádění kruhu podpory

Tabulka 3. Překážky při zavádění kruhu podpory (dále též KP)

	Časové možnosti účastníků	Časové možnosti odborníků	Náročná organizace KP	Dostatek lidí ochotných zapojit se do KP	Neochota odborníků zapojit se do KP
<b>IK 1</b>	X	X			X
<b>IK 2</b>			X	X	X
<b>IK 3</b>				X	X
<b>IK 4</b>		X			X
<b>IK 5</b>		X	X		X
<b>IK 6</b>	X	X			
<b>IK 7</b>	X	X			X
<b>IK 8</b>		X	X		X

Zdroj: vlastní výzkum

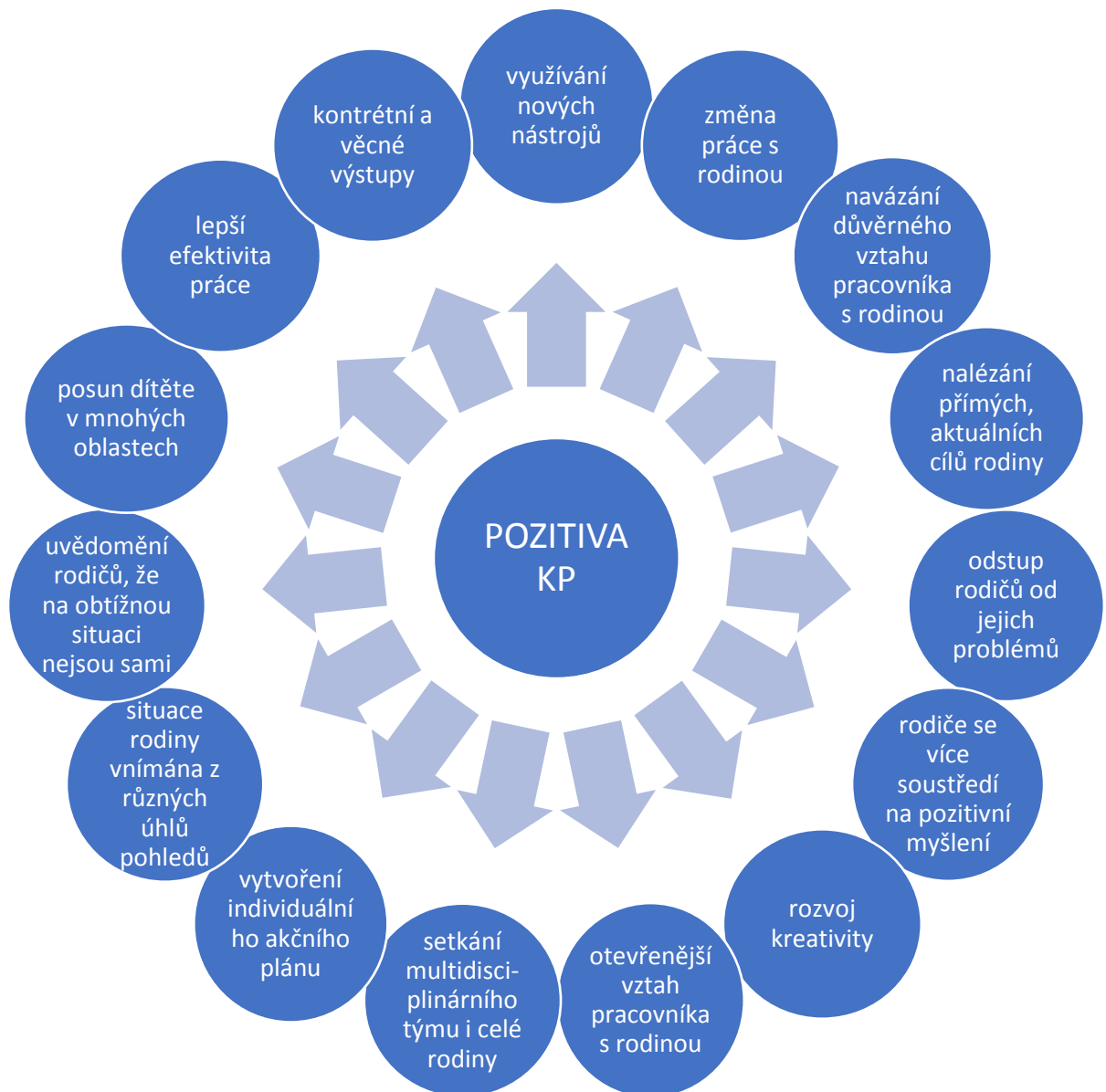
Tabulka 3 ukazuje, že největší překážky při zavádění kruhu podpory spatřují IK 1, IK 6 a IK 7 v časových možnostech účastníků. IK 1, IK 4, IK 5, IK 6, IK 7 a IK 8 v časových možnostech odborníků i organizátorů. Dále IK 2, IK 5 a IK 8 spatřují největší úskalí v náročné organizaci kruhu podpory, která zahrnuje domluvení společného termínu se všemi účastníky, domluvení facilitátora a zapisovatele, domluvení místa konání setkání, připravení prostoru, podkladů pro kruh podpory, občerstvení apod. Dále jako překážku vnímají IK 2 a IK 3 neochotu neformální podpory zapojit se do kruhu podpory. Tyto informantky měly špatnou zkušenost s motivováním širší rodiny k jejich podílení se na rozvoji klienta, a tudíž i s účastí na setkání kruhu podpory. V neposlední řadě spatřují všechny informantky kromě IK 6 jako velké úskalí neochotu odborníků zapojit se do kruhu podpory. Z jejich zkušenosti vyplývá, že pokud odborník není součástí jejich organizace, ale je to někdo zvenčí (např. lékař), nechce se těchto setkání účastnit.

IK 7 popisuje problémy s časovými možnostmi účastníků a neochotou odborníků: *„Souhlasím s IK 6, největší problém vidím v časových možnostech jak všech odborníků, tak i rodiny. I nám se při setkání stalo, že se jeden účastník z rodiny se setkání chtěl účastnit, ale časově se nesladil se zbytkem skupiny, takže jsme museli kruh podpory udělat i bez něj. A jako další ještě vidím problém v tom, že někteří odborníci s těmito metodami nemají zkušenosti a nechtějí se těchto setkání účastnit.“*

#### Pozitiva přinášející kruh podpory

Na otázku, jaká spatřují pozitiva při zavádění kruhu podpory, odpovídaly informantky velmi podrobně. Na informantkách bylo vidět, že jsou nadšené z této nové metody a spatřují v ní velké množství výhod a možností.

Obrázek 2. Pozitiva kruhu podpory



Zdroj: vlastní výzkum

Z obrázku 2 vyplývá, že informantky vymyslely velké množství pozitiv, která souvisí s využíváním metody kruh podpory. Mezi hlavní pozitiva řadily využívání nových nástrojů, které s kruhem podpory souvisí (např. profil na jednu stránku a kruh vztahů) a nalézání přímých a aktuálních cílů rodiny, které vedou k vytvoření akčního plánu a posunu rodiny. Dále změnu práce s rodinou, navázání důvěrného a otevřeného vztahu pracovníka s rodinou, odstup rodičů od jejich problémů a větší využívání pozitivního myšlení. Jako další důležité pozitivum uváděly informantky setkání multidisciplinárního týmu i celé rodiny, vnímání situace rodiny z různých úhlů pohledů a uvědomění rodičů,

že na jejich obtížnou situaci nejsou sami. V neposlední řadě jako pozitivum uváděly rozvoj kreativity rodičů i pracovníků a vývojový posun dítěte v mnohých oblastech díky dodržování stanoveného akčního plánu.

IK 3 vyzdvihuje důležitost vztahu pracovníka s klientem: „... *když rodič přijde, nebo když ho ten sociální pracovník pozve a pracují metodou kruhu podpory, tak záleží na tom, jak má rodič navázáno s tím sociálním pracovníkem. Kolikrát ten rodič zaražený, neví, co ho vlastně čeká, přemýšlí o problémech, co je čeká nepříjemného, starosti a podobně. Ale najednou my po něm chceme, aby začal přemýšlet nad tím, co je kolem něj dobré, jaké má kolem sebe lidi, kteří mu pomáhají, co baví jeho, co baví to jeho dítě a tak. Vlastně se povznese nad ty své starosti a začne přemýšlet pozitivně, nad radostmi, a i ta práce potom sociálního pracovníka s tou rodinou si myslím se dokáže posunout o hodně dopředu. Dokáže se najednou komunikovat na jiné úrovni ne jenom řešit ty problémy, ale dívat se na to pozitivno. Tam si myslím, že se dá s tou rodinou pracovat snáz, líp a dá se navazovat na jiné vztahy a řešit jiné věci.*“

IK 4 zdůrazňuje pozitivnost kruhu podpory: „*Já jenom jestli to můžu doplnit. Já mám na mysli to samé, že většinou ta rodina má za sebou takové to období nejistoty, nejistoty diagnózy, nejistoty zdravotního stavu, těch výhledů negativních, pořád jen slyší, on nemluví, on nechodí, tohle neudělá, takže pořád má jenom to negativní hodnocení před sebou, protože se většinou setkává s lékaři, odborníky, terapeuty a spíš je to v tom stresu a v tom stavu, co všechno to moje dítě neumí... A přesně jak říká IK 3 najednou se mu otevře prostor, u něj možná i takový trošku jiný svět, nebo prostě něco, co do té doby nezažil a takové to uvědomění. Zkonkretizování toho, že to jeho dítě má spoustu pozitiv, spoustu hodnot, spoustu věcí umí, tak je to takový prozření, že je to taky zázrak přeměny i toho rodiče, že přijde a že se tady úplně rozehrje a dostane se úplně jinam.*“

IK 5 uvádí nejen změnu vztahu pracovníka s klientem, ale také důležitost setkání a nalézání přímých potřeb rodiny: „... *dochází k blízkému a důvěrnému navázání vztahu pracovníka s rodinou, je to tam najednou o něčem jiném... nacházíme tam přímé potřeby té rodiny, co aktuálně teď řeší, co aktuálně teď potřebují, co potřebuje dítě očima kohokoli z kruhu podpory. To je podle mě určitě dobré a potřebné.*“

IK 1 dodává: „*Jak říkají holky – kruh podpory je velmi pozitivní pro toho rodiče. On očekává od poradkyně zase jenom to suché a strohé a ono se tu otevře to pozitivum a myslím si, že v tu chvíli je strašně dobrý prostor s tím rodičem navázat velmi otevřený*

*vztah. Byť ten rodič ze začátku je uzavřený, neví co ho čeká a říká si: jéé, co zase mi poradí, já už jsem toho slyšel... Tak právě tímhle jiným pohledem se najednou otevře pro toho rodiče takové to: ty bláho, tak tady jsme řešili úplně něco jiného, než jsem vlastně čekal. A trošku tam vstupuje ta důvěra a pomaličku se tvoří díky tomu profilu na jednu stránku, kdy to dítě má rodič šanci vidět z jiného pohledu než do té doby.“*

*IK 4 sděluje, jak je prospěšné, když se sejde co nejvíce lidí na kruhu podpory: „... kruhy podpory opravdu s těmi rodinami, které nemají možnost se potkat, nebo jsou třeba ještě sociálně slabší tak ty naše setkání, kdy se podařilo setkat deset lidí na tom kruhu v jednom termínu je obrovský úspěch. Sešli se prarodiče, podařilo se to propojit i s tou vzdálenější rodinou, nebyli to jenom otec matka, tak to mi přijde opravdu jako velký úspěch. Když se podaří setkat tolik lidí, tak potom i ty výsledky nebo ty nápady co tam vzniknou jsou úplně jiné, nové. Myslím si, že normálně v kontaktu s tou rodinou (pokud se budu bavit jen s rodiči) tak nemají šanci vzniknout takové nápady. Nebo mě to bude stát strašný úsilí, a ještě se mi to nepodaří. Je to obrovská příležitost a obrovský prostor pro to využít ho pro tu společnou práci ve prospěch dítěte a té rodiny.“*

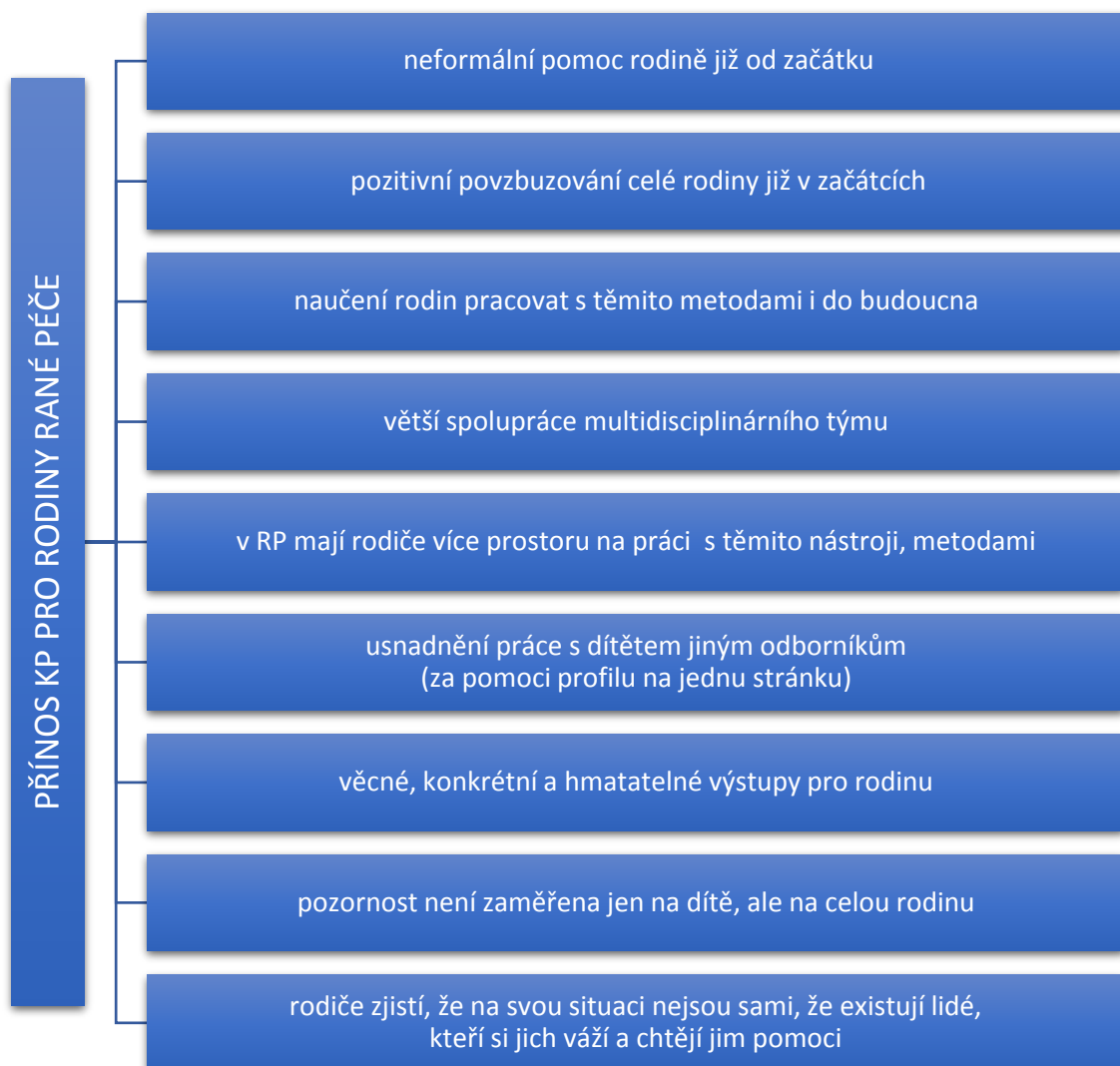
*IK 6 uvádí výhodu pro sociální službu raná péče: „Rodina i poradkyně rané péče se může podívat na rodinnou situaci z více různých úhlů pohledu. Umožní sociální službu skutečně naplánovat a ne, jen dát nějaký rámeček.“*

*IK 7 sděluje: „Jak kolegyně říkaly: změna vztahu pracovníka a rodiny. Zapojení i širší rodiny, díky které se také může změnit pohled a věc. Pak taky pocit rodičů, že na to nejsou sami. A posun dítěte v mnohých oblastech.“*

*IK 8 dodává: „A určitě také lepší efektivita práce.“*

## Přínos kruhu podpory pro rodiny rané péče

Obrázek 3. Přínos KP pro rodiny RP



Zdroj: vlastní výzkum

V obrázku 3 jsou uvedeny odpovědi na otázku proč si myslí, že je tato metoda vhodná právě pro rodiny rané péče, na kterých se všechny informantky shodly.

IK 4 popisuje své zkušenosti s dospělými klienty: „*My jsme pracovali s kruhy podpory i u klientů dospělých a myslím si, že kdyby se s těmi lidmi a jejich rodinami začalo pracovat už v raném věku a oni na takový styl práce byli zvyklí, bylo by to o něčem jiném, nezdráhali by se tolik. O našich dětech samozřejmě nevíme, jestli budou naši klienti i do budoucna, ale pro tu práci je to ideální začít s tou rodinou v raném věku a umožňuje to začít něco, co bude dál pokračovat.*“



IK 3, která má také zkušenosti s kruhem podpory u dospělých klientů dodává: „S tím souhlasím, to by byl ideál. Já jsem se s kruhy podpory setkala nejprve také jen u starších klientů, kde už je vlastně vytvořená nějaká skupina lidí kolem toho klienta. Takže v rané péči je to úplně něco nového, ale jsou tam zajímavé pracovní nástroje, se kterými se dá pracovat nejvíce s těmi rodiči právě. A získávat o rodině a o dítěti spoustu nových informací.“

IK 6 má jasné stanovisko k výhodám pro rodiny z rané péče, se kterými všechny ostatní informantky souhlasily: „Dle pořekadla: co se v mládí naučíš, ve stáří jako když najdeš... Čím dříve se s novými přístupy započne, tím je rodina lépe přijme a včasnými konkrétními kroky přijde rodině skutečná podpora.“

IK 2 spatřuje výhodu v tom, že kruh podpory je neustále se vyvíjející nástroj: „Mě přijde i dobré, že v rané péči uděláme něco, třeba ten profil a že se to může i dál rozvíjet tím, jak ty děti stárnou a jak ty rodiče vidí ty děti také časem jinak. Takže to je neustále se vyvíjející nástroj. Že tím že vyplníme jeden dotazník to nekončí, že se v tom může dál pracovat a doplňovat.“

IK 1 dodává, že další výhodou je provázanost s ostatními službami: „Přesně a když se s tím pracuje, tak se to přenáší dál do mateřské školy do základní školy a pak se s tím snáz obeznámí lidi, kteří do té rodiny vstupují jako učitelky, asistenti a tak.“

IK 7 toto rozvádí a přidává výhodu rané péče: „Za mě je ještě ta výhoda, že my máme čas na tu rodinu, podporujeme je více než v těch školkách, školských zařízeních nebo na kroužkách, kde na práci s rodiči ty učitelé už nemají úplně prostor.“

IK 1 doplňuje: „Ano, ve školách a školkách na to není prostor, ale zase právě můžou hodně těžit z toho, co vypracujeme my v rané péči. Když se s tím profilem seznámí ti učitelé, pedagogové, vychovatelé na kroužkách tak to rozhodně vylepší práci s dítětem. Ale musí tam fungovat někdo, ten koordinátor, dejme tomu sociální pracovník z rané péče, který s tou rodinou neustále aktualizuje a udržuje ty informace a případně i předává nějakým způsobem dál těm učitelům, je s nimi v kontaktu...“

IK 4 zmiňuje také provázení rodiny: „Mě se líbí, že všechny tyto metody podporují myšlenku provázení, což pro mě raná péče znamená, že je to provázení a podpora té rodiny včetně koordinace organizace. Za mě kruh podpory podporuje smysl rané péče jako služby.“

IK 8 zdůrazňuje výstupy kruhu podpory: „... Další, co mi přijde důležité nejen pro toho pracovníka, ale hlavně pro tu rodinu jsou ty výstupy. Ať už jde o profil, kruh vztahů, mapu, akční plán... Všechny tyto výstupy jsou hmatatelné, většinou kreativně zpracované přímo dítětem a rodiči a jsou velice konkrétní. Není to jen, že si tak nějak s rodinou vyprávím, něco si plánujeme...Mám z toho reálný výstup, který je jak pro mě, pro pracovníka důležitý, tak taky pro toho rodiče, se kterým ho dělám. Má ze setkání okamžitě výstup, na kterém může pracovat, potažmo ho může použít pro jiné instituce...“

IK 7 potvrzuje: „Jo je to super, je to hodně konkrétní a věcný.“ a přidává důležitost také psychické podpoře rodičům: „Podle mě je největší výhoda v tom, že vlastně ano pomáháme i dítěti tím, že bude mít větší podporu od více lidí a může se s ním efektivněji pracovat. Ale především rodině, která uvidí, že na to není sama. Že jsou lidi, který oceňují, co pro jejich dítě dělají a kteří i věnují trochu ze svého volného času, aby jim pomohli. Protože to přesně podle mě ti rodiče, kterým se narodilo dítě s postižením a kteří neví kudy kam potřebují. Potřebují ukotvit, potřebují vědět, že existuje někdo, kdo je chápe, kdo je nesoudí a kdo je jim dokonce i ochotný pomoci.“

IK 8 přitakává: „Protože v rané péči se pracuje s celou rodinou, ne pouze s dítětem. Proto je důležité zapojit celou rodinu a další lidi okolo dítěte, tak, jak se to děje právě v kruzích podpory.“

## Největší výhody kruhu podpory pro sociální službu raná péče oproti ostatním službám

Tabulka 4. Výhoda KP pro ranou péči oproti ostatním sociálním službám

	<b>Rodina je na počátku více přizpůsobivá, tvárná</b>	<b>Zapojení neformální podpory, dokud ji rodina ještě má</b>	<b>Naladění rodiny na pozitivní myšlení již v začátcích</b>	<b>Lze KP využít i v jiných sociálních službách</b>
<b>IK 1</b>	X			X
<b>IK 2</b>			X	X
<b>IK 3</b>	X	X	X	X
<b>IK 4</b>		X		X
<b>IK 5</b>		X	X	X
<b>IK 6</b>	X			X
<b>IK 7</b>		X		X
<b>IK 8</b>				X

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky 4 vyplývá, že všechny informantky se shodly na tom, že kruh podpory se dá využívat i v jiných sociálních službách. IK 1, IK 3 a IK 6 spatřují největší přínos pro ranou péči v tvárnosti a přizpůsobivosti rodiny, které se narodilo dítě s nějakým postižením nebo opožděním. Dle jejich tvrzení tato rodina nemá ještě tolik předsudků a je více otevřena novým možnostem, přístupům a metodám. Dále IK 3, IK 4, IK 5 a IK 7 spatřují výhodu v zapojení neformální podpory rodiny. Rodina v začátcích má dle těchto informantek ještě spoustu přátel, nemá zprerhané vazby s širší rodinou a všichni tyto lidé jsou ochotni jim pomáhat. Pokud se tento režim nastolí již v začátcích, většinou přetrvává i do budoucna. Další výhodu pro ranou péči spatřují IK 2, IK 3 a IK 5 také v naladění rodiny na pozitivní myšlení. Zase platí, že pokud se rodina naučí přemýšlet pozitivně o svém dítěti již v raném dětství, je větší pravděpodobnost, že o něm takto bude smýšlet celý život.

IK 7 popisuje, v jakých sociálních službách si lze využívání kruhu podpory představit: *„Já myslím, že ve většině sociálních služeb by se měly kruhy podpory využívat, nejen u dětí a jejich rodin, ale klidně i u dospělých nebo i u seniorů. A nejen s postižením. Věřím, že třeba i u lidí, kteří se vrátili z odnětí svobody nebo kteří jsou závislí na nějaké návykové látce by pomohlo, kdyby viděli, že okolo sebe mají lidi, kteří jim věří, kteří nad nimi*

*nezlomili hůl a kteří jsou jim ochotní pomáhat. Myslím si, že opravdu kruh podpory je všestranný a dá se využít v jakékoli sociální službě. Ale jinak největší přínos pro ranou péči spatřuji v tom, co jsem již uvedla – podpora rodiny hned na počátku, dokud se neizolují úplně.“*

IK 6 spatřuje největší výhodu v tom: „... že je rodina na začátku hledání řešení a nemá „zkratnatělé“ rodinné rituály.“

IK 8 mluví o zapojení celé rodiny a odborníků: „Také si myslím, že kruh podpory se dá využít i u ostatních sociálních služeb... Největším přínosem je, dle mého názoru, zapojení celé rodiny a dalších lidí (např. odborníků pečujících o dítě) do řešení problému, přičemž se vždy najde několik možných variant, jak dítěti (rodině) pomoci. KP jsou jedinečné v tom, že se sejdou všichni zúčastnění v daný čas na daném místě se stejným cílem.“

## 4.2. Jaké očekávání měli pracovníci rané péče při zavádění této metody

### Očekávání od zavádění kruhu podpory

Tabulka 5. Očekávání pracovníků od kruhu podpory

	Nadšení	Obavy	Získání nových metod	Nový přístup práce
IK 1	X	X	X	
IK 2		X		
IK 3	X	X		
IK 4	X	X		
IK 5		X		X
IK 6			X	
IK 7		X		
IK 8	X	X		X

Zdroj: vlastní výzkum

Očekávání informantek byly nejvíce naplněny obavami. Obávaly se všechny informantky kromě IK 6. Nejvíce se obávaly: změny dosavadní práce, neochoty rodičů spolupracovat, neochoty ostatních členů rodiny a odborníků se na něčem takovém podílet, náročnosti naučit se nové metody, časové náročnosti kruhu podpory, časového presu na proškolení všemi přístupy, nástroji a metodami. IK 1, IK 3, IK 4 a IK 8 se ale zároveň i těšily na využívání této nové metody. Dále IK 1 a IK 6 uvedly, že očekávaly zavedení dalších, nových metod při práci s rodinou. IK 5 a IK 8 očekávaly nový přístup práce v rané péči.

IK 4 vysvětluje na co se těšila a zároveň z čeho měla obavy: „*No já, jak jsem to dělala s těmi staršími klienty, tak jsem se trochu těšila, jak to budeme realizovat a představovala jsem si, jak to budeme dělat u těch rodin. Takže mě to zajímalo, ale zároveň jsem si to vlastně neuměla představit, co všechno půjde u těch rodin použít nebo ne, protože je to specifická skupina. A možná i nějaké obavy z té zkušenosti. Když to vezmu obecně, že u těch dospělých klientů ta rodina má už nějaké zábrany má nějaké zkušenosti, tak jsem si říkala, jestli to v té rané péči vůbec půjde u těch rodičů nebo jak s tím pracovat. Že jsem měla spíš obavy. A taky obava, protože ty školení byly časově náročné. Obava, jak to časově zvládnout, to je spíš technická záležitost, že to bude časově náročné proškolení v těch všech vzdělávacích aktivitách.*“

IK 3 přiznává obavy a zmiňuje výhodu ve vztahu pracovníka s rodinou: „*Pro mě taky to byla velká neznámá a opravdu jsme zjistily, že tam je to o té práci s těmi rodiči než s tím dítětem. A je to přesně o tom, abychom si otevřely tu cestu k té rodině a k té práci s tou rodinou.*“

IK 8 se těšila na nový systém práce: „*Těším se a doufám, že to přinese nový systém práce, který bude sice zpočátku časově náročný, ale po zavedení do systému mé práce mi pomůže lépe poznat dítě i jeho rodinu...*“

IK 2 se nejvíce obávala neochoty rodičů zapojit se: „*Já jsem si vůbec nedovedla představit, že rodiče, kteří jsou zvyklí vyplňovat dotazník a zaškrtnout, najednou budou chtít něco kreslit a zapojit se jinak, než je běžný...*“

IK 7 měla mylné představy a očekávání na práci s kruhy podpory: „*Já jsem vlastně nevěděla, do čeho přesně jdu. Věděla jsem, že je to nějaké zapojení neformální podpory dítěti a rodině dítěte. Ale víc nic. Takže trochu jsem se toho bála. Aby to nebylo příliš náročné. Bála jsem se, že budeme chodit po dětských hřištích a lovit a lanařit lidi, kteří jsou ochotni pomoci rodině s dítětem s postižením. A byla jsem vlastně v práci nová a už takhle to na mě bylo moc školení a moc informací a bála jsem se, jak ještě vstřebám tohle.*“

## Informace, které měly informantky před proškolením kruhu podpory

Tabulka 6. Informace o kruhu podpory před proškolením

	<b>Žádné</b>	<b>Nekompletní</b>	<b>Základní</b>	<b>Vyhledávali informace na internetu</b>
<b>IK 1</b>	X			X
<b>IK 2</b>	X			X
<b>IK 3</b>	X			X
<b>IK 4</b>			X	
<b>IK 5</b>	X			
<b>IK 6</b>		X		
<b>IK 7</b>	X			X
<b>IK 8</b>			X	

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky 6 vyplývá, že IK 1, IK 2, IK 3, IK 5 a IK 7 neměly žádné informace o kruhu podpory, dokud neprošly všemi kurzy. Všechny tyto informantky kromě IK 5, si metodu kruhu podpory před sepsáním projektu vyhledávaly na internetu. IK 5 měla informace neucelené od svých kolegů. IK 8 prošla základním proškolením kruhu podpory a IK 4 měla vlastní zkušenost s kruhy podpory u dospělých klientů.

IK 4 měla již předchozí zkušenosti s kruhy podpory: „*Tak my v naší organizaci jsme to využívali u klientů denního stacionáře, takže nějakou zkušenost jsem měla, ale ne úplně přímo, že bych se na tom přímo podílela. Takže nějaké informace a představu jsem měla, jak by to mělo fungovat.*“

IK 8 měla základní informace od kolegy: „*Informace jsem měla z kurzu a od kolegy, který měl s KP zkušenosti a udělal nám takové krátké školení u nás v organizaci.*“

IK 2 sděluje: „*Žádné, ale chci říct, že jsme si to s IK 1 a IK 3 vygooglovaly, když jsme měly přihlášku na stole. Do té doby jsme vůbec netušily, že něco takového existuje.*“

IK 7 dodává: „*Já taky žádné. Také jsem hledala jsem na Googlu a čerpala z informací, které jste pak napsaly do projektu.*“

IK 4 zavtipkovala: „*Holky vždyť, to byl společný projekt, vždyť jsme se na tom předtím dloouze domlouvaly... Cha, cha, cha...*“

Zkušenosti s přístupem zaměřeným na člověka (dále též PZČ) a jeho nástroji před zavedením kruhu podpory

Tabulka 7. Zkušenosti informantek s PZČ a jeho nástroji

	<b>Žádné</b>	<b>Prošel/prošla školením</b>	<b>PZČ nepřímo užívají v praxi</b>
<b>IK 1</b>	X		X
<b>IK 2</b>	X		X
<b>IK 3</b>	X		X
<b>IK 4</b>		X	X
<b>IK 5</b>	X		X
<b>IK 6</b>		X	X
<b>IK 7</b>			X
<b>IK 8</b>	X		X

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky 7 vyplývá, že IK 1, IK 2, IK 3, IK 5 a IK 8 neprošly žádným školením přístupu zaměřeného na člověka ani jeho nástroji, tudíž ho ani oficiálně neužívali ve své práci. IK 4 a IK 6 prošly základním školením přístupu zaměřeného na člověka. IK 7 měla základní informace z vysoké školy. Po bližším zjištění všechny informantky přiznaly, že některé základy a principy neoficiálně při své práci využívaly, aniž by si to uvědomovaly.

Nejprve pět informantek uvedlo, že vůbec žádné zkušenosti s přístupem zaměřeným na člověka nemělo. IK 7 ale podotkla: „*Tak samozřejmě přístup zaměřený na člověka znám z vysoké školy a vlastně ho téměř všichni sociální pracovníci – vlastně v téhle místnosti určitě na 100% všichni pracovníci – využívají, jen tom třeba úplně neví. Rozhodně principy přístupu zaměřeného na člověka používá každý pracovník rané péče, jen tomu třeba takto neříkají nebo neprošli žádným oficiálním školením. Neříkám, že používají ty nástroje, to určitě ne. Ale přístup zaměřený na člověka? No tak lidi – vemte si to zpětně z praxe, podle vás jste ho neužívali i před tím?*“ S tímto názorem najednou všechny



souhlasily. Všechny se shodly, že s PZČ nejspíš nějaké osobní zkušenosti mají, ale nevyužívají ho při své práci oficiálně.

### Organizační změny spojené s využíváním kruhu podpory

Tabulka 8. Očekávané organizační změny informantkami

	<b>Žádné</b>	<b>Větší spolupráce multidiscipinárního týmu a rodiny</b>	<b>Zavedení PZČ postupně ve všech službách organizace</b>
<b>IK 1</b>		X	
<b>IK 2</b>	X		
<b>IK 3</b>	X		
<b>IK 4</b>		X	X
<b>IK 5</b>	X		
<b>IK 6</b>		X	
<b>IK 7</b>		X	X
<b>IK 8</b>		X	

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jaké očekávaly informantky změny v rámci jejich organizace odpovídaly nejčastěji větší spolupráci multidiscipinárního týmu a rodiny (konkrétně IK 1, IK 4, IK 6, IK 7, IK 8). Myslely tím nejen odborníků a rodiny, ale i odborníků mezi sebou. IK 2, IK 3 a IK 5 se nad změnami v jejich organizaci nijak zvlášť nezabývaly a nejspíše žádné změny neočekávaly. IK 4 a IK 7 uvedly vysoká očekávání a plán zavést plánování zaměřené na člověka a některé jeho nástroje postupně do všech sociálních služeb v organizaci, nejspíše i do školských zařízení.

IK 4 přiznává své očekávání a velké změny v organizaci: „... tím mým cílem bylo zavést ten přístup a to plánování ve všech službách. V podstatě já jsem do toho šla s tím záměrem, že jednak to nějak pilotně ověříme u té skupiny rodin z rané péče. Protože co jsem měla informace nebo zkušenosti, tak jsem nevěděla o nikom, kdo by to používal vyloženě v rané péči. Vlastně ani z toho Quipu, který nás školil to nebylo zřejmé. Až po ukončení školení mi školitelka říkala, že se to v rané péči už také začíná rozjíždět. Měla jsem pocit, že je to fakt určený pro děti školní, nebo pro dospělé klienty a ne úplně pro tu

*práci s rodinami v rané péči. A mým záměrem bylo to vyzkoušet, zda to půjde, případně to sladit tak, aby v tom našem systému sociálních služeb se to používalo...“*

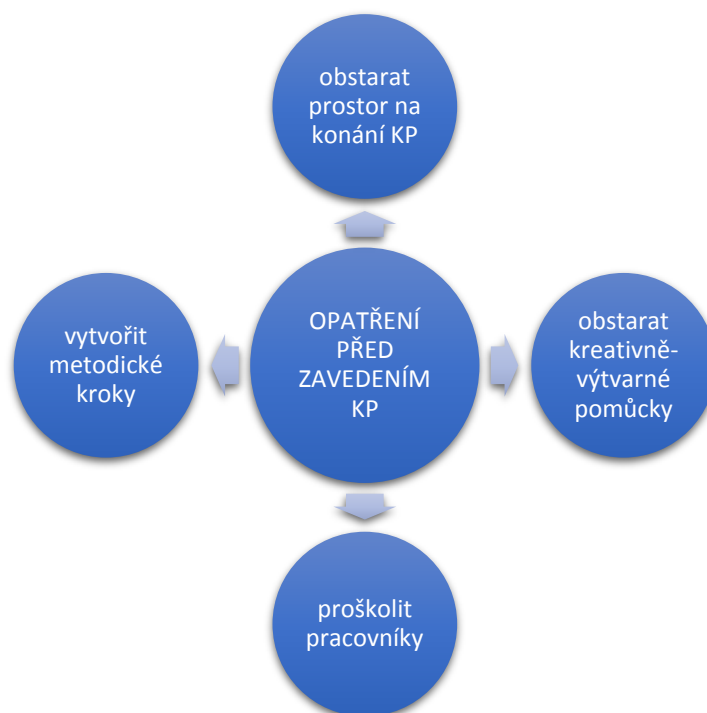
IK 1, IK 4, IK 6, IK 7, IK 8 shodně uvedly očekávání týkající se pozitivní změny ve větší multidisciplinární spolupráce a spolupráce týmu odborníků a rodiny. IK 1 doplňuje: „... měly jsme záměr, že bychom to využívaly v rané péči ty poznatky z celého kurzu, ale neznamenal to kupředu, že bychom uvažovaly o nějakých personálních změnách, to ne.“

IK 6 doplňuje: „... a také zavedení systematičnosti a více možností při práci s rodinami v rané péči“ IK 8 přitakává: „... ano a já ještě větší zapojení kolegů, kteří pracují s dětmi z naší rané péče“

IK 7 očekávala větší spolupráci multidisciplinárního týmu a nejspíše i širší využití v celé organizaci: „To úplně nemohu posoudit, zase do vedení organizace tak úplně nevidím. Ale shoduji se s kolegyněmi, že určitě minimálně větší spolupráci multi-týmu a rodiny. Možná v naší organizaci půjde o postupné zavedení kruhu podpory do všech sociálních služeb i některých prvků z plánování zaměřeného na člověka do škol.“

## Opatření, která je potřeba obstarat před zaváděním kruhu podpory do praxe

Obrázek 4. Opatření před zavedením kruhu podpory



Zdroj: vlastní výzkum

Informantky se shodly na těchto čtyřech hlavních opatřeních, které musely obstarat, než začaly využívat kruh podpory: proškolit pracovníky, vytvořit metodické kroky, obstarat prostor na konání kruhu podpory a obstarat kreativně-výtvarné pomůcky (tím je myšleno například křídly, fixy, časopisy, pohlednice, fotografie, velké archy papíru, flipchart, pastelky, voskovky, vodovky, tempery, prstové barvy, štětce, lak apod.).

IK 7 spatřuje za nejtěžší: „... vymyslet novou metodiku, jak postupovat a jak do naší již zavedené metodiky zapasovat i metody plánování zaměřeného na člověka a kruhu podpory. Dále se nějak naučit a více upevnit dovednosti a znalosti získané na všech školeních.“

### Podnět, který způsobil zapojení kruhu podpory do rané péče v těchto organizacích

Všechny informantky se shodly, že nejprve to byl dobrý nápad, který byl ale finančně náročný. O přístupu zaměřeném na člověka a kruzích podpory se dozvěděly v jedné z organizací od svého kolegy z denního stacionáře pro dospělé. Poté přišla nabídka jednoho nadačního fondu a dle slov IK 4 to byla: „... *projektová příležitost, kdy jeden nadační fond vypisoval projekt na ranou péči a jednou z těch aktivit mělo být vzdělávání a nové metody...*“ IK 1 dodává: „*Byla to dobrá příležitost a byly jsme rády, že jsme byly přizvány ke spolupráci.*“ IK 7 sděluje: „*Upřímně si myslím, že prvotní impulz byl, jak říkají holky ten projekt. Projekt, který nabízel proškolení pracovníků a zahraniční stáž. Kolegyně byly úžasné, že vymyslely tento projekt. A jsme rádi, že z toho vzešlo něco tak prospěšného, co budeme využívat v praxi i nadále.*“

### Změna očekávání informantek po proškolení všech kurzů PZČ a KP

Tabulka 9. Změna očekávání po proškolení všech kurzů

	<b>Žádná</b>	<b>Víceúčelové využití nástrojů</b>	<b>Jiný přístup v poradenské práci</b>	<b>Obavy</b>	<b>Pochopení PZČ a KP</b>
<b>IK 1</b>		X	X		
<b>IK 2</b>		X			X
<b>IK 3</b>		X			X
<b>IK 4</b>			X		X
<b>IK 5</b>		X			X
<b>IK 6</b>	X				
<b>IK 7</b>				X	X
<b>IK 8</b>		X			X

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky 9 vyplývá, že všem informantkám, kromě IK 6 se změnilo očekávání po proškolení všech kurzů. Informantky prošly následujícími kurzy: přístup zaměřený na člověka + plánování zaměřené na člověka, MAPA – tvoření akčních plánů, základy facilitace, grafická facilitace, kruh podpory. IK 7 cítila stále obavy, ale v jiném smyslu než před proškolením. IK 1 a IK 4 po proškoleních pohlížejí jinak na poradenskou činnost

a přistupují trochu jinak ke své práci. Všechny informantky kromě IK 1 a IK 6 přiznaly, že po proškolení pochopily přístup zaměřený na člověka, všechny nástroje PZČ i kruh podpory a tudíž věděly, do čeho jdou a co je čeká v praxi. IK 1, IK 2, IK 3, IK 5 a IK 8 také ocenily využívání nástrojů PZČ. Líbila se jim možnost individuálně využít u každé rodiny jiný nástroj, případně jich použít hned několik.

IK 1 se líbí praktičnost těchto nástrojů: „... všechny ty různé nástroje se dají nějakým způsobem prakticky využít v různých situacích...“

IK 3 se líbí různorodost a kreativnost nástrojů: „Za mě je fajn, že v těch kruzích podpory je těch nástrojů práce s rodinou několik, že tam nemusíme dodržovat určitý postup, ale můžeme si vybrat určitý nástroj, který nám pasuje na tu rodinu, takže se tam dá pracovat kreativně s těmi nástroji a s každou rodinou jinak. Nebo jakoby postupně si ty nástroje řadit, využít je klidně na tu rodinu všechny, ale vždycky si je kreativně využívat tak, jak si myslím, že je potřeba.“

IK 1 si chválila také přístup zaměřený na člověka: „... je to trošku jiný přístup, ale přitom příjemný, efektivní, jiný...“

IK 7 komentuje změnu v pochopení kruhu podpory a zároveň nové obavy: „No vlastně se to změnilo dost. Před zavedením jsme prošli už všechna školení, takže jsem věděla, co mě čeká, co mám dělat. Informace byly dostačující, školili jsme se vlastně celkem sedm celých dní, což je nějakých 56 hodin ne? Takže informace byly, ale obavy také trochu byly si myslím. Teorie zněla krásně, ale trochu jsme se báli si myslím všichni, jak to bude v praxi, jak na to budou rodiny reagovat, zda do toho vůbec budou chtít jít, jak jim to podat, aby se toho nezalekli a tak...“

IK 8 chválila také obsah kurzů: „... A kurzy předčily mé očekávání, naučila jsem se v nich spoustu důležitých a užitečných věcí.“

### 4.3. Jaký přínos mělo zavedení kruhu podpory pro pracovníky rané péče

#### Přínos kruhu podpory pro informantky při jejich práci v rané péči

Tabulka 10. V čem kruh podpory pomohl informantkám při jejich práci v rané péči

	Pomoc dítěti při nástupu do MŠ	Řešení pro rodiče, kteří se cítí osaměle	Více možností pro práci s rodinami	Vyšší kvalita služby	Lepší seznámení s rodinou a jejich vztahy	Provázanější týmová spolupráce	Lepší systém práce
<b>IK 1</b>			X	X		X	
<b>IK 2</b>		X		X		X	
<b>IK 3</b>		X			X		
<b>IK 4</b>						X	X
<b>IK 5</b>	X		X			X	
<b>IK 6</b>			X	X		X	X
<b>IK 7</b>	X	X				X	
<b>IK 8</b>	X				X	X	

Zdroj: vlastní výzkum

Z této tabulky vyplývá, že kruh podpory pomohl informantkám při jejich práci v rané péči především v usnadnění nástupu dítěte do mateřské školy díky vytvoření profilu na jednu stránku dítěte (IK 5, IK 7, IK 8). Dle IK 2, IK 3 a IK 7 jim kruh podpory pomáhá řešit osamělou situaci rodičů. Dle IK 1, IK 5 a IK 6 nabízí kruh podpory rodičům více možností pro práci s rodinami. Dle IK 1, IK 2 a IK 6 také zvyšuje kvalitu poskytované služby. IK 4 a IK 6 popisují zlepšení v systému sociální práce. IK 3 a IK 8 uvádějí, že pomáhá informantkám lépe a rychleji se seznámit s rodinou a jejich interními vztahy. Sedm z osmi informantek shodně uvádí zlepšení týmové spolupráce a zvýšení provázanosti multidisciplinárního týmu.

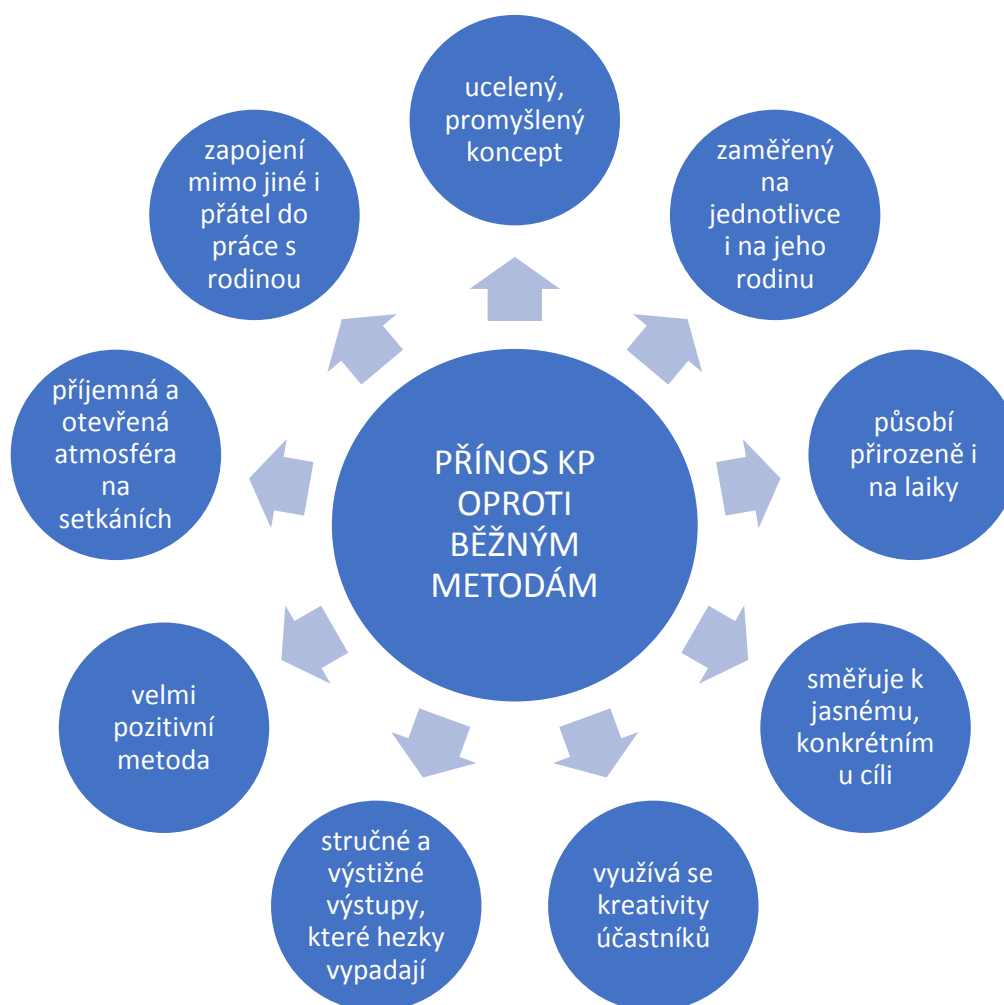
IK 5 popisuje svůj praktický příklad, kdy jí pomohl jeden z nástrojů přístupu zaměřeného na člověka: „... Mě třeba osobně pomohl profil u rodiny, která řešila nástup do mateřské školy. Takže velmi dobře zpracovaný profil, který vypracovala rodina. Maminka zapojila spoustu členů rodiny, takže se na tom podílelo spoustu pohledů. To hodnotím jako velký přínos a také samozřejmě to, co potom přináší ten profil pro ty učitelky, které dítě přebírají do předškolního zařízení.“

IK 3 také popisuje svou zkušenost s jedním nástrojem, který rodině (potažmo i jí) pomohl: *„Mě se třeba stalo, že rodiče, kteří si mysleli, že ve svém okolí nemají nikoho, kdo je jim oporou, komu si mohou říct o pomoc, tak na základě kruhu vztahů vlastně zjistili, že v tom okolí těch lidí mají dost, kteří jim jednou za čas ukáží pomocné gesto. Oni si to do té doby neuvědomovali, ale v rámci tohoto sezení se utvrdili, že v tom nejsou sami, že kolem sebe mají nejenom tu rodinu, ale i školu, školku, známé... Což si neuvědomovali, že se na ně také mohou obrátit, nebo že už ji jim ti dotyční tu pomoc dávají a oni si to jen neuvědomují, že je to také pomoc. Bylo to vlastně uvědomění si, že na to nejsou sami, že ve svém okolí mám tu pomoc, jenom se vlastně jakoby zamyslet, že opravdu ty lidi jsou a že nejsem sám i když se tak kolikrát ty rodiče cítí...“*

IK 4 popisuje jako největší přínos mimo jiné i spolupráci kolegyň z raných péčí a začínající spolupráci se školskými zařízeními: *„Tak pro mě to bylo hodně přínosný po té týmové nebo pracovní rovině, že ten projekt a to vzdělávání, který jsme absolvovaly tak nám umožnilo setkávat se ve skupině těch pracovníků z rané péče i s jinou organizací, která ji poskytuje. To považuji za velmi přínosné i tu výměnu zkušeností: jak je co použitelný a nepoužitelný. Což předpokládám, že bude pokračovat i dál. Dále z hlediska metodického a organizačního vnímám, že ty informace, jak jsme je měly komplexně (byl to teda víchr, který jsme musely absorbovat v krátké době, bylo to strašně rychlý, ale o to to bylo asi lepší, že to přišlo naráz, než kdyby to přišlo pozvolna během třeba roku), tak asi ta rychlá aplikace nás donutila to více propojit, využít a myslím si, že teda v nějaké části jsme byly trošku příkladem i pro ty ostatní pracovníky, pro ty další služby. A teď se dál posouváme v tom, že se to snažíme zavádět i dál u těch jiných služeb kde to není. Takže ty zkušenosti z rané péče a zkušenosti mých kolegyň budou určitě důležité pro další formování těch našich přístupů obecně. A co ještě mám radost: naše školský zařízení mají jakoby „nechut“ tyto aktivity dělat, protože samozřejmě nemají takový časový prostor, ale ten tlak na ty školy je z naší strany teď mnohem větší, patrnější a mám i radost, že se nám daří proplouvat do té školky, školy a všude...“*

## Přínos kruhu podpory oproti ostatním metodám

Obrázek 5. Přínos kruhu podpory oproti ostatním metodám



Zdroj: vlastní výzkum

Informantky spatřují největší výhodu kruhu podpory oproti jiným metodám především v tom, že se jedná o ucelený a promyšlený koncept, který je zaměřený na jednotlivce i na jeho rodinu a který směřuje k jasnému a konkrétnímu cíli. Kladný přínos metody spatřovaly také ve využití kreativity účastníků, v pozitivnosti této metody a přirozeném působení i na ty účastníky, kteří se doposud s kruhem podpory neselekali. Také oceňovaly příjemnou a otevřenou atmosféru na setkáních kruhu podpory a zapojení do práce s rodinou mimo jiné i přátel a širší rodiny. Zmiňovaly také formu výstupů ze setkání, která byla pro všechny přehledná a hezky vypadající.

IK 8 vysvětluje, proč působí kruh podpory přirozeně: „... působí přirozeně i na lidi, kteří z počátku nevědí, o co se jedná. Všem účastníkům je vysvětleno, co, jak a kdy se bude dít



*(což účastníkům dává jistotu). Pracovník získá za relativně krátkou dobu spoustu informací a vždy se dojde k nějakému řešení, což pro účastníky není frustrující (právě naopak)...“*

IK 1 zdůrazňuje důležitost proškolení ve všech kurzech vztahujících se ke kruhu podpory: *„...díky tomu projektu jsme měly šanci poznat soubor všech jednotlivých nástrojů během relativně krátké doby, ale myslím si, že právě jedině v tom celkovém vyškolení je dobré, že ten koncept máme ucelený. Měly jsme šanci se ho naučit ucelený, postupně a přitom najednou. Myslím si, že úplně není dobré, když se někdo přihlásí na jednotlivý seminář ve smyslu: naučím se profil na jednu stránku. Jede na jeden seminář, byť třeba dvoudenní, ale naučí se profil na jednu stránku a pak se dlouho nic neděje, tak je to trošku vytržený z konceptu a bez efektu. Byť je to nástroj, je to jedna z pomůcek, dá se to používat samostatně, ale myslím si, že je hrozně fajn mít ten koncept ucelený. Takže díky tomu, že jsme na to ty peníze měly a mohly jsme to absolvovat najednou, byť to byl šrumec, tak to mělo veliký význam. A pokud někdo další to bude chtít absolvovat, tak bych každému zařízení, každé službě doporučila, pokud je to možné, aby absolvují celý koncept všech kurzů na klíč, tak jak je v celku, ne jenom ty jednotlivé semináře.“*

IK 4 to potvrzuje a doplňuje: *„...přijde mi hrozně prospěšné, že jsme se proškolovali najednou jen my, kteří poskytujeme stejnou službu a ten filosofický, nebo koncepční náhled máme stejný. Přišlo mi to výborný z důvodu, že ty příklady z naší praxe byly podobné, jednotné. To je to, jak říkala IK 1, třeba když někdo pojedou na jednotlivé školení a pojedou z rané péče ve dvou, teď tam budou se všemi ostatními službami jako jsou stacionář, DZP, senioři nebo jiný služby. Tak jednak ty lidi budou jiní, mohou mít jiné myšlení, služby jsou jiné... V tomhle mi přišlo výborné, že všechny ty praktické příklady, co jsme si zkoušely, tak bylo z té naší praxe rano-péčářské a byla to praxe velmi podobná a jednotná. Takže pokud něco takového zavádět a dělat tak si to udělat na klíč, pro organizaci, pro všechny ty pracovníky naráz ideálně.“*

## Názor informantek na to, zda je práce v rané péči efektivnější po zavedení kruhu podpory

Tabulka 11. Názor, zda je práce v rané péči po zavedení kruhu podpory efektivnější

	Ano	Nemohu to zatím posoudit	Nepřemýšlel/a jsem o tom
<b>IK 1</b>		X	
<b>IK 2</b>			X
<b>IK 3</b>		X	
<b>IK 4</b>		X	
<b>IK 5</b>			X
<b>IK 6</b>	X		
<b>IK 7</b>		X	
<b>IK 8</b>	X		

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky 11 vyplývá, že dle IK 6 a IK 8 je rozhodně práce v rané péči po zavedení kruhu podpory efektivnější. IK 2 a IK 5 přiznaly, že se nad touto otázkou ještě nezamýšlely a zatím na ni nemají názor. Zbytek informantek nechtělo vyjadřovat svůj názor, neboť považují časové období, ve kterém metodu zkoušely za velmi krátké. Jako důvod uváděly nedostatek zkušeností a malý počet rodin, se kterými metodu vyzkoušely.

IK 4 zmiňuje, že ještě nemá tolik zkušeností: „*Já si myslím, že zatím tolik zkušeností ještě nemáme, abychom to mohly zhodnotit. To si myslím, že je ještě předčasný, protože to jedeme zatím jenom tři čtvrtě roku.*“

IK 1 souhlasí: „*Jak říkáš – ty zkušenosti teprve sbíráme. Nejde využít na všechny rodiny všechno, hned okamžitě, je to o tom zvážení, kdy je ten určitý nástroj k dobru. Takže to asi nemůžeme ještě úplně objektivně zhodnotit.*“

IK 7 dodává: „*Myslím si, že u těch rodin, u kterých jsme dělali nějaký ten nástroj nebo pořádali setkání kruhu podpory to určitě zefektivnilo tu naši práci s nimi, ale nedělali jsme to ještě u tolika rodin... Takže říkám to, co říkají ostatní: nemůžeme celé ještě objektivně zhodnotit*“

## Pocit kompetentnosti informantek k vytváření některých z nástrojů PZČ nebo KP

Tabulka 12. Pocit kompetentnosti informantek k vytváření nástrojů PZČ nebo KP

	<b>Profil na 1 stránku</b>	<b>Kruh vztahů</b>	<b>MAPA</b>	<b>Facilitace (vedení) KP</b>	<b>Zapisování KP</b>	<b>Organizace KP</b>	<b>Jiné</b>
<b>IK 1</b>	X	X	X		X	X	
<b>IK 2</b>	X	X			X		DD/ŠD
<b>IK 3</b>	X	X	X		X		
<b>IK 4</b>	X	X	X	X		X	
<b>IK 5</b>	X	X			X		
<b>IK 6</b>	X	X	X	X		X	
<b>IK 7</b>	X	X	X		X	X	KZT
<b>IK 8</b>	X	X	X		X		

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky 12 vyplývá, že všechny informantky se cítí kompetentní k vytváření profilu na jednu stránku a kruhu vztahů se svými klienty. Dále se všechny informantky kromě IK 2 a IK 5 cítí kompetentní k využití nástroje MAPA. Jen IK 4 a IK 6 se cítí kompetentní k facilitování setkání kruhu podpory, nikoli k zapisování (grafickému znázornění), ke kterému se naopak cítí kompetentní zbytek informantek. Kruh podpory by byla schopná zorganizovat polovina informantek (IK 1, IK 4, IK 6, IK 7). IK 2 se cítí kompetentní také na nástroj přístupu zaměřeného na člověka s názvem *dobrý den / špatný den* a IK 7 na nástroj zvaný *komunikační záznamová tabulka*.

IK 8 uznává, že možností na vyzkoušení nástrojů měla dostatek, ale stejně si je nejistá: „... všechny nástroje jsme si vyzkoušeli na kurzech na sobě. Potom i s nějakou rodinou a následně jsme je se školitelkou konzultovali. Ale stejně bych potřebovala ještě více praxe si myslím.“

IK 4 odůvodňuje, proč je pro všechny profil na jednu stránku a kruh vztahů nejjednodušší a nejuchopitelnější: „Tak ten profil a kruh vztahů jsou asi nejjednodušší. Je to začátek všeho, je to základ, který jsme si vyzkoušely i na sobě, je to takový nejvíc uchopitelný a přináší to největší prostor k té kreativě...“

IK 6 zdůrazňuje důležitost týmové spolupráce: „... ve spolupráci s ostatními se cítím rozhodně jistější a tím pádem i kompetentnější...“

IK 3 sděluje, že i když s tím teprve všechny informantky začínají pracovat, tak je důležité vystupovat sebevědomě: „Dá se říct, že jsme na začátku učení. I když zase pracujeme s tou rodinou, tak nemůžeme vystupovat jako nějakí začátečníci, musíme k tomu přistupovat, že s tím pracovat umíme a myslím si, že fakt nám to jde, že tím, jak jsme si to zkoušely při těch kurzech, tak nám to jde...“

IK 1 připomíná důležitost týmové výměny zkušeností: „... důležité je se potom vzájemně setkávat a ty zkušenosti si vyměňovat. Tam si myslím, že tou zkušeností si pak budeme moci říct, že už to umíme. Ta výměna zkušeností je důležitá, protože je to pro nás všechny zpětná vazba a taková intervize.“

IK 4 zdůrazňuje individuální přístup ke každému, individuální zvolení metody nebo nástroje a spatřuje veliký potenciál ve facilitaci: „... určitě je důležité si neustále sdělovat ty informace. Pro každého z nás je příjemnější jiný nástroj nebo jiná metoda. To samé je i o přemýšlení, co s tou kterou rodinou je vhodné využít. Takže se zase vracím k tomu, že nejde paušalizovat. Byť jsou to individuální nástroje, které pracují s individualitou rodiny a uživatele, tak je to pořád o tom, že musím přemýšlet, jestli teď zrovna je to dobrý nebo ne, a teď je dobrý to použít, je tam spousta proměnných, které v tom hrají roli. Je to jako se všemi vzdělávacími koncepty, metodami – pořád o tom musí člověk přemýšlet a vzít si z toho to, co je pro ten konkrétní případ důležité, zásadní a nebrat to jako přes kopírák. A další, co vidím jako obrovský potenciál, s kterým bychom mohly pracovat, tak jsou určitě facilitace. Jednak, jak vést ty setkání slovně, dělat facilitátora včetně grafický facilitace. To je prostor, tím že jsme v tom byly proškoleni, který se dá využít nejen v raný péči nebo v našich službách, ale i v celé organizaci, nebo při různých příležitostech, který se ještě naskytnou, jako jsou například porady, výjezdy vedoucích, teambuildingy...“

#### Negativní zpětná vazba na některý z nástrojů PZČ

S negativní zpětnou vazbou na žádný z nástrojů přístupu zaměřeného na člověka se zatím žádná z informantek nesetkala. IK 3 uvádí: „... jde spíše o ostych ze stany rodičů před vytvořením toho nástroje, ale po jeho dokončení jsem zatím zažila vždy jen příjemné reakce“

### Pozitivní zpětná vazba na některý z nástrojů PZČ

Všechny informantky uvedly pozitivní zpětnou vazbu, a to nejen od rodičů, ale i od některých odborníků s nimiž spolupracují. Většinou informantky uváděly pozitivní zpětnou vazbu na všechny používané nástroje. Bezprostředně po ukončení konzultace, na které využily některý z nástrojů, si rodiče tento nástroj chválili. Pouze dvě informantky (IK 2 a IK 5) uvedly, že na konci konzultace rodič nereagoval, neměly od něj žádnou zpětnou vazbu. Na následující konzultaci zmiňoval vytvořený nástroj a chválil si ho. Rodiče si dle informantek nejvíce chválí: tvořivost, kreativnost a výtvarnost nástrojů, nový pohled na jejich vlastní dítě, nový nadhled na jejich životní situaci a fakt, že je to něco úplně jiného, nového, co mohou s dítětem dělat. Čtyři informantky zmiňovaly i pozitivní zpětnou vazbu na profil na jednu stránku od učitelek z mateřské školy. IK 8 sděluje: „... například od kolegyně z MŠ, kde jim pomohl profil na 1 stránku u chlapce, který byl v rané péči a nastupoval do školky. Učitelky i asistentky v MŠ měly přehled o tom, co chlapec potřebuje, co má a nemá rád apod. a prý z profilu především ze začátku hodně čerpaly“

### Jakým rodinám nabízí informantky kruh podpory nejčastěji

Informantky se shodly, že kruh podpory nenabízí úplně všem rodinám, které mají v rané péči. Výběr rodiny je velice individuální, záleží na aktuální situaci rodiny. Nabízí ho po předchozí konzultaci v týmu rané péče. Setkání kruhu podpory plánují vždy po konzultaci s rodinou a týmem rané péče.

### Kolik setkání kruhu podpory informantky již absolvovaly

Tabulka 13. Kolik setkání kruhu podpory informantky již absolvovaly

<b>IK 1</b>	<b>IK 2</b>	<b>IK 3</b>	<b>IK 4</b>	<b>IK 5</b>	<b>IK 6</b>	<b>IK 7</b>	<b>IK 8</b>
4	2	4	6	3	5	4	4

Zdroj: vlastní výzkum

V této tabulce jsou uvedeny počty setkání kruhu podpory, které informantky absolvovaly ať už v roli facilitátora, zapisovatele nebo účastníka setkání (v roli klíčového pracovníka

rané péče dítěte). Informantky uváděly, že se jednalo o rodiny dětí z rané péče, tzn. rodiny s dětmi se zdravotním nebo kombinovaným postižením ve věku 0-7 let. Setkání se účastnilo 7-13 osob. Na každém setkání byl přítomen facilitátor, zapisovatel, klíčová sociální pracovníce z rané péče, minimálně jeden rodič a jeden prarodič. Dále se na setkáních kruhu podpory objevovali i učitelky z MŠ, logopedky, ergoterapeutky, fyzioterapeuti, sourozenci, prarodiče, tety a přátelé rodičů. Jen čtyři děti, okolo kterých byl sestaven kruh podpory, se setkání účastnily. Pro zbytek dětí bylo vždy zajištěno hlídání a na setkání kruhu podpory nebyly z důvodu příliš nízkého věku nebo mentální vyzrálosti. Dle sdělení informantek bylo dítě před zahájením kruhu podpory s ostatními účastníky v místnosti nebo bylo přítomno i na první část, ve které se hovoří o jeho historii, životním příběhu a o tom, co mají ostatní na dítěti rádi a v čem je dobré. Za prvé to bylo povzbudivé pro dítě a za druhé bylo dítě součástí setkání a lépe se o něm účastníkům povídalo. Pro malé děti bylo zajištěné hlídání, aby se maminky nemusely starat o dítě a mohly být plně přítomné na setkání. Výstupem každého setkání kruhu podpory je tzv. akční plán, který obsahuje činnosti, na kterých se účastníci shodli a které budou plnit. Informantky na každé setkání kruhu podpory připravily drobné občerstvení a snažily se vytvořit příjemnou rodinnou atmosféru. Čtyři informantky (IK 1, IK 3, IK 4 a IK 7) měly možnost zúčastnit se setkání kruhu podpory u dospělých klientů v denním stacionáři.

#### Negativní zpětná vazba na kruh podpory

Tabulka 14. Negativní zpětná vazba na kruh podpory

	<b>Žádná</b>	<b>Nezapojení partnera</b>	<b>Koordinačně náročné</b>	<b>Časově náročné</b>
<b>IK 1</b>		X		
<b>IK 2</b>	X			
<b>IK 3</b>	X			
<b>IK 4</b>			X	X
<b>IK 5</b>		X	X	X
<b>IK 6</b>	X			
<b>IK 7</b>	X			
<b>IK 8</b>	X			

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda se informantky setkaly s negativní zpětnou vazbou odpovídaly většinou negativně (IK 2, IK 3, IK 6, IK 7, IK 8). IK 1 a IK 5 se setkaly s negativní zpětnou vazbou od rodiče, jehož partner se nezapojuje do výchovy dítěte ani do spolupráce s ranou péčí. IK 1 měla zkušenost s rodičem, který si stěžoval na svého partnera, že na setkání kruhu podpory nedorazil. IK 5 uváděla negativní zkušenost rodiče, jehož partner na setkání přišel, ale setkání znevažoval a úkoly z akčního plánu následně neplnil. IK 4 a IK 5 se shodly na negativní zpětné vazbě poradkyň rané péče, které organizovaly kruh podpory z důvodu časové a koordinační náročnosti (vysvětlit všem účastníkům průběh kruhu podpory, udělat předtím alespoň jeden z nástrojů přístupu zaměřeného na člověka, připravit všechny účastníky na kruh podpory, najít společný termín rodinných příslušníků a odborníků i samotné setkání kruhu podpory, které může trvat i tři hodiny).

IK 5 komentuje složitost zapojení nefungujících partnerů i časovou náročnost kruhu podpory z důvodu rozhodování rodičů: „... s těmi partnery je to složité. Já také často nabízím kruh podpory právě v momentě, kdy vidím, že jeden partner nefunguje... Tím pádem se ale většinou ani kruhu podpory zúčastnit nechce... A navíc i ta časová náročnost, kolikrát ta rodina potřebuje i měsíc nebo dva na to, aby se vůbec rozhodla, jestli do toho půjdou.“

IK 3 a IK 2 sdělují, že se často setkávají s ostychem rodičů: „S negativní reakcí jsem se určitě nesetkala, ale je to takový ostych, nejistota... Nejistota rodičů, že jsou do neznáma.“

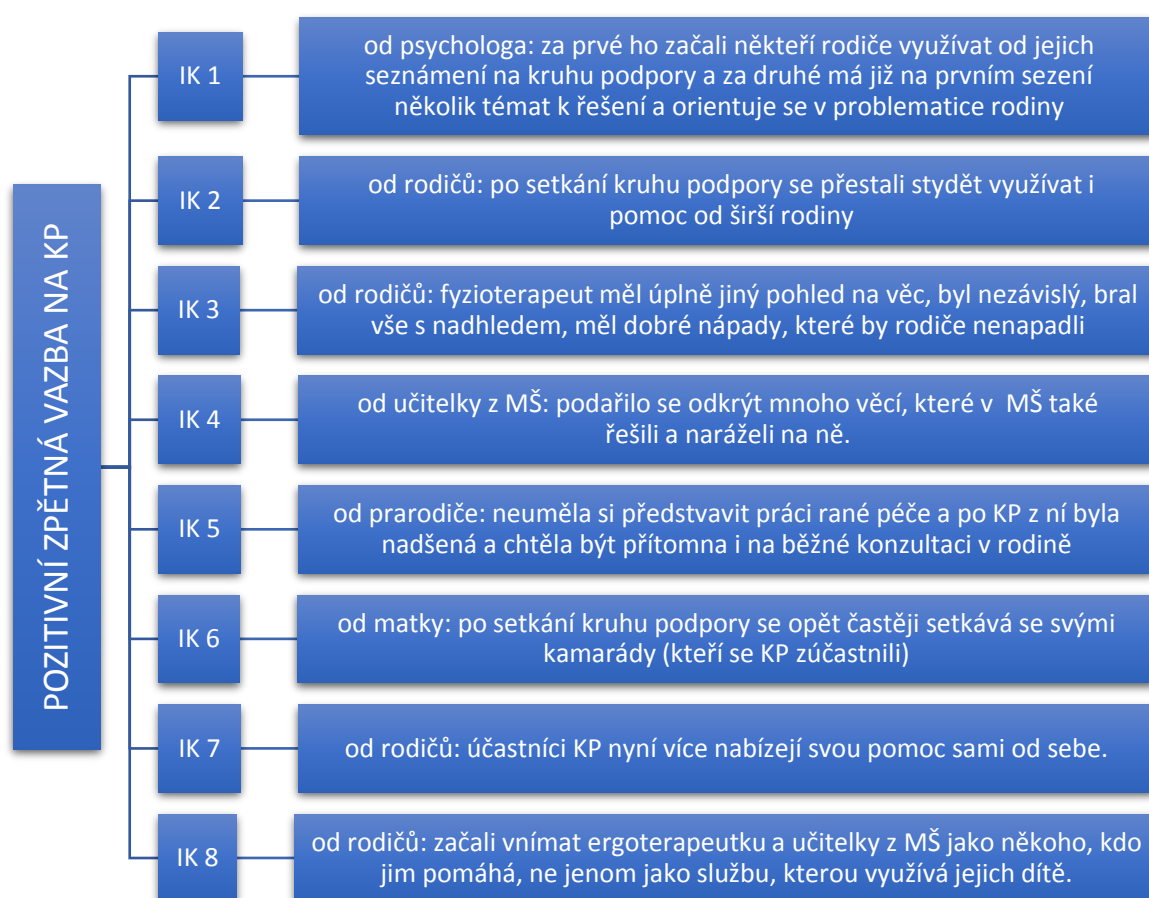
IK 4 upozorňuje na to, že je třeba podat to rodičům tak, aby se nebáli zúčastnit kruhu podpory: „Samozřejmě nemusí to každému vyhovovat, to je jasná věc, ale nicméně z mého pohledu my to musíme říkat ne tak jako opatrně: nechtěli byste náhodou..., ono možná by... Ale říct: my tady máme tenhle nástroj a ten takhle používáme, takhle to plánování děláme, my si myslíme, že teď by bylo dobrý použít tuto metodu... A určitě je to jejich nějaká obrana, protože pokud to odmítají, tak moc dobře ví, že tam ten problém je a nechtějí ty věci řešit, což je jasný. A jak říká IK 1 je důležité jim to pořádně vysvětlit, aby se toho nebáli. V podstatě ten samý čas, co se věnujeme tomu setkání kruhu podpory bychom měli věnovat i opravdu tomu sednout si s rodiči a říct jim, takhle to bude, tihle tam budou, vy se neobávejte, bude to takhle a takhle...“

IK 1 dodává, že je důležité nabídnout kruh podpory nebo jakýkoli nástroj rodičům klidně i opakovaně: „... nenechat se odradit tím, že rodič nebo člen rodiny opravdu se k té

*spolupráci staví odtažitě, protože se ta situace se může po pár setkáních změnit. To je ta zkušenost. Nejt od toho pryč jenom proto, že ten rodič řekne: ježiš na tohle já nemám čas, nebo tohle já nechci. Spíš je to o tom to dobře vykomunikovat a pak tomu nechat nějaký průběh, aby si to sami uvědomili, jestli je to pro ně přínos.“*

### Pozitivní zpětná vazba na kruh podpory

Obrázek 6. Pozitivní zpětná vazba od účastníků setkání kruhu podpory na kruh podpory



Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 20 je uvedené, s jakou pozitivní zpětnou vazbu se informantky setkaly od některých z účastníků setkání kruhu podpory.



### Opakované setkání kruhu podpory

Opakované setkání kruhu podpory ještě ani v jedné organizaci zatím neuspořádali. Informantky uváděly, že uběhla bohužel ještě příliš krátká doba na realizaci opakovaného setkání.

## 5. DISKUZE

Tato diplomová práce se věnuje problematice zavádění metody kruh podpory do rané péče a jejímu přínosu pro tuto službu. Jelikož jde o nový trend, který se začíná v ČR objevovat, není zde zcela zaběhnutý jeden obecný model, dle kterého mohou poskytovatelé rané péče postupovat. V této práci je uvedena metoda kruh podpory, kterou v ČR školí organizace Quip z.ú. V ČR je dle Registru poskytovatelů sociálních služeb (© 2020) 48 poskytovatelů rané péče. Metodu kruhu podpory nyní začínají praktikovat 4 poskytovatelé, přičemž dva ji nazývají kruh podpory a dva tým okolo dítěte (Středisko rané péče EDUCO Zlín, © 2019).

Hlavním cílem práce bylo zmapovat názory pracovníků ve vztahu k zavádění metody kruh podpory do rané péče. Současně byly koncipovány ještě tři dílčí cíle, kdy prvním bylo zhodnotit pozitiva a negativa při zavádění metody z pohledu pracovníků rané péče, druhým zmapovat očekávání pracovníků rané péče se zaváděním této metody, a třetím zmapovat přínos kruhu podpory pro pracovníky a uživatele rané péče. V souvislosti se stanovenými cíli byly definovány také tři výzkumné otázky, které na ně mají přinést odpovědi: *Jaká pozitiva a negativa spatřují pracovníci rané péče při zavádění kruhu podpory? Jaké očekávání měli pracovníci rané péče při zavádění této metody? Jaký přínos mělo zavedení kruhu podpory pro pracovníky rané péče?*

Pro získání dat důležitých pro naplnění jednotlivých cílů tohoto výzkumu byla využita kvalitativní výzkumná strategie. Výzkum byl založen na skupinovém rozhovoru s osmi sociálními pracovníky, pracujícími v rané péči. Díky zvolené technice Focus Group zafungovala skupinová dynamika a jednotlivé informantky byly díky tomu více vtažené do diskuze o zavádění kruhu podpory do rané péče.

Nyní přistoupím k diskuzi výsledků vztahujících se k cílům mého výzkumu.

Všechny informantky souhlasí se zaváděním kruhu podpory do sociálních služeb, obzvlášť do rané péče. Všechny informantky se shodly na tom, že zavedení kruhu podpory do rané péče znamená obohacení dosavadního stylu práce, přínos pro pracovníky i pro klienty, zkvalitnění poskytované služby. Zavádění kruhu podpory přináší dle informantek pozitivní pohled pro rodiny na dítě s postižením, nový pohled pro pracovníky při práci s rodinou a poskytuje celkově nový a pozitivní pohled na poskytovanou sociální službu. Malík Holasová (2014) uvádí, že současnost spíše vypovídá o redukci rozvoje

sociální práce a sociálních služeb, i když na straně druhé tyto vnější nepříznivé podmínky podněcují vznik nových metod práce či forem organizací sociální práce. Autorka zmiňuje, že se mimo jiné přenášejí i metody práce z jiných oborů do běžné sociální práce. Kruh podpory byl původně také zamýšlen jako metoda do školského prostředí a nyní se využívá i v sociálních službách. Je logické, že pokud se kruh podpory využívá pro žáky s nějakým výchovným, zdravotním nebo vzdělávacím problémem, může se využít i u dětí raného věku, jejichž rodinná situace je obtížná nebo problémová.

Žádná z informantek nepředpokládá, že je zavádění kruhu podpory v ČR zcela nemožné. Informantky na tuto otázku neměly zcela vyhraněný ani jednotný názor. Většina informantek, si myslela, že je zavedení kruhu podpory do ČR možné, ale je to podmíněné změnou chování společnosti. Aby kruh podpory fungoval, je třeba dle informantek změnit přemýšlení a přístup organizací, klientů nebo i celé společnosti. Také Islam et al. (2019) píše o tom, že dokud nebude komunita připravena na podporu ohrožených rodin, nebude to nikdy předmětem komunitního plánu a nikdy nebudou tyto rodiny zapojeny do běžného života v komunitě. Souhlasím s informantkami i s autorem, že se musí změnit nejprve myšlení lidí ve společnosti, aby se tyto metody daly lépe využívat. Tomuto by napomohla dle mého názoru například větší osvěta v médiích nebo u praktických lékařů pro děti a dorost.

Největší překážky při zavádění kruhu podpory spatřovaly informantky v časových možnostech účastníků, odborníků i organizátorů. Dále v náročné organizaci kruhu podpory, protože kruhu podpory se účastnilo až dvanáct osob. Důvodem byla také neochota některých pozvaných osob podílet se na neformální podpoře. Některé informantky měly špatnou zkušenost s motivováním širší rodiny a jejich zapojení do kruhu podpory. V neposlední řadě spatřují informantky velké úskalí v zapojení odborníků do kruhu podpory. Z jejich zkušenosti vyplývá, že pokud odborník není součástí týmu pracovníků v jejich organizaci, ale je to někdo zvenčí (např. lékař), nechce se zpravidla těchto setkání zpravidla zúčastnit. Britská odborná společnost Royal College of Anaesthetists si nechala zpracovat průzkum, ze kterého vyplynulo, že lékaři se v pracovní době často nestíhají ani najíst a napít, trpí poruchami spánku, musí pracovat pod tlakem a jejich vztahy s rodinou i přáteli jsou narušené. Takto by to být samozřejmě nemělo. Dobiášová et al. (2015) ve svém výzkumu ukazuje, že pečující osoby očekávají od praktických lékařů kromě poskytování zdravotní péče i podporu v oblasti informování o možnostech pomoci v rámci systému zdravotní a sociální péče, o možných sociálních

dávkách a při obstarávání zdravotnických pomůcek. Současné nastavení systému primární péče v České republice spolu s nedostatkem praktických lékařů vede v praxi k nerovnoměrné kvalitě poskytovaných služeb a sociální péče zůstává v řadě případů nenaplněna (Dobiášová et al., 2015). Myslím si, že na jednu stranu je škoda, že se lékaři více neangažují ve věcech týkajících se životní situace jejich pacientů. Na stranu druhou mají lékaři právo odmítnout jako kdokoli jiný. Pokud jde o lékaře, který nemá čas ani na svůj osobní život, nikdo od něj nemůže očekávat, aby věnoval i svůj volný čas svým pacientům.

Na otázku, jaká spatřují pozitiva při zavádění kruhu podpory, měly informantky velké množství odpovědí. Na informantkách bylo vidět, že jsou nadšené z této nové metody a spatřují v ní velké množství výhod a možností. Mezi hlavní pozitiva při využívání kruhu podpory řadily využívání nových nástrojů plánování zaměřeného na člověka. Tyto nástroje pomáhají efektivně nalézt přímé a aktuální cíle rodiny, které vedou k vytvoření akčního plánu a posunu rodiny. Nadace Sirius (© 2020) popisuje, že běžný individuální plán vytvoří klíčový poradenský pracovník na základě závěrů ze vstupní konzultace a rozhovoru s rodiči na následující konzultaci. Rodiče mohou na první konzultaci zformulovat osobní cíle a přání, která pracovník zpracuje do individuálního plánu a dle nich vypracuje doporučení pro činnost a úpravy domácího prostředí (Nadace Sirius, © 2020). Toto je dle mé zkušenosti nevýhoda běžně vytvořeného individuálního plánu. Rodiče teprve zjišťují, co mohou poradkyni rané péče říct, neví, jak mají správně zformulovat cíle nebo je v tu chvíli ani žádné nenapadají. Oproti tomu výhoda kruhu podpory je v tom, že na vytvoření cílů se podílí všichni zúčastnění (odborníci z různých sfér i širší rodina) a setkání probíhá až po delší době spolupráce. Rodina a poradkyně rané péče se mají možnost více poznat.

Mezi další pozitiva řadily odstup rodičů od jejich problémů, více pozitivního myšlení, změnu práce s rodinou a navázání důvěrného a otevřeného vztahu pracovníka s rodinou. Jak píše Řezníček (2000), pro potřeby dobré spolupráce a získání motivace ke spolupráci je potřeba, aby sociální pracovník jednal s klientem s patřičnou úctou a respektem. Pracovník má prokázat autentický zájem o klienta a jeho problémy či situaci (Řezníček, 2000). Toto potvrzuje i Šándorová (2005) v teoretické části diplomové práce na str. 24, která mezi hlavní kompetence poradce rané péče řadí budování vztahu s klientem.

Jako další důležité pozitivum uváděly informantky setkání multidisciplinárního týmu i celé rodiny, vnímání situace rodiny z různých úhlů pohledů a uvědomění rodičů, že na jejich obtížnou situaci nejsou sami. Dle Šándorové a Faltové (2015) představuje dítě s postižením určitou zátěž, která postihuje nejen matku a dítě, ale také významně ovlivňuje rodinu, rodinný systém, širší prostředí, odbornou i laickou veřejnost. Tyto autorky také zdůrazňují, že k jeho rozvoji je zapotřebí komplexního přístupu. O komplexním přístupu hovoří i Kuzníková (2011) na str. 25 v teoretické části diplomové práce.

V neposlední řadě jako pozitivum uváděly rozvoj kreativity jak rodičů, tak také pracovníků a vývojový posun dítěte v mnohých oblastech díky dodržování stanoveného akčního plánu. Kodymová (2015) dodává, že základem dobré sociální služby je poskytnout ji klientovi co nejvíce individuálně, tedy s ohledem na jeho aktuální a konkrétní potřeby, k čemuž slouží individuální plánování. Sobek (2009) ale uvádí, že pokud cíle a jejich plnění budou to hlavní, na co se zaměříme, může klient přijít o mnoho užitečných věcí, které mu individuální plánování může nabídnout. Individuálního plánování není dle tohoto autora jen stanovení cílů a jejich následné plnění. Individuální plánování umožňuje lépe poznat člověka, se kterým pracujeme, poznat jeho potřeby, touhy a přání, pochopit, jak vypadá jeho svět, poznat, co tento člověk vnímá jako důležité, co potřebuje k tomu, aby byl spokojený. Jde tedy o prohloubení vztahu s tímto člověkem, o lepší pochopení a poznání jeho potřeb (Sobek, 2009). V případě rané péče a kruhu podpory jde především o poznání potřeb rodiny, jejich přáních, snech a jejich vzájemné interakce.

Největší výhodu kruhu podpory pro rodiny z rané péče spatřují informantky ve využívání neformální pomoci rodině již od raného věku dítěte. Dále v pozitivním povzbuzování celé rodiny již od začátku vzájemné spolupráce a možnost naučit rodiny pracovat s těmito metodami i při další spolupráci. Myslím si, že tato metoda mimo jiné podporuje soudržnost rodiny. Prarodiče i přátelé na setkání kruhu podpory více komunikují a uvědomují si důležitost sebe sama ve vztahu k dítěti a jeho rodině.

Pozornost není zaměřena jen na dítě, ale na celou rodinu. Rodiče zjistí, že na svou situaci nejsou sami a existují okolo nich lidé, kteří si jich váží a chtějí jim pomoci. Pešová a Šamalík (2006) uvádějí, že čím dříve si rodiče uvědomí možnosti svých dětí, tím dříve a lépe jim mohou pomoci v jejich optimálním rozvoji schopností a dovedností. Toto

potvrzuje i Strnadová (2009), která tvrdí, že čím dříve začnou rodiče aktivně připravovat budoucnost svého dítěte, tím lépe. Jedním z úkolů odborníků je dle této autorky poukázat na důležitost procesu plánování budoucnosti.

Matějček (2000) popisuje, že manželství rodičů dětí s jakýmkoliv postižením mají tendenci se dříve rozpadat. Na druhé straně však mnohdy vidíme jejich až obdivuhodnou soudržnost (Matějček, 2000). V každém případě takové manželství zaslouží dle tohoto autora zvláštní pozornost a uvědomělou ochranu. Dle mých zkušeností z praxe souhlasím s Matějčkem, že partnerské vztahy jejich nepříznivá sociální situace ovlivní, dynamika v rodině se změní a dochází buď k rozpadu rodiny nebo naopak k větší soudržnosti.

Dále zmiňovaly jako výhodu větší spolupráci multidisciplinárního týmu. Pracovníci rané péče mají více prostoru na práci s těmito nástroji a metodami. Na základě toho některé informantky uváděly i lepší spolupráci s dítětem s ostatními odborníky. Štěpánková (2012) zdůrazňuje, že v praxi by se měla posilovat povědomost mezi odborníky o jednotlivých typech péče, a to nejen v rámci jednoho resortu, ale právě v meziresortní oblasti a mělo by tak docházet k navazování různých forem spolupráce. Jak popisovali informantky, toto se příliš nedaří. Dle jejich vyjádření spolupráce odborníků v jedné organizaci funguje, ale spolupráce s odborníky z jiných zařízení je problematická (př. lékaři, učitelé ze soukromých škol apod.). Jak píše Štěpánková (2012), rodina s dítětem se zdravotním postižením přichází do kontaktu s mnoha odborníky z řad lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků, speciálních pedagogů, sociálních pracovníků, asistentů a dalších rodinných příslušníků, kteří se na péči plně podílejí. Proto je dle Štěpánkové (2012) důležité, aby všichni tito lidé byli ve vzájemné interakci, předávali si informace ohledně péče jednotným a uceleným způsobem. To potvrzuje i Jankovský (2014), který uvádí, že mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu je nezbytná dobře fungující, všestranná komunikace. Štěpánková (2012) ale píše, že i v dnešní době se může stát, že se setkáme s klienty, jejichž péče není nebo dosud nebyla komplexně pojata. Mnohdy se jedná o děti v péči praktického lékaře, popř. neurologa a jejich rodiče nejsou včas informováni o možnostech rehabilitace, o možnosti příspěvku na péči, o službách poskytovaných v jejich okolí ani o školních a mimoškolních zařízeních, které by mohlo jejich dítě navštěvovat (Štěpánková, 2012). Autorka uvádí, že právě komplexní pojetí péče, způsob komunikace a dostatek informací o dítěti se zdravotním postižením (nejen mezi specialisty, ale i mezi rodiči a specialisty) je nejefektivnějším nástrojem a často

klíčovým faktorem v dalším vývoji určujícím budoucí kvalitu jeho života. A právě o toto by se měli poradkyně rané péče zasazovat.

Tímto jsem prodiskutovala první cíl mé diplomové práce, ve kterém jsem měla zhodnotit pozitiva a negativa při zavádění metody z pohledu pracovníků rané péče.

I v další části výzkumu, kde je rozebírán přínos kruhu podpory se informantky nejvíce shodly na tom, že kruh podpory zlepšuje týmovou spolupráci a zvyšuje provázanost multidisciplinárního týmu. Štěpánková (2012) popisuje, že spolupráce multidisciplinárního týmu se zdá jako neefektivnější způsob péče o dítě se zdravotním postižením. To potvrzuje také Šándorová (2005) v teoretické části diplomové práce na straně 25. Jankovský (2014) popisuje, že má-li být kruhová podpora efektivní, resp. má-li mít smysl, pak se musí stát významnými členy tohoto multidisciplinárního týmu také rodiče (zákonní zástupci) dětí se zdravotním postižením. Dítě zaujímá pozici na vrcholu pomyslného jehlanu, jehož kruhovou základnu tvoří odborníci a rodiče (Jankovský, 2014).

Je však důležité nezapomínat na péči a podporu věnovanou nejen samotnému dítěti, ale také jeho rodičům a dalším pečujícím osobám (Štěpánková, 2012). Autorka jako důvod uváděla to, že se v mnohých případech stává právě rodič či jiný pečující (pěstoun, prarodič apod.) osobou, která vyhledává, plánuje, koordinuje a také zajišťuje péči o dítě se zdravotním postižením. V těchto případech pomáhá raná péče rodičům především v tom, že tuto zodpovědnost částečně přebírají poradkyně rané péče, jsou rodičům oporou a pomáhají jim se zorientovat. Poradkyně rané péče nabízí rodičům různá doporučení, pomáhá rodičům koordinovat služby a péči o dítě. Na rodičích je, zda se jimi budou řídit nebo si zvolí vlastní cestu. Myslím si, že rodič by v každém případě měl být odpovědný za další vývoj dítěte. Poradkyně pomáhá rodičům také koordinovat služby a informuje je o jejich právech. V zákoně č. 108/2006 Sb. v § 54 jsou uvedeny základní činnosti rané péče z nichž jedna je pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Všechny informantky se shodly na tom, že kruh podpory se dá využívat i v jiných sociálních službách, jde jen o to, jaký k tomu budou mít přístup pracovníci a vedení sociálních služeb.

V rané péči se pracuje s rodinami, které ještě nemají takové předsudky, nejsou ničím ani nikým ovlivněni, takže jsou otevřenější novým metodám. Největší přínos pro ranou péči spatřují informantky v přizpůsobivosti rodiny, které se narodilo dítě s nějakým postižením nebo opožděním, k novým metodám. Dle jejich tvrzení tato rodina není ještě tolik vyčerpaná, netrpí syndromem vyhoření apod.

Přínosem kruhu podpory je dle informantek zapojení neformální podpory rodiny. Rodina v začátcích má ještě soustu přátel, nemá zprerhané vazby s širší rodinou a všichni tito lidé jsou ochotni jim pomáhat. Toto potvrzuje i Michalík a Valenta (2008), kteří uvádí, že osamělost pečujícího rodiče je dána celodenní nutností péče a neodkladností této péče. Dle těchto autorů s sebou nese nutnost přerušování dřívějších kontaktů s přáteli, opuštění zaměstnání, koníčků. Pečující jsou často měsíce bez kontaktu s ostatním prostředím „tam venku“, mnohdy opomíjeni i širší rodinou (Michalík a Valenta, 2008). Autoři uvádějí, že jsou sociálně, společensky izolováni, nedostatečně oceněni společností a někdy i nejbližším okolím a jsou osamělí i v konkrétní péči. Toto potvrzuje Michalík (2012) i v jiné publikaci, kde uvádí, že v rodině, které se narodí dítě s postižením se určitým způsobem změní životní styl, protože rodina se musí přizpůsobit možnostem a potřebám dítěte. Což dle tohoto autora ve většině případů vyžaduje, aby jeden z partnerů (nejčastěji žena), pokud péče pokračuje jako dlouhodobá, odešla ze zaměstnání a mohla se tak plně věnovat péči o dítě. To pro rodinu může znamenat finanční ztrátu, pro pečující osobu vyloučení z pracovního poměru a tím pádem i ke změně vnímání vlastní osobnosti (Michalík, 2012). Informantky popisovali, že je důležité tento režim neformální pomoci zavést již v raném věku dítěte. Na tomto základu se dá stavět i v budoucnu. Když to porovnám s vlastními zkušenostmi, nejde nic jiného než souhlasit. Často se setkávám s matkami, které jsou izolované od zbytku společnosti, většinu času tráví s dítětem doma nebo v ústraní, ze zaměstnání musely kvůli náročné péči o dítě odejít a většinou mají bohužel už i zprerhané vazby s přáteli a rodinou. K této situaci mě napadá, že by pečujícím matkám mohla částečně pomoci sociální služba osobní asistence nebo odlehčovací služba. Matky by věděly, že je o dítě dobře postaráno a měly by čas také samy pro sebe. Bohužel z mých zkušeností vyplývá, že některé matky vnímají péči o své dítě s postižením jako své životní poslání, nechtějí své dítě svěřit nikomu jinému.

Koncept kruhu podpory pomáhá v rané péči dle informantek v orientování rodiny na pozitivní myšlení. Pokud se rodina naučí přemýšlet pozitivně o svém dítěti již v raném dětství, je větší pravděpodobnost, že o něm takto bude smýšlet celý život.



Kruh podpory pomohl informantkám v jejich práci v rané péči především při usnadnění nástupu dítěte do mateřské školy díky vytvoření profilu na jednu stránku dítěte. Z profilu na jednu stránku se učitelky z MŠ dozvěděly, jakou má dítě povahu, co má rádo, co je pro něj důležité a jakou potřebuje podporu. Informantky považují nástup dítěte do MŠ za velice důležitý. S tímto koresponduje i tvrzení Michalíka (2012), který píše, že zdravotně postiženým dětem velice prospívá kontakt s jinými dětmi, kterého se jim v mateřské škole dostává.

Největší výhodu kruhu podpory oproti jiným metodám uváděly především to, že jde o ucelený a promyšlený koncept, který je zaměřený na jednotlivce i na jeho rodinu a který směřuje k jasnému, konkrétnímu cíli. Také oceňovaly, že na setkáních kruhu podpory je příjemná a otevřená atmosféra. Dle Venglářové a Mahrové (2006) by sociální pracovník a klienti měli mít rovnocenné postavení v komunikaci. Základem takové komunikace je dle těchto autorek navodit uvolňující atmosféru, ve které lze otevřeně hovořit o náročných životních situacích a dát možnost k projevení pocitů. Jak vyplývá z výzkumu, informantky se vždy snažily o co nejpříjemnější a nejotevřenější atmosféru. Na setkání byla stanovena pravidla, která vedla ke vzájemnému respektování a neupínání svých myšlenek k minulosti. Facilitátor nechával dostatek prostoru na vyjádření všech přítomných. Účastníci byli motivováni k vzájemné podpoře a každý návrh byl přínosný.

Po proškolení všech kurzů kruhu podpory se všechny informantky cítí kompetentní k vytváření profilu na jednu stránku a kruhu vztahů se svými klienty. Dále se šest z osmi informantek cítí kompetentní k vytváření nástroje MAPA. Zorganizovat kruh podpory zvládne polovina informantek. Jedna informantka se cítí kompetentní také k používání nástroje přístupu zaměřeného na člověka s názvem *dobrý den / špatný den* a jedna na nástroj zvaný *komunikační záznamová tabulka*. Jen dvě informantky se cítí kompetentní k facilitování setkání kruhu podpory, nikoli však k zapisování (grafickému znázornění), ke kterému se cítí kompetentní všechny ostatní informantky. Cipro (© 2020) také hovoří o složitosti role facilitátora. Dle tohoto autora je role facilitátora obtížná především v tom, že facilitátor musí sledovat pravidla diskuse, hlídat čas, případně zapisovat navrhovaná řešení, shrnovat již dohodnuté, aktivizovat mlčící účastníky, korigovat agresivnější účastníky, strukturovat výstupy apod. Pokud facilitátor nezapisuje, musí mít dle Cipra (© 2020) u sebe kompetentního zapisovatele, který dobře rozumí projednávanému případu.

Informantky pozitivně hodnotily práci obou facilitátorek - odváděly dobrou práci, byly nestranné a hlídaly vše potřebné. Výhodou zapisovatelek je znalost rodiny, mohou se na setkání předem připravit.

S negativní zpětnou vazbou na žádný z nástrojů přístupu zaměřeného na člověka se zatím žádná z informantek nesetkala. Spíše uváděly ostych ze stany rodičů před praktickým využitím daného nástroje. Obava z neznámého je přirozená lidská vlastnost, se kterou se každý potýká a dle mého názoru na ní není nic špatného.

Všechny informantky uvedly, že se setkaly s pozitivní zpětnou vazbou od rodičů, ale i od některých odborníků. Většinou informantky uváděly pozitivní zpětnou vazbu na všechny používané nástroje. Bezprostředně po ukončení konzultace, na které využily některý z nástrojů, si rodiče tento nástroj chválili. Rodiče si dle informantek nejvíce chválí: tvořivost, kreativnost a výtvarnost nástrojů, nový pohled na jejich vlastní dítě, nový nadhled na jejich životní situaci a fakt, že je to něco úplně jiného, nového, co mohou s dítětem dělat. Navrátilová a Navrátil (2016) zmiňují reflexi myšlení, díky které by sociální pracovníci měli být schopni kreativně využívat svého myšlení ve prospěch klienta. Klíčová je dle těchto autorů ochota přinášet do procesu otevřenost a schopnost integrovat rozmanitost lidské zkušenosti jako zdroj kreativity a inovativních postupů.

Čtyři informantky uváděly pozitivní zpětnou vazbu při využití profilu na jednu stránku v mateřské škole. Brandes (2007) popisuje přechod mezi službami rané péče a programy raného dětství pro mládež se zvláštními potřebami. Jak uvádí Brandes (2007), aby byly tyto přechody úspěšné, vyžadují plánování, trvalou komunikaci mezi všemi stranami, časovou osu, kontrolní seznam a postupné kroky od počátku do ukončení procesu přechodu. Vznikají zde setkání podobně jako u kruhu podpory, ze kterých vzniká něco jako akční plán (Brandes, 2007). To je ukázkový případ. Kruh podpory se nemusí dělat jen při nástupu do mateřské školy, ale i při jakékoli nové nebo nezvyklé situaci v rodině nebo v životě dítěte.

Informantky se shodly, že kruh podpory nenabízí úplně všem rodinám, které mají v rané péči. Je to velice individuální, záleží na situaci rodiny a na domluvě s rodinou. Nabízí ho poradce rané péče po předchozí konzultaci v týmu a zhodnocení situace rodiny. Myslím si, že to je adekvátní, protože dobře fungující rodina s velkým okruhem lidí ve svém okolí, která si dokáže spoustu věcí vyřídit nebo vyřešit sama, kruh podpory nepotřebuje.

V tomto případě by bylo vhodné využít nějaký z nástrojů přístupu zaměřeného na člověka, který jim ukáže, jak vnímat své dítě jinak.

Každá informantka absolvovala minimálně dvě setkání kruhu podpory ať už v roli facilitátora, zapisovatele nebo účastníka setkání (v roli klíčového pracovníka rané péče dítěte). Informantky uváděly, že se jednalo o rodiny dětí z rané péče, tzn. rodiny s dětmi se zdravotním nebo kombinovaným postižením ve věku 0-7 let. Setkání se účastnilo 7-13 osob. Na každém setkání byl přítomen facilitátor, zapisovatel, klíčová sociální pracovníce z rané péče, minimálně jeden rodič a jeden prarodič. Dále se na setkáních kruhu podpory objevovali i učitelky z MŠ, logopedky, ergoterapeutky, fyzioterapeuti, sourozenci, prarodiče, tety a přátelé rodičů. Jen čtyři děti, okolo kterých byl sestaven kruh podpory, se setkání účastnili. Pro zbytek dětí bylo vždy zajištěno hlídání a kruhu podpory se neúčastnily z důvodu příliš nízkého věku nebo mentální vyzrálosti. Dle sdělení informantek bylo dítě před zahájením kruhu podpory s ostatními účastníky v místnosti nebo bylo přítomno i na první část, ve které se hovoří o jeho historii, životním příběhu a o tom, co mají ostatní na dítěti rádi a v čem je dobré. Za prvé to bylo povzbudivé pro dítě a za druhé bylo dítě součástí setkání a lépe se o něm účastníkům povídalo. Pro malé děti bylo zajištěné hlídání, aby se maminky nemusely starat o dítě a mohly být plně přítomné na setkání. Dle mého názoru je to ideální řešení pro děti v raném věku nebo děti s mentálním postižením.

Výstupem z každého setkání kruhu podpory byl akční plán, kteří účastníci zatím zodpovědně plní. Informantky na každé setkání kruhu podpory připravily drobné občerstvení a snažily se vytvořit příjemnou rodinnou atmosféru. Čtyři informantky se zúčastnily i setkání kruhu podpory u dospělých klientů v denním stacionáři a měly možnost získat tak další cenné zkušenosti. IK 3 na straně 58 uvádí rozdíl mezi setkáním kruhu podpory u rané péči a denním stacionáři. V denním stacionáři existuje zpravidla funkční skupina lidí okolo dospělých klientů, která je zvyklá s klientem a rodinou pracovat.

Na otázku, zda se informantky setkaly s negativní zpětnou vazbou odpovídaly převážně negativně. S negativní zpětnou vazbou se setkaly jen dvě informantky. Pokaždé to bylo od rodiče, jehož partner se nezapojuje do výchovy dítěte ani do spolupráce s ranou péčí. Jeden rodič si stěžoval, že druhý partner nakonec vůbec na setkání kruhu podpory nedorazil. Jiný rodič uváděl negativní zkušenost se svým partnerem, který se setkání

účastnil. Rodič uváděl, že setkání znevažoval a úkoly z akčního plánu potom neplnil. Plevová (2007) popisuje, že otcové i matky pomáhají dítěti lépe chápat okolní svět, ochraňují ho a zajišťují i jeho biologické potřeby. Z mnoha výzkumů je zřejmé, že právě rodina a domov je tím nejvýznamnějším faktorem, který určuje, jak šťastné a vyrovnané dítě je (Plevová, 2007). Především pro děti s mentálním postižením vytváří rodina velmi významné zázemí, uvádí Strnadová (2008). Autorka považuje za důležité, aby v rodině byli aktivní oba rodiče, otec i matka. V opačném případě nebude rodina opravdu funkční a pro dítě přínosná. Rodiny, ve kterých se otec více angažuje v přímé péči o dítě, jsou spokojenější a rodiče patří ke šťastným párům (Strnadová, 2008). Ze zkušeností se na běžné konzultaci v rodině poradkyně rané péče setkává nejčastěji jen s matkou a dítětem. Považuji za důležité, aby se poradkyně rané péče častěji setkávaly i s otci a zdůrazňovaly jim jejich důležitost při podílení se na výchově jejich dětí.

Všechny informantky se setkaly s pozitivní zpětnou vazbou od některého z účastníků setkání kruhu podpory. Každá z nich uvedla jeden příklad pozitivní zpětné vazby. Jednalo se o zpětné vazby ze strany rodičů, prarodičů, psychologa a učitelky z mateřské školy. Psycholog pozitivně hodnotil příležitost navázat bližší kontakt s rodinou a možnost lépe se orientovat v situaci rodiny. Díky kruhům podpory navázal s některými rodinami dlouhodobější spolupráci. Dle Koutného (© 2020) existuje o psychoterapii obecně rozšířené povědomí, které je spíše stigmatizující. Je totiž snazší říct, že lidé chodí každý týden plavat a dělají tak něco pro své tělo, než že chodí každý týden ke svému terapeutovi a dělají tak něco pro svou mysl. Autora samotného překvapuje, jak často se lidé cítí hloupě za to, že psychoterapii využívají, jak se stydí nebo je to pro ně známkou osobního selhání. Myslím si, že především pečující o dítě s postižením by měli psychologické služby využívat pravidelně už jen z preventivních důvodů a neměli by se za to stydět. Z šetření vyplynulo, že kruh podpory může podpořit rodiče v rozhodnutí využít služby psychologa. Setkání s psychologem na kruhu podpory bylo pro rodiče pozitivní, další využívání jeho služeb pro ně byla přirozená volba a nebyla to pro ně traumatizující záležitost.

Tímto jsem zmapovala přínos kruhu podpory pro pracovníky a uživatele rané péče a rozebrala tak další cíl této práce.

Očekávání informantek byla naplněna obavami ze změny dosavadní práce, neochoty rodičů spolupracovat, neochoty ostatních členů rodiny a odborníků se na zavádění nových

metod podílet. Obavu měly také z důvodu nároků nové metody na pracovníka a vnitřní nejistoty, obavy z negativní reakce rodičů. Podle mého názoru má každý pracovník, který začíná pracovat s novou metodou, cítit jisté obavy. Myslím si, že je určitý respekt na místě. Na druhou stranu by měli být pracovníci dostatečně proškoleni, aby se k této metodě cítili také dostatečně kompetentní. Důležité je aktivně využívat nové metody v praxi a získávat další zkušenosti. Kvalita služby stoupá se zkušenostmi pracovníků.

Většina informantek neabsolvovala žádná školením v přístupu zaměřeném na člověka ani nepoužívala žádný z nástrojů plánování zaměřeného na člověka. Informantky měly jen nepatrné zkušenosti. Některé základy a principy této metody neoficiálně při své práci přirozeně využívaly. Gabura a Pružinská (1995) ve své publikaci popisují vznik názvu pojmenování „přístup zaměřený na člověka“. Tento přístup odráží momenty, kdy si lidé snaží navzájem pomoci k lepšímu fungování, psychologické zralosti a zvýšení svého potenciálu (Gabura a Pružinská, 1995). Sociální práce také usiluje o zvýšení lidského potenciálu a o co největší samostatnost klientů. Z toho plyne, že by přístup zaměřený na člověka měli znát všichni sociální pracovníci.

Na otázku, jaké očekávaly informantky změny v rámci jejich organizace, odpovídaly nejčastěji: větší spolupráci multidisciplinárního týmu a rodiny. Byla tím myšlena nejen spolupráce mezi odborníky a rodinou, ale i odborníků mezi sebou. Různí odborníci v týmu umožňují nahlížet na problém z různých úhlů a nalézt řešení i ve složitých situacích klienta (Kodymová, 2015). Jankovský (2015) potvrzuje, že dobrý multidisciplinární tým je schopen kvalitní a efektivní mezioborové spolupráce.

Informantky se shodly na čtyřech hlavních opatření, které musely realizovat, než začaly využívat kruh podpory: proškolit pracovníky, vytvořit metodické kroky, obstarat prostor na realizaci setkání kruhu podpory a zajistit kreativně-výtvarné pomůcky. Finančně nejnáročnější je proškolení pracovníků. Pro pracovníky je nejsložitější vytvoření metodických kroků nebo alespoň postupů, v kterých případech a u kterých rodin kruh podpory využít.

Všechny informantky se shodly, že kruh podpory chtěly zavést ve svých organizacích do rané péče již v minulosti. Důvodem, proč se tak nestalo, byla vysoká finanční i časová náročnost související s proškolením pracovníků. S přístupem zaměřeným na člověka a kruhem podpory je spojeno i několik dalších kurzů, které je třeba absolvovat. Optimální varianta je uspořádat v jedné organizaci všechny kurzy tzv. na klíč, jak popisuje IK 4 na

str. 74, což je pro organizaci finančně výhodnější než poslat jednotlivé pracovníky na jednotlivé kurzy.

Na základě vzájemné spolupráce dvou zařízení poskytující ranou péči vznikl nápad napsat projektovou žádost, která obsahovala mimo jiné i vzdělávání pracovníků a zavádění nových metod práce s rodinou. Informantky to pokládaly za výbornou příležitost a byly rády součástí tohoto projektu. Svozilová (2016) definuje projekt jako časově, nákladově a zdrojově omezený proces koordinovaných činností realizovaný za účelem vytvoření definovaných výstupů co do kvality, standardů a požadavků. Myslím si, že díky projektům a grantům jsou v dnešní době sociální služby na vyšší úrovni a mohou nabízet kvalitnější služby svým klientům.

Všem informantkám, kromě jedné, se změnilo očekávání po proškolení všech kurzů. Informantky zmínily, že prošly následujícími kurzy: přístup zaměřený na člověka + plánování zaměřené na člověka, MAPA – tvoření akčních plánů, základy facilitace, grafická facilitace, kruh podpory. Informantky se na kurzech seznámily se všemi metodami a nástroji. Pracovnice se na kurzech seznámily s teorií a věděly, co se od nich bude v praxi očekávat. Většina informantek ocenila využívání nástrojů přístupu zaměřeného na člověka. Pozitivně hodnotily možnost individuálně využít jakýkoli nástroj, popř. jich použít hned několik dle aktuální situace rodiny. Na základě vyhodnocení aktuální situace rodiny mohly informantky využít vhodný nástroj. Jak říká Gulová (2011), sociální práce bez osobního nasazení sociálních pracovníků, ale hlavně bez řádné teoretické přípravy, je v dnešní době nemyslitelná. Sociální pracovníci musí reagovat na vývoj dnešní společnosti, neboť tento vývoj jejich klienti bez pomoci nejsou schopni zvládnout (Gulová, 2011). Dle této autorky je jednou z cest celoživotní vzdělávání sociálních pracovníků, které zahrnuje nejčastěji vzdělávání formou seminářů, kurzů či samostatných přednášek.

Dvě informantky po proškoleních začaly pohlížet jinak na poradenskou činnost a přistupují trochu jinak ke své práci. Využívají při ní více z přístupu zaměřeného na člověka. Coulshed a Orme (1998) popisují, že poradenství Carla Rogerse (autor přístupu orientovaného na člověka) vychází z těchto základních principů: přijetí klienta, aktivní naslouchání, společná práce na porozumění a rozhodnutích, co učinit dál.

Z výše uvedeného je patrné, že jsem zmapovala očekávání pracovníků rané péče se zaváděním této metody a prodiskutovala tím i poslední cíl mé diplomové práce.

Z diskuse jsou patrná převládající pozitiva kruhu podpory. I přes to, že zavedení kruhu podpory skýtá pár negativ, pozitiva je určitě převyšují. I přes počáteční obavy informantky velmi pozitivně hodnotí zavedení metody kruh podpory v rané péči především pro jejich práci s rodinou a dítětem.

## 6. ZÁVĚR

Téma mé diplomové práce, zavádění metody kruh podpory do rané péče, je dle mého názoru velice aktuální a je ku prospěchu, aby o této metodě vědělo co nejvíce odborné veřejnosti.

Cílem této diplomové práce bylo zmapování názorů pracovníků ve vztahu k zavádění metody kruh podpory do rané péče. V souvislosti s dílčími cíli byly definovány tyto tři výzkumné otázky: Jaká pozitiva a negativa spatřují pracovníci rané péče při zavádění kruhu podpory? Jaké očekávání měli pracovníci rané péče při zavádění této metody? Jaký přínos mělo zavedení kruhu podpory pro pracovníky rané péče?

V diplomové práci byla využita kvalitativní výzkumná strategie. Výzkum byl založen na skupinovém rozhovoru s osmi sociálními pracovníci, pracujícími v rané péči. Díky zvolené technice Focus Group zafungovala skupinová dynamika.

Pro snazší orientaci jsem výsledky výzkumu rozdělila dle výzkumných otázek.

### ***6.1. Jaká pozitiva a negativa spatřují pracovníci rané péče při zavádění kruhu podpory?***

Z výzkumu vyplývá, že všechny informantky jsou pro zavádění kruhu podpory do sociálních služeb, obzvláště do rané péče.

Zavedení kruhu podpory do rané péče znamená obohacení dosavadního stylu práce, přínos pro pracovníky i pro klienty, zkvalitnění poskytované služby. Dále kruh podpory přináší pozitivní pohled pro klienty, nový pohled pro pracovníky při práci s rodinou a poskytuje celkově nový a pozitivní pohled na poskytovanou sociální službu.

Největší překážky při zavádění kruhu podpory jsou časové možnosti účastníků, odborníků i organizátorů. Náročná je především organizace kruhu podpory, která zahrnuje především: domluvení společného místa a termínu setkání, přípravu prostor, podkladů pro setkání, domluvení facilitátora a zapisovatele, občerstvení apod. Velkým úskalím může být také neochota odborníků zapojit se do kruhu podpory. Ze zkušeností informantek vyplývá, že pokud odborník není součástí jejich organizace, ale je to někdo zvenčí (např. lékař), nechce se těchto setkání účastnit. Jako další překážka při zavádění kruhu podpory vyplynula neochota přátel a známých zapojit se do kruhu podpory. Některé informantky měly špatnou zkušenost s motivováním širší rodiny a jejich podílení se na kruhu podpory.



Z předchozího vyplývá, že negativa při zavádění kruhu podpory se týkají především časové náročnosti kruhu podpory a neochoty lidí se ho účastnit. Kruh podpory je sice časově náročný, ale jedná se o metodu, která časovou náročnost vyžaduje. Při kruhu podpory nejde totiž jen o stanovení cílů, ale také o hlubší prozkoumání vztahů v rodině dítěte, jejich snů, přání a potřeb a větší komunikaci uvnitř týmu. Čas vynaložený na přípravu kruhu podpory má velké opodstatnění a přinese to nejen rozvoj dítěte, ale také větší klid a nadhled jeho rodině. Fakt, že se širší rodina, přátelé ani odborníci nechtějí příliš angažovat v kruhu podpory přisuzují k nízké osvětě. Tím myslím informovanost nejen o kruhu podpory, ale také o rané péči. Obecně nejsou lidé ve společnosti informováni o možnostech pomoci lidem.

Naopak pozitiv zavedení kruhu podpory uváděly informantky velký počet. Mezi hlavní pozitiva zavedení kruhu podpory patří využívání nových nástrojů, které s kruhem podpory souvisí. Nelze opomenout ani hledání přímých a aktuálních cílů rodiny, které vedou k vytvoření akčního plánu a posunu rodiny. Dalším významným přínosem je nový přístup k práci s rodinou. Navázání důvěrného a otevřeného vztahu pracovníka s rodinou, odstup rodičů od jejich problémů a větší využívání pozitivního myšlení. Důležité pozitivum je setkání multidisciplinárního týmu i celé rodiny, vnímání situace rodiny z různých úhlů pohledů a uvědomění rodičů, že na jejich obtížnou situaci nejsou sami. V neposlední řadě mezi pozitiva patří rozvoj kreativity jak rodičů, tak také pracovníků a vývojový posun dítěte v mnohých oblastech díky dodržování stanoveného akčního plánu.

Z výzkumu vyplynulo také několik výhod kruhu podpory výhradě pro ranou péči, oproti jiným cílovým skupinám. Největší výhodou kruhu podpory pro klienty z rané péče je možnost využít neformální pomoc rodině již od narození dítěte. Dále v pozitivním povzbuzování celé rodiny již od samého začátku a naučit rodiny pracovat s těmito metodami i do budoucna. Větší spolupráce multidisciplinárního týmu a fakt, že v rané péči mají rodiče více prostoru na práci s těmito nástroji a metodami je také výhodou. Další výhodou je usnadnění práce s dítětem pro ostatní odborníky a věcné, konkrétní a hmatatelné výstupy pro rodinu, které z kruhu podpory vzniknou. Důležité je, že pozornost není zaměřena jen na dítě, ale na celou rodinu.

Výzkum ukazuje, že kruh podpory se dá využívat i v jiných sociálních službách, jde jen o to, jaký k tomu budou mít přístup pracovníci a vedení sociálních služeb.

Největším přínosem pro práci v rané péči je fakt, že rodina, které se narodilo dítě s nějakým postižením nebo opožděním, je velice přizpůsobivá, nemá tolik předsudků, je více otevřena novým možnostem, přístupům a metodám. Rodině pomáhá i tzv. neformální podpora (širší rodina, přátelé, známí). Rodina v začátcích má ještě velké množství přátel, nemá zprerhané vazby s širší rodinou a všichni tito lidé jsou ochotni jim pomáhat. Pokud se tento režim zavede již v začátcích, většinou přetrvává i do budoucna. Další výhoda pro ranou péči je v naladění rodiny na pozitivní myšlení. Pokud se rodina naučí přemýšlet pozitivně o svém dítěti již v raném dětství, je větší pravděpodobnost, že o něm takto bude smýšlet celý život.

Z výzkumu plyne, že pro zavedení kruhu podpory je třeba realizovat tyto hlavní opatření: proškolení pracovníky, vytvořit metodické kroky, obstarat prostor na konání kruhu podpory a zajistit kreativně-výtvarné pomůcky.

### ***6.2. Jaké očekávání měli pracovníci rané péče při zavádění této metody?***

Z výzkumu vyplynulo, že očekávání informantek byla naplněna obavami, která vyplývala z těchto problémů: změna dosavadní práce, neochota rodičů spolupracovat, neochota ostatních členů rodiny a odborníků se na této metodě podílet, náročnost naučit se nové metody, časová náročnost kruhu podpory, časový presu na proškolení všemi přístupy, nástroji a metodami.

Informantky pozitivně hodnotily všechny školení (kurzy) i projekt rané péče, který umožnil pracovníkům proškolení, zahraniční stáž, využívání nových metod a sepsání nové metodiky.

Od kruhu podpory informantky nejvíce očekávaly lepší spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu a rodiny. Byla tím myšlena nejen spolupráce mezi odborníky a rodinou, ale i odborníků mezi sebou.

Všem informantkám, krom jedné, se změnilo očekávání po proškolení všech kurzů. Jedna informantka cítila obavy spojené se zavedením do praxe. Dvě začaly pohlížet jinak na poradenskou činnost a nyní ve své práci uplatňují více přístup zaměřený na člověka. Zbývající část informantek ocenila využívání nástrojů přístupu zaměřeného na člověka. Oceňovaly, že v každé situaci se dá využít jiný nástroj, popř. jich použít hned několik.

### ***6.3. Jaký přínos mělo zavedení kruhu podpory pro pracovníky rané péče?***

Výzkum ukazuje, že kruh podpory pomohl pracovníkům rané péče především při nástupu dítěte do mateřské školy díky vytvoření profilu na jednu stránku dítěte. Dále v řešení osamělé situace rodičů. Kruh podpory nabízí více možností pro práci s rodinami, zvyšuje kvalitu poskytované služby, zlepšuje systém práce a pomáhá informantkám lépe a rychleji se seznámit s rodinou a jejich interními vztahy. Za největší přínos považují informantky zlepšení týmové spolupráce a větší provázanost multidisciplinárního týmu.

Z výzkumu vyplynulo, že největší výhoda kruhu podpory oproti jiným metodám je fakt, že jde o ucelený a promyšlený koncept, který je zaměřený na jednotlivce i na jeho rodinu a který směřuje k jasnému, konkrétnímu cíli. Při práci s rodinou se využívá kreativity účastníků, je to velmi pozitivní metoda a působí přirozeně i pro ty účastníky, kteří kruh podpory neznají. Další výhodou je příjemná a otevřená atmosféra na setkáních kruhu podpory a zapojení do práce s rodinou mimo jiné i přátel a širší rodiny.

Kruh podpory byl přínosný také pro pracovníky z hlediska zvýšení jejich kompetentnosti a jejich odborného působení. Každá informantka se naučila novou metodu práce včetně několika nástrojů, které nyní aplikuje při své práci.

Z výzkumu vyplynulo, že se všechny informantky setkaly s velkým množstvím pozitivních zpětných vazeb, a to nejen od rodičů, ale i od některých odborníků, kteří se účastnili kruhu podpory. S negativní zpětnou vazbou na kruh podpory se informantky setkávaly jen zřídka. Převážně se jednalo o situace, kdy si jeden rodič stěžoval na druhého rodiče a jeho chování vzhledem ke kruhu podpory. Také organizátorky kruhu podpory měly negativní reakci na časovou i koordinační náročnost.

Výzkum také ukázal, že kruh podpory nemusí využívat všechny rodiny z rané péče. Je to velice individuální, záleží na situaci rodiny a na domluvě s rodinou. Poradkyně rané péče by ho měly nabízet jen po předchozí konzultaci v týmu a zhodnocení aktuální situace rodiny.

Dle mého názoru byl hlavní cíl mé diplomové práce, zmapovat názory pracovníků ve vztahu k zavádění metody kruhu podpory do rané péče, splněn. Výsledky mé práce mohou sloužit nejen studentům a případným zájemcům o tuto službu, ale především poskytovatelům rané péče. Dále samotným poradcům rané péče, kteří mohou díky této

metodě rozšířit jejich nabídku poskytovaných činností a také zvýšit kvalitu jejich práce a zefektivnit práci s rodinou.

Závěrem bych chtěla ještě dodat, že bych byla ráda, kdyby se metoda kruhu podpory dostala do povědomí lidí a začala se v České republice více využívat v sociálních službách, především v rané péči. Kruh podpory totiž nepomáhá jen dítěti, ale také jeho rodičům a jeho blízkým, kteří mají většinou velice složitou životní situaci a kteří právě tuto podporu potřebují.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče 1. díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5147-4.

ARPIDA, Kaňka, 2019. *Kruh podpory – cesta k běžnému životu. Raná péče spolu* [online]. [cit. 2020-01-02]. Dostupné z:

BATES, A., et al., 2010. *Ever-increasing circles: A descriptive study of Hampshire and Thames Valley Circles of Support and Accountability*. Pages 355-373. doi: <https://doi.org/10.1080/13552600.2010.544415>

BEDNAŘÍK, A., 2007. *Facilitace: jak vést skupinová setkání?* Kladno: AISIS. 143 s. ISBN 978-80-904071-0-7.

BRANDES, J., 2007. *From Early Intervention to Early Childhood Programs: Timeline for Early Successful Transitions*. Intervention in School and Clinic. ISSN 10534512.

CESARONI, C., 2008. *Releasing Sex Offenders into the Community Through “Circles of Support” A Means of Reintegrating the “Worst of the Worst”*. Pages 85-98. doi: [https://doi.org/10.1300/J076v34n02\\_06](https://doi.org/10.1300/J076v34n02_06).

CIPRO, M., 2020. *Facilitace, moderace, mediace - zmatení pojmů v manažerské praxi*. Top vision. Dostupné z: <https://www.topvision.cz/blog/facilitace-moderace-mediace---zmateni-pojmu-v-manazerske-praxi>.

COULSHED, V., ORME, J., 1998. *Social work practice: an introduction*. 3rd ed. Basingstoke: PALGRAVE. ISBN 978-0-333-72730-0.

ČÁMSKÝ, P. et al., 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. 264 s. ISBN 978-80-262-0027-7.

ČERNÁ, M. et al., 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Praha: UK Karolinum. 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.

DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4. vydání. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 978-80-246-1966-8.

DITTRICHOVÁ, J. et al., 2004. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-0399-8.

- DOBIÁŠOVÁ, K. et al., 2015. *Role praktických lékařů v podpoře neformální péče o seniory a osoby se zdravotním postižením z pohledu rodinných pečujících*. Praktický lékař. 95(4). ISSN 161-165.
- DOKOUPILOVÁ, I., HANÁKOVÁ, A., KUNHARTOVÁ, M., et al., 2015. *Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 284 s. ISBN 978-80-244-4432-1
- DOSKOČILOVÁ, K., et al., 2012. *Naše cesta: metody práce s rodinou v rané péči*. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP. 55 s. ISBN 978-80-87510-20-9.
- GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. 1995. *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-10-9.
- GERBER, M., JOHNSON, A., 2011. *Sebejisté a spokojené dítě*. Brno: Computer Press. 223 s. ISBN 978-80-251-2739-1.
- GERLIN, A., 2006. *Early care, early learning*. Seattle Times; Seattle, Wash. ISSN 07459696.
- GLÖCKLER, M., FLINSPACH, J., 2007. *Chodit - mluvit - myslet: o vývoji malého dítěte od početí a v prvních letech života*. Praha: Malvern. 63 s. ISBN 978-80-86702-32-2.
- GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce pro pedagogické obory*. Praha: Grada Publishing, a. s., 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
- HAVRDOVÁ, Z. et al., 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: ERMAT. 207 s. ISBN 978-80-87398-06-7.
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vydání. Praha: Portál, 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HRADILKOVÁ, T. et al., 2018. *Praxe a metody rané péče v ČR: průvodce sociálním modelem*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-1386-4.
- CHVÁTALOVÁ, H., 2012. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotních postižení*. 3. vydání. Praha: Portál. 182 s. ISBN 978-80-262-0054-3.

ISLAM, S., et al., 2019. *Assessing community readiness for early intervention programmes to promote social and emotional health in children*. Health Expectations. DOI:10.1111/hex.12887. ISSN 13696513. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12887>.

JANÁČKOVÁ, L., KANTOR, L., 2015. *Maličké miminko*. Brno: Grifart. 215 s. ISBN 978-80-906185-2-7.

JANKOVSKÝ, J., 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.

JANKOVSKÝ, J., 2014. *Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace*. In PFEIFFER, J. a kol.: *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU.

JANKOVSKÝ, J., 2015. *Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka*. In: KODYMOVÁ, P. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-088-4.

JIMEZ, M., et al. 2012. *Barriers to Evaluation for Early Intervention Services: Parent and Early Intervention Employee Perspectives*. MSCE.Academic Pediatrics. ISSN 18762859.

KEILTY, B., et al., 2020. *Family and Practitioner Perspectives on Prenatal Early Intervention*. Intellectual and Developmental Disabilities. ISSN 19349491. doi:10.1352/1934-9556-58.1.1

KODYMOVÁ, P., 2015. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-088-4.

KOCHOVÁ, K., SCHAEFEROVÁ, M., 2015. *Dítě s postižením zraku: rozvíjení základních dovedností od raného po školní věk*. Praha: Portál. 174 s. ISBN 978-80-262-0782-5.

KOUTNÝ, J., © 2020. *Chodit na terapii: odvaha, nebo ostuda?* [online]. [cit. 2020-02-26]. Psychologie.cz. Dostupné z: <https://psychologie.cz/chodit-na-terapii-odvaha-nebo-ostuda/>.

KUZNÍKOVÁ, I. et al., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., 2004. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido. 126 s. ISBN 80-7315-063-8.

LEČBYCH, M., © 2019. *Setkání okolo dítěte* [online]. [cit. 2020-01-25]. Dostupné z: <https://naserovnovaha.cz/pro-odborniky/setkani-okolo-ditete-pro-odborniky/>.

LEE, R., FIELDING, N. 2004. *Tools for Qualitative Data Analysis*. In: HARDY, M., BRYMAN, A. *Handbook of Data Analysis*. London: Sage. 529-546. ISBN 0761966528.

MALÍK HOLASOVÁ, V., 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. 151 s. ISBN 978-80-247-4315-8.

MATĚJČEK, Z., 2000. *Rodičům dětí s vážnějším mentálním postižením*. Zdravotnictví a medicína. Praha: Státní zdravotní ústav. ISSN 2336-2987.

MATOUŠEK, O. et al., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O., 2012. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. 309 s. ISBN 978-80-2620-211-0.

MICHALÍK, J., 2012. *Děti se zdravotním postižením*. In: Šance dětem [online]. [cit: 2020-03-02]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-sezdravotnim-postizenim.shtml>

MILLER, R. K., KADLEC, J., 2018. *Komunikace v konfliktu*. Praha: Mladá fronta. 173 s. ISBN 978-80-204-4815-6.

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing,a.s., 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MORRISON, L., et al., 2013. *Online Learning for Early Intervention Professionals: Transition Planning from Early Intervention to School*. Journal of Special Education Technology. ISSN 01626434.



MPSV, 2018. *Vyhledávání služby: Raná péče* [online]. Registr poskytovatelů sociálních služeb. [cit. 2020-01-15]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION\\_ID=1578245090473\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1578245090473_1)

NAVRÁTILOVÁ, J., NAVRÁTIL, P., 2016. *Vzdělávací diskurzy v sociální práci*. Sociální pedagogika. 4 (1). s. 38–56. ISSN 1805-8825.

Nadace Neziskovky, 2020. *Neziskové organizace* [online]. [cit. 2020-01-03]. Dostupné z: <https://www.neziskovky.cz/clanky/511/fakta/>.

Nadace Sirius, © 2020. *Metodiky pro sociální služby raná péče* [online]. [cit. 2020-03-06]. Dostupné z: <https://www.nadacesirius.cz/soubory/metodiky/Metodiky-pro-socialni-sluzbu-rana-pece.pdf>

Naše rovnováha, © 2019. *Vzdělávání pro odborníky* [online]. [cit. 2020-01-08]. Dostupné z: <https://naserovnovaha.cz/pro-odborniky/vzdelavani/>.

NEIL, M., SANDERSON, H., © 2020. *Circles of Support and Personalisation* [online]. [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: <http://www.allenshea.com/wp-content/uploads/2017/03/circlesofsupportandpersonalisation-3.pdf>.

NORTON, J., 1998. *Circles of support*. Today's Parent. ISSN 08239258.

NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M., 2000. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*. Liberec: PedF TU. 58 s. ISBN 80-7083-383-1.

NOVOSAD, L., 2000. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. 159 s. ISBN 80-7178-197-5.

NYKL, L., 2004. *Pozvání do rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka*. Brno: Barrister & Principal. 137 s. ISBN 80-86598-69-1.

NYKL, L., 2012. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: přístup zaměřený na člověka*. Praha: Grada. Psyché. 183 s. ISBN 978-80-247-4055-3.

OPATŘILOVÁ, D. et al., 2012. *Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. 159 s. ISBN 978-80-7315-240-6.

PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M., 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada Publishing. 152 s. ISBN 8024762943.

PLEVOVÁ, M., 2007. *Dítě se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v rodinné terapii*. Brno: Masarykova univerzita. 108 s. ISBN 978-802-1043-725.

PORTER, T., 2001. *NEW SUPPORT GROUP FORMING AT TASSINONG Soul Circles support group open to those interested in exploring their spiritual journeys*. The Post – Tribune. ISSN 87503492.

PÖRTNER, M., 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.

Quip, 2010. *Nástroje zdravého rozumu: MAPY a KRUIHY pro inkluzivní vzdělávání* [online]. [cit. 2019-12-01]. Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/013/001597.pdf?seek=1273679488>.

Quip, 2012. *Myšlení zaměřené na člověka* [online]. [cit. 2019-12-11]. Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/015/001829.pdf?seek=1441036562>.

REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

Rytmus, © 2020a. *Metodika Vytváření kruhů přátel* [online]. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <http://www.rytmus.org/clanek/metodika-vytvareni-kruhu-pratel>.

Rytmus, © 2020b. *Metodické setkání k vytváření Kruhů přátel ve škole* [online]. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <http://vzdelavani.rytmus.org/kurz/metodicke-setkani-k-vytvareni-kruhu-pratel-ve-skole-1>.

ŘEZNIČEK, I., 2000. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství. 80 s. ISBN 80-858-5000-1.

SEARS, W., SEARSOVÁ, M., 2012. *Kontaktní rodičovství*. Praha: Argo. 288 s. ISBN 978-80-257-0597-1.

SOBEK, J., 2009. *Osobní cíl v individuálním plánování*. Sociální služby. APSS. s. 08-09 (1). ISSN 1803-7348.

SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J., 2012. *Vývoj a výchova dítěte do dvou let*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-3304-3.

SOLOVSKÁ, V. et al., 2013. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál. 191 s. ISBN 978-80-262-0369-8.

STRNADOVÁ, I., 2008. *Rodiny osob s mentálním postižením: současné směry ve výzkumu a možnosti speciálněpedagogické intervence*. Praha: PF UK. 122 s. ISBN 978-80-7290-388-7.

STRNADOVÁ, I., 2009. *Plánování budoucnosti v rodinách osob s mentálním postižením*. Speciální pedagogika. 19 (1). ISSN: 1211-2720.

Středisko rané péče EDUCO Zlín, © 2019. *Metoda Tým okolo dítěte* [online]. [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <http://ranapecezlin.cz/pro-odborniky/#!/metoda-tod>.

SVOZILOVÁ A., 2016. *Projektový management: Systémový přístup k řízení projektů*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing. 424 s. ISBN 978-80-2710-075-0.

ŠÁNDOROVÁ, Z., 2005. *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky raného věku: učební text pro studující speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. 212 s. ISBN 80-7041-259-3.

ŠÁNDOROVÁ, Z., FALTOVÁ, B., 2015. *Služba sociální prevence raná péče - alternativa pro ústavní péči i výzva pro sociální pedagogiku*. Sociální pedagogika. 2 (3), s. 51-63. ISSN 1805-8825.

ŠÁNDOROVÁ, Z., 2015. *(Re)socializace v rané péči*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 139 s. ISBN 978-80-7395-961-6.

ŠÁNDOROVÁ, Z., 2017. *Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 176 s. ISBN 978-80-7560-054-7.

ŠÍŠKOVÁ, T., 2012. *Facilitativní mediace: řešení konfliktu prostřednictvím mediátora*. Praha: Portál. 207 s. ISBN 978-80-262-0091-8.

ŠTĚPÁNKOVÁ, V., 2012. *Case management v multidisciplinární péči o rodinu s dítětem se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2020-02-20]. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta

humanitních studií. Dostupné z: [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/42274/DPTX\\_2011\\_1\\_\\_0\\_328118\\_0\\_118652.pdf?sequence=1](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/42274/DPTX_2011_1__0_328118_0_118652.pdf?sequence=1)

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. 386 s. ISBN 978-80-262- 0644-6.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVESTKOVÁ, R. et al., 2012. *Problematika nestátních neziskových organizací ve vztahu ke zdravotně sociální oblasti*. České Budějovice: ZSF JU. 86 s. ISBN 978-80-7394-359-2.

URBAN, L., 2011. *Sociologie trochu jinak*. 2. vyd. Praha: Grada. 271 s. ISBN 978-80-2473-562-7.

VALENTA, M., MICHALÍK, J., 2008. *Výzkum pracovních kompetencí osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením na území hlavního města Prahy* [online]. [cit. 2020-02-20]. Olomouc: Vizp. 57 s. Dostupné z: <http://www.vcizp.cz/doc/vcizp-quality-life-zprava-celek.pdf>.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-2476-818-2.

WARNER, P., KELLY, P., 2010. *365 tipů, jak pečovat o dítě: vše, co potřebujete vědět o péči o dítě v prvním roce jeho života*. Praha: Levné knihy. 301 s. ISBN 978-80-7309-866-7.

ZAHRADNÍČEK, T., 2013. *Slovník cizích slov*. TZ-one. 824 s. ISBN 80-8787-304-1.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1266-1282. ISSN 1211-1244.