



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Sociální rehabilitace a její využití při práci s rodinou

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Šárka Štrosová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, PhD.

České Budějovice 2021

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2021

.....

Bc. Šárka Štrosová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí práce doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, PhD. za její odborné vedení této práce, cenné rady a připomínky. Rovněž bych chtěla poděkovat celé mojí rodině a kolegyním za jejich podporu a trpělivost.

Sociální rehabilitace a její využití při práci s rodinou

Abstrakt

Cílem diplomové práce je zmapovat možnosti sociálních služeb při práci s rodinou s nedonošenými dětmi. Teoretická část práce se zabývá vymezením nedonošených dětí, jejich potřeb a dopadů na rodinu a dále pak možnostmi sociální práce s cílovou skupinou rodina s dětmi. V praktické části byla položena výzkumná otázka: Jak hodnotí rodiče s nedonošeným dítětem sociální služby pro tuto cílovou skupinu? a stanoveny hypotézy:

H1: S rostoucím vzděláním respondentů roste spokojenost se sociálními službami pro nedonošené děti.

H2: Dostupnost sociálních služeb pro nedonošené děti zvyšuje spokojenost s nimi.

H3: Nabídka sociálních služeb pro nedonošené děti hned po porodu zvyšuje spokojenost s nimi.

Byla zvolena smíšená, kvalitativně kvantitativní výzkumná strategie. Kvantitativní část byla zpracována metodou dotazování, technikou vlastního dotazníku, který se skládá z 20 otázek. Výzkumný soubor tvořili rodiče nedonošených dětí, kteří alespoň jednou využili sociální služby pro tuto cílovou skupinu. Respondenti (N=86) byli osloveni prostřednictvím specificky zaměřených skupin na sociálních sítích a skupin v diskusních fórech. Jednalo se o formu účelového výběru a samovýběru.

Pro kvalitativní výzkum byla použita metoda dotazování, technika biografických rozhovorů u jednoho z rodičů (N=8). Data byla analyzována otevřeným kódováním.

Výsledky ukázaly, že spokojenost rodičů se sociální službou souvisí s její dostupností a také s včasností předání informací o její existenci. Proto je velmi důležité zajistit místní, časovou dostupnost, dále pak přemýšlet o rozšiřování kapacitní dostupnosti tak, aby rodiny mohly včas zahájit spolupráci s konkrétní sociální službou. Dále je důležité zaměřit se s nabídkou na rodiny z menších obcí a pracovat na rozšíření pobytových zařízení poskytující krátkodobou či nepravidelnou službu.

Klíčová slova

nedonošené dítě; rodina; sociální služby; hodnocení sociálních služeb

Social Rehabilitation and its use at working with family

Abstract

The aim of the diploma thesis is to map the possibilities of social services working with a family with premature children. The theoretical part of the work deals with the definition of premature children, their needs and impacts on the family, as well as the possibilities of social work with the target group family with children. In the practical part, a research question was asked: How do parents with a premature child evaluate social services for this target group? and established hypotheses:

H1: With the growing education of respondents, satisfaction with social services for premature children increases.

H2: The availability of social services for premature babies increases their satisfaction with them.

H3: The offer of social services for premature babies immediately after birth increases their satisfaction with them.

A mixed, qualitatively quantitative research strategy was chosen. The quantitative part was processed by the method of questioning, the technique of own questionnaire, which consists of 20 questions. The research group consisted of parents of premature children, who used social services for this target group at least once. Respondents (N = 86) were addressed through specifically targeted groups on social networks and groups in discussion forums. It was a form of purposeful selection and self-selection.

For qualitative research, the method of questioning was used, the technique of biographical interviews with one of the parents (N = 8). Data were analyzed by open coding. The results showed that parents' satisfaction with the social service is related to its availability and also to the timeliness of passing on information about its existence. Therefore, it is very important to ensure local and time availability, then to think about expanding capacity availability so that families can start cooperating with a specific social service in time. It is also important to focus on the offer of families from smaller municipalities and work on the expansion of residential facilities providing short-term or irregular service.

Key words

premature child; family; social services; evaluation of social services

Obsah

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	9
1.1 REHABILITACE	9
1.1.1 Prostředky léčebné rehabilitace	9
1.1.2 Prostředky pedagogické rehabilitace	10
1.1.3 Prostředky pracovní rehabilitace	10
1.1.4 Prostředky sociální rehabilitace	11
2.1 RODINA	11
1.1.5 Definice rodiny.....	11
1.1.6 Formy rodiny.....	12
1.1.7 Funkce rodiny	13
1.1.8 Krize rodiny.....	15
1.1.9 Vědní obory zabývající se rodinou	15
3.1 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEC	16
1.1.10 Obecné vymezení – pojmy a adaptace po porodu	16
1.1.11 Výživa	17
1.1.12 Diagnózy	18
1.1.13 Sledované indikátory.....	20
1.1.14 Vývoj a chování nedonošených dětí.....	20
1.1.15 Rodiče dítěte.....	21
4.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO RODINY S DĚTMI.....	22
1.1.16 Raná péče.....	24
1.1.17 Pečovatelská služba.....	26
1.1.18 Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež	26
1.1.19 Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi.....	27
1.1.20 Sanace rodiny.....	27
1.1.21 Sdružení Nedoklubko.....	28
5.1 PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ A ZAHÁJENÍ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY	28
1.1.22 Vzdělávání a jeho cíle	29
1.1.23 České školství	30
1.1.24 Předškolní vzdělávání a péče	31
1.1.25 Mimoškolní vzdělávání.....	34
1.1.26 Školní zralost a nástup do základní školy.....	35
1.1.27 Návazná školská poradenská zařízení.....	36
2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	38
3 METODIKA	39
6.1 METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT	39

7.1	VÝZKUMNÝ SOUBOR	39
8.1	ETIKA PRÁCE	40
9.1	ANALÝZA DAT	40
4	VÝSLEDKY.....	41
10.1	VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU	41
4.1.1	<i>Testování hypotéz</i>	<i>53</i>
11.1	VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU	55
4.1.2	<i>Identifikační údaje</i>	<i>55</i>
4.1.3	<i>Předčasný porod</i>	<i>55</i>
4.1.4	<i>Zdravotní obtíže</i>	<i>55</i>
4.1.5	<i>Prožívané pocity.....</i>	<i>56</i>
4.1.6	<i>Co nám pomohlo.....</i>	<i>57</i>
4.1.7	<i>Jaký byl přechod z nemocnice domu.....</i>	<i>57</i>
4.1.8	<i>Využívané sociální služby.....</i>	<i>58</i>
4.1.9	<i>Pozitivní vnímání sociálních služeb</i>	<i>58</i>
4.1.10	<i>Vnímání překážek sociálních služeb</i>	<i>59</i>
5	DISKUSE	61
6	ZÁVĚR.....	65
7	ZDROJE.....	66
	SEZNAM GRAFŮ	70
	SEZNAM TABULEK	70
	PŘÍLOHY.....	71

Úvod

Jako téma této diplomové práce jsem si zvolila Sociální rehabilitace a její využití při práci s rodinou. Téma jsem si vybrala hlavně proto, že je velice rozsáhlé, zajímavé, ale také není tak často řešené, a příliš se o něm nemluví. Pro některé rodiče je to velice citlivé téma, které nechtějí sdílet s okolím, pro jiného je to zase obrovský problém, kterému věnují svůj čas a úsilí. Pokud je dítě extrémně nedonošené, může to pro oba rodiče znamenat, že se dostávají do velice složité životní situace, se kterou se musejí sami, nebo s pomocí jiných vypořádat. Tito rodiče pak potřebují významnou pomoc a podporu, a to již od narození jejich dítěte. Rodiny předčasně narozených dětí jsou totiž ohrožené jak psychickými, tak i sociálními problémy, které se mohou změnit ve velmi závažné důsledky. Každá z rodin se tak může obracet na nespočet odborníků, nebo může využívat některé ze sociálních služeb, které jsou zaměřené na rodinu jako celek. Důležitou roli zde hraje i součinnost se zdravotní a sociální péčí.

Cílem celé práce je zmapování možností sociálních služeb při práci s rodinou s nedonošenými dětmi. V první části této práce se zabýváme teoretickými poznatky z odborné literatury, a z odborných článků či publikací. Nejprve se zaměříme na teoretické poznatky, které se týkají rehabilitace a rodiny. Vysvětlen bude pojem nedonošený novorozenec, zmíněno bude také chování a vývoj nedonošených dětí. V kapitole 1.4 se budeme zabývat sociálními službami a možnostmi pro rodiny s dětmi, kterými je raná péče, pečovatelská služba, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, sociální aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sanace rodiny či sdružení Nedoklubko. V následující kapitole teoreticky rozebereme pojem předškolní vzdělávání a zahájení školní docházky nedonošeného dítěte, a jeho začlenění do školního procesu. V posledních kapitolách teoretické části si vymezíme mimoškolní vzdělávání a školní zralost nedonošeného dítěte při nástupu do základní školy.

Výzkumná část této práce se zabývá kvantitativní a kvalitativním výzkumem, ve kterém budeme zjišťovat, zda rodiče nedonošených dětí někdy využili určité sociální služby, které pomáhají rodičům nedonošených dětí, ale také to, jak hodnotí možnosti sociálních služeb při práci s rodinou s nedonošenými dětmi. Pro výzkum jsme využili metodu dotazování, a metodu rozhovorů s jedním z rodičů nedonošených dětí.

1 Teoretická východiska

1.1 Rehabilitace

Současné pojetí mluví o prostředcích koordinované rehabilitace. Emmerová (2012) vysvětluje koordinovanou rehabilitaci jako vzájemně provázaný proces, který směřuje k minimalizaci negativních důsledků nepříznivého zdravotního stavu jedince. Klade si za cíl optimalizaci funkční zdatnosti, soběstačnost a vhodné pracovní uplatnění. Podmínkami úspěšné rehabilitace je včasnost, komplexnost, dostupnost, individuální přístup a multidisciplinárnost. Koordinovaná rehabilitace obsahuje prostředky léčebné, pedagogické, pracovní a sociální.

Neubauerová et al. (2012) upozorňuje na fakt, že ucelená rehabilitace je charakterizována tím, že jednotlivé složky na sebe navazují a podporují se. Každý člen týmu musí vědět, za kterou složku je zodpovědný a s kým má v případě potřeby spolupracovat. Zároveň by měl umět poradit, co mohou osoby se zdravotním postižením v rámci ucelené rehabilitace očekávat a na jakého odborníka se obrátit.

1.1.1 Prostředky léčebné rehabilitace

Neubauerová et al. (2012) považuje léčebnou rehabilitaci za významnou složku rehabilitačního procesu, ve které jde o komplex rehabilitačních, diagnostických a terapeutických postupů. Tyto postupy mají směřovat k funkční zdatnosti, a to buď odstraněním nebo zmírněním funkčních projevů poruchy či disability, anebo zpomalením progresu disability. Mezi nejčastěji uváděnými prostředky léčebné rehabilitace jmenuje: balneoterapii, canisterapii, dietoterapii, ergotarapii, hypoterapii, léčebnou tělesnou výchovu, fyziatrii či neuropsychologickou terapii. Votava et al. (2003) dělí pak léčebnou rehabilitaci na dvě složky – horizontální a vertikální. Vertikální pojetí předpokládá, že funkční porucha se postupně zlepšuje až do doby, kdy se dojde k nápravě do původního stavu a zdraví. Kdežto v horizontálním pojetí léčebné rehabilitace je možné upravit funkční poruchu jen v malé míře. Trvalé zhoršení zdravotního stavu je tedy nutné kompenzovat nácvikem činností a změnou životních podmínek. S dalším dělením přichází Emmerová et al. (2012) v brožuře vydané Ministerstvem práce a sociálních věcí (Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR), kdy dělí léčebnou rehabilitaci na složky hospitalizační, ambulantní a lázeňskou.

Votava et al. (2003) hovoří i o tzv. rehabilitačním týmu, který má v rámci léčebné rehabilitace spolupracovat. Ten by měl být složen z lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, klinického

psychologa, sociálního pracovníka, speciálního pedagoga, případně i z logopeda. Neubauerová et al. (2012) k tomuto výčtu ještě přidává protetika.

1.1.2 Prostředky pedagogické rehabilitace

Votava et al. (2003) míní, že pedagogická rehabilitace je pro osoby, které nemohou v důsledku zdravotního postižení dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání tak, jak je to možné pomocí běžných pedagogických prostředků. Cílem je dosažení co nejvyššího možného stupně vzdělání a optimální kvalifikace, podpoření samostatnosti a aktivního zapojení do běžných společenských aktivit. Svůj význam má nejen u dětí školního věku, ale i v dospělosti – doplnění vzdělání či rekvalifikace. Součástí pedagogické rehabilitace je i vhodné trávení volného času a zájmové činnosti. Mezi prostředky pedagogické rehabilitace řadí autor správné stanovení studentových předpokladů, vytvoření dostatečné motivace ke vzdělávání, odstranění demotivujících vlivů, využívání specifických pedagogických metod a zařazování specifických předmětů (návik čtení a psaní Braillova bodového písma, návik prostorové orientace a samostatného pohybu, ...). Za plnění této složky rehabilitace jsou zodpovědní především pedagogičtí pracovníci – speciální pedagogové (ve speciální pedagogice může jít o obory: psychopedie, somatopedie, surdopedie, tyflopédie, etopedie, logopedie).

Emmerová et al. (2012) v brožurě vydané Ministerstvem práce a sociálních věcí (Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR) popisuje tuto složku rehabilitace jako tu, která vede buď k obnově původních znalostí a dovedností nebo k budování nových dynamických stereotypů. Zřetel klade i na jazykovou vybavenost a počítačovou gramotnost.

1.1.3 Prostředky pracovní rehabilitace

Emmerová et al. (2012) ve výše zmíněné brožurě definuje pracovní rehabilitaci jako rehabilitaci, při které se vychází z hodnocení multioborové komise a z metodiky ergodiagnostiky a počítá se s účastí pracovníků úřadu práce. Pracovník úřadu práce má za úkol vytipovat vhodné pracovní zařazení pro konkrétního jedince. Zřetel je kladen na vzdělání, dosavadní praxi či charakter jedince. Obdobně se postupuje v případě, kdy se osoba se zdravotním postižením rekvalifikovala. Uvádí se pozitivní i negativní pracovní rekomandace se všemi limity a omezeními. Votava et al. (2003) pohlíží na pracovní rehabilitaci jako na soustavnou péči, která je poskytována osobám se změněnou pracovní schopností, kdy tato péče směřuje k tomu, aby mohly vykonávat dosavadní nebo jiné vhodné zaměstnání. Ve vytváření vhodných pracovních podmínek přitom hraje hlavní roli

zaměstnavatel. Pracovní rehabilitace může být realizována prostřednictvím poradenské činnosti, přípravou na budoucí povolání, přípravou k práci, poskytováním rekvalifikačních kurzů, zprostředkováním zaměstnání či vytvořením vhodných podmínek pro výkon zaměstnání.

Pacient by měl během léčby dostávat nejen informace o svém zdravotním stavu, ale také o předpokladech pracovního uplatnění. Pro mladší jedince je zaměstnání mnohdy nejen způsob obživy, ale také prostředek k získání a udržování vlastní identity a sebevědomí. Novou životní situaci může považovat za výzvu a příležitost k osobnímu rozvoji (Votava et al., 2003).

1.1.4 Prostředky sociální rehabilitace

Sociální rehabilitaci definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve svém § 70 jako *„soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí“*.

Emmerová et al. (2012) ve výše jmenované brožuře ještě k zákonné definici sociální rehabilitace doplňuje, že součástí je také procvičování etických norem a opakování etikety. Pod vedením psychologa je možné procvičovat interpersonální přístupy, zásady slušného chování apod. Tentýž zákon dále říká, že sociální rehabilitace může být poskytována formou terénní, ambulantní nebo pobytovou. Základní činnosti se odvíjí od toho, jakou formou je služba poskytována. Zákon vymezuje i úhradu služeb sociální rehabilitace, a to § 72, podle kterého jsou služby poskytovány zdarma. Výjimku tvoří pouze základní činnosti vyjmenované v §70 odst.3 – tj. za poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy a za pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

2.1 Rodina

1.1.5 Definice rodiny

Veselá et al. (2005) definuje rodinu jako původní a nejdůležitější sociální skupinu a jako taková je základním článkem sociální struktury i základní ekonomickou jednotkou. Členy rodiny pojí společné soužití, vzájemná morální odpovědnost a vzájemná pomoc. Zakládá se manželstvím nebo pokrevním příbuzenstvím. Manželství považuje za žádoucí předpoklad založení rodiny, nikoli podmínku. Tato společenská jednotka je natolik významná, že

používá ochranu státu a je chráněna zákonem. Gilbert (2018) o rodině míní, že má být místem předávání, místem, kde se podporuje individualita každého člena.

Podle Minuchina (2013) je člověk žijící v rodině členem sociálního systému, kterému se musí přizpůsobit. Přičemž je jeho počínání ovládáno charakteristikami systému, které zároveň zahrnují důsledky jeho vlastních činů z minulosti.

Rodinu tvoří neviditelný soubor funkčních požadavků, které organizují způsob chování rodinných příslušníků. Rodina má fungovat na základě transakčních vzorců – matka řekne dítěti, aby něco udělalo, ono poslechne – jde o vymezení vztahu a rolí (Minuchin, 2013).

Veselá et al. (2005) mluví o rodině až tehdy, když se společně žijícímu muži a ženě narodí dítě. Z tohoto pohledu proto netvoří rodinu manželé (či nesezdaní partneři) bez dětí či homosexuální páry. V případě, kdy si do soužití přivedou partneři své biologické děti, mluví o „nové rodině“.

1.1.6 Formy rodiny

Gjuričová et al. (2009) tvrdí, že pojem rodina – tedy soužití pouze rodičů a dětí – ztratil v průběhu času samozřejmý význam. Toto soužití dnes nazýváme nukleární rodina. Avšak forem rodin existuje mnoho. Rodinné formy dělí na tradiční a netradiční. Z „historického“ hlediska chápe tradiční formu rodiny jako stabilní manželskou dvojici s jejich biologickými dětmi, často s větším počtem dětí. Otec je považován za hlavního živitele rodiny, má největší moc a autoritu. Je také ochráncem rodiny. Úkolem ženy je pak péče o domácnost, děti a manžela. Současná nukleární rodina je sice křehký systém, ale na druhou stranu má větší individuální svobodu.

Veselá et al. (2005) dodává, že v tradiční rodině fungoval patriarchální model. Tedy hlavou rodiny byl muž a žena měla za úkol starat se o „teplo rodinného krbu“. Muž byl dominantní, soběstačný a nezávislý, kdežto žena byla považována za submisivního partnera ve vztahu. Autorka poukazuje na to, že tento model už mizí a je nahrazován modelem egalitářským. Ten se projevuje vzájemnou zastupitelnou kooperací muže a ženy, rovnocenným partnerstvím. Nejde jen o rozdělení úkolů, ale o spolupráci a demokratický konsensus všech členů rodiny.

Do minoritních (netradičních) forem rodiny Gjuričová et al. (2009) řadí neúplné rodiny, nově rozšířené rodiny, třígenerační rodiny, bezdětné rodiny a adoptivní rodiny. Tyto formy rodin charakterizuje následovně:

- Neúplná rodina – vzniká po odchodu jednoho z partnerů. Zbývající rodič (nejčastěji matka) se musí postarat o chod domácnosti i o děti, a to často za zhoršených ekonomických podmínek. Někdy dochází ke zhoršení vztahů mezi dětmi a rodiči. I mezi bývalými partnery jsou vztahy často napjaté. Každý rodič má jiný výchovný styl, a proto se musí jeden druhého naučit respektovat nebo situaci alespoň nekomentovat.
- Nově rozšířená rodina – tyto rodiny vzniknou spojením různých neúplných rodin. Jde o složitou síť otevřených vztahů, jejichž udržování je náročné. Jde zde nejen o připojení nových členů, ale také o transformaci všech vztahů. Vztah mezi dítětem a novým partnerem rodiče vzniká řadu let a nikdy nemá podobu „blízkého“ vztahu rodiče a biologického dítěte.
- Třigenerační rodina – jde o sdílení společné domácnosti rodičů a prarodičů. Časté je propojení ekonomické a provozní organizace chodu domácnosti i péče o děti. Tato forma rodin se v minulosti objevovala zcela běžně. I dnes mohou tyto rodiny žít spokojeně, ale řada mladých rodin chce mít větší autonomii, což není v podmínkách společného bydlení snadné.
- Bezdětná rodina – počít a vychovávat děti je obecně považováno za společensky „normální“, avšak některé rodiny se definují jako bezdětné rodiny. Důvody bezdětnosti mohou být různé, často jde o neplodnost jednoho z partnerů. Pokud rodina po dítěti toužila, viděla v něm smysl svého bytí a zjistí se, že není možné ho mít, partneri často pociťují zklamání a prázdnotu.
- Adoptivní rodiny – tyto rodiny dospěly k rodičovství jiným způsobem. Dříve bylo běžné, že rodiče „žádaly“ co nejmladší děti, třeba i vzhledově jim podobné, a chtěly fungovat jako klasická biologická rodina. Dnes je trend jiný – hledají se vhodné rodiče pro konkrétní dítě. Adoptované dítě má do určitého věku podle práva nárok dozvědět se, že je adoptované. Adoptivní rodiny získávají zkušenosti a informace společným setkáváním se s dalšími adoptivními či pěstounskými rodinami.

1.1.7 Funkce rodiny

Rodina je jednou z klíčových institucí společnosti, zaujímá v ní své postavení a plní základní funkce (Kraus, 2014). Autor následně líčí o jaké funkce se jedná. **Biologicko – reprodukční funkce**, prostřednictvím které si jedinec plní svou sexuální i biologickou potřebu. Tato funkce je významná i z pohledu celé společnosti – stát se zde angažuje tzv. populační politikou. **Sociálně – ekonomická funkce**, díky níž je rodina významným prvkem ekonomického rozvoje. Členové rodiny se zapojují do výrobní i nevýrobní sféry a rodina jako taková je i významný spotřebitel. **Ochranná funkce** pak slouží k zajištění životních

potřeb svých členů a k přebírání zodpovědnosti za své členy. **Socializačně výchovná funkce** plní nezastupitelnou roli v primární socializaci dítěte. **Emocionální funkci** poskytuje rodina po celou dobu, kdy v ní člověk setrvává. Rodina dává svým členům citové zázemí, pocit bezpečí, lásku, jistotu, důvěru, pomoc a podporu.

Kraus (2014) upozorňuje na to, že ze všeho zmíněného je patrné, že na rodinu jsou kladeny vysoké nároky a očekávání a ne každá rodina je schopná jim čelit a zvládat je. Pokud je rodiny nezvládají a neplní, hovoří o poruchách funkcí rodiny. Autor rozlišuje několik typů rodin, a to na základě plnění či neplnění svých funkcí:

- Funkční rodina – plní své funkce a zajišťuje tak dítěti správný vývoj.
- Problémová rodina – má problém s plněním některých nebo i všech funkcí, ale je schopná situace řešit.
- Dysfunkční rodina – má velký problém s plněním některých nebo i všech funkcí a není schopná sama situaci řešit. Dochází zde k možnému ohrožení dítěte a jeho vývoje.
- Afunkční rodina – rodina přestává zcela plnit své funkce a pro dítě je toto prostředí škodlivé či přímo ohrožující.

Sobotková (2007) spatřuje správné fungování rodiny v soudržnosti, adaptabilitě, rodinné komunikaci a ve zvládnutí náročných životních událostí. Soudržnost souvisí s rodinnou intimitou, blízkostí a sounáležitostí. Zároveň je kladen důraz na přiměřenou samostatnost a nezávislost členů. Adaptabilitou rodiny míní schopnost přizpůsobovat se proměnlivým požadavkům a nárokům života.

Helus (2007) cítí, že rodina může procházet řadou problémů. Na základě toho, zda a jak nastalé situace řeší, dělí rodiny na:

- Nezralá rodina – dítě je často nechtěné, jeho rodiče jsou mladí, nezkušení a nezralí.
- Přetížená rodina – dítě je sice zajištěné milujícími rodiči, ale přesto strádá kvůli jejich přetížení (konflikty, nemoc, ekonomické problémy rodiny,...).
- Ambiciózní rodina – rodiče dítě zajišťují především materiálně, nikoli citově. Dítě není schopno vyjádřit, co mu chybí a rodiče si myslí, že dítě se má velmi dobře.
- Perfekcionalistická rodina – na dítě jsou kladeny vysoké nároky, je hnáno do stále lepších výkonů. Může se u něj objevit vyčerpání, úzkost, strach.
- Autoritářská rodina – dítě je nuceno podřizovat se pouze zákazům a příkazům, jsou přehlíženy jeho potřeby a je potlačen přirozený vývoj osobnosti.

- Rozmazlující (protekcionistická) rodina – dítěti je vše dovoleno, rodiče mu ustupují a zároveň mu poskytují nadměrnou až nepřirozenou péči.
- Rodina nadměrně liberální a improvizující – dítě nemá řád a program, nudí se, má přílišnou svobodu, rodiče se o jeho vývoj moc nezajímají.
- Odkládající rodina – dítě je často předáváno jiným lidem, nemá vztah k domovu a může citově strádat.
- Disociovaná rodina – poruchy vztahů v rodině, vnější nebo vnitřní izolace.

1.1.8 Krize rodiny

Gjuričová et al. (2009) se také zaměřuje na konflikty v rodině. Může jít o vleklé problémy, partneři se hádají nebo spolu nemluví skoro vůbec, intimně spolu nežijí, nemají společné rodinné aktivity nebo mají už i jiné partnery. I v těchto případech spolu někdy „oficiálně“ zůstávají žít kvůli dětem. Častějším řešením, ke kterému ale přistupují, je rozvod. Podle autorky je rozvod zásadní změnou životních plánů partnerů. Smířit se s rozvodem, pokud je pro jednoho z partnerů zvlášť zraňující, je někdy dlouhodobý proces, ve kterém po léta přetrvávají pocity křivdy a zrady. Pokud jsou ve vztahu děti, rodiče se často snaží své plány na rozvod před nimi tajit tak dlouho, jak jen to jde. Děti to však mnohdy sami vycítí dřív, než s nimi rodiče o celé situaci promluví. Dítě v této chvíli potřebuje vědět, co bude následovat, jak o něho bude postaráno. To, jaký bude vztah dítěte s odloučeným rodičem záleží na tom, jaký byl jejich vztah před rozvodem, během rozvodu i na vztahu rodičů mezi sebou. Pokud je vztah rodičů napjatý a plný nedůvěry, pak ani jejich spolupráce po rozvodu nebude snadná.

1.1.9 Vědní obory zabývající se rodinou

Veselá et al. (2005) poukazuje na množství vědních oborů, které se zabývají rodinou. Zkoumají například zákonitosti vývoje rodiny, chování a jednání jejích členů, výchovu dětí, význam rodiny či jevy, které se v ní vyskytují. Mezi tyto obory zahrnuje sociologii rodiny, pedagogickou psychologii, patopsychologii, pedopsychologii, sociální pedagogiku, speciální pedagogiku, psychologii rodiny, etnologii, politologii a další. Každý z nich přitom zkoumá rodinu z jiného úhlu. Například sociologie rodiny nahlíží na rodinu jako na základní sociální jednotku společnosti, věnuje se její specifické reflexi společenských jevů a jejich změn, sociálním rolím členů rodiny nebo interakci uvnitř rodiny i interakci navenek. Nebo například obor psychologie rodiny, jejíž předmětem zkoumání je interakce mezi jedincem a rodinou v kontextu sociální ekologie rodiny.

3.1 Nedonošený novorozenec

1.1.10 Obecné vymezení – pojmy a adaptace po porodu

Na začátku je nutné vysvětlit si několik pojmů, které s nedonošenými dětmi souvisí. Primárně, jaké dítě je označené za „nedonošené“? Peychl (2005) považuje za nedonošené dítě takové, které se narodilo před 38. gestačním týdnem. Vzápětí vysvětluje i pojem gestační týden, a to jako počet ukončených týdnů vývoje plodu v děloze, který se počítá od termínu poslední menstruace. Janáčková et al. (2016) ještě k definování „nedonošeného dítěte“ přidává informaci o porodní váze narozeného miminka, která bývá nižší než 2 500 g. Ovšem uvádí i to, že díky dnešní medicíně se daří zachraňovat i děti narozené po 24. týdnu s porodní váhou 500 – 750 g.

Péči o novorozence, ať už donošené nebo nedonošené, se věnuje lékařský obor s názvem neonatologie (Dort, 2004). Autor uvádí, že odborníci v tomto oboru se zaměřují na fyziologii a patofyziologii poporodní adaptace novorozence, dále ovládají resuscitaci a stabilizaci novorozence. Neonatologická pracoviště jsou trojího stupně, kdy I. stupeň se nachází v každé porodnici a ve III. stupni se již jedná o vysoce specializovaná centra, která mají v péči ty nejtěžší případy.

V souvislosti s nedonošenými dětmi se často uvádí pojem viabilita. Vokurka et al. (2015) ve svém Velkém lékařském slovníku vysvětlují tento pojem slovem „životaschopnost“.

Další významné pojmy jsou chronologický a korigovaný věk. Chronologický věk je věk podle data narození, ale Peychl (2005) objasňuje, že není možné porovnávat donošené dítě s nedonošeným, protože se diametrálně liší ve váze, velikosti, motorice, psychickém a smyslovém vývoji. Proto je potřeba u nedonošených dětí přepočítávat jejich věk a teprve podle toho zjišťovat míru a správnost vývoje. Korigovaný věk se zjistí tak, že od chronologického věku se odečte počet týdnů, o které se dítě narodilo dříve. Tento přepočet doporučuje používat celé první dva roky po porodu. Janáčková et al. (2016) uvádí, že přepočítávat věk je možné maximálně do 3 let věku dítěte. Pokud ani pak „nedožene“ donošené děti, dá se jeho vývoj považovat za opožděný. V opozici k tomu však Dokoupilová et al. (2009) píše, že korigovaný věk by se mohl počítat až do doby nástupu dítěte do školy.

Smutným, ale nutně sem patřícím pojmem, je i mortalita. Peychl (2005) říká, že úmrtnost těchto dětí je 5 – 10krát vyšší než v ostatní populaci. Zaban (2015) nadšeně sděluje, že za posledních 15 let v ČR výrazně klesl počet úmrtí nedonošených dětí. Ten se pohybuje pod

2,5 na 1000 živě narozených dětí. S klesajícím počtem úmrtí souhlasí i Dokoupilová et al. (2009), která navíc uvádí, že stoupá počet nezralých novorozenců, kteří jsou rychleji propuštěni do domácí péče. Klesající počet úmrtí nedonošených dětí může demonstrovat i výrazně starší publikace, kde Machová et al. (1977) tvrdí, že téměř žádné dítě, které má porodní váhu pod 1 000 g, není životaschopné.

Častěji, než u donošených dětí, se mluví o morbiditě nedonošených. Peychl (2005) na základě výzkumu tvrdí, že 20 % předčasně narozených dětí je do prvního roku života minimálně jednou hospitalizováno. U dětí, které byly při narození na hranici viability, dokonce udává údaj 70 %.

Hodně se hovoří i o adaptaci narozeného nedonošeného dítěte. Dokoupilová et al. (2009) přisuzuje váhu třem faktorům, které mají vliv na adaptaci miminka. A to – nitroděložnímu vývoji plodu, průběhu porodu a týdnu, ve kterém došlo k porodu. Janáčková et al. (2016) vysvětluje, že nedonošené dítě se rodí nezralé. O „velikosti“ nezralosti rozhoduje týden, ve kterém přišlo na svět. Tato nezralost je patrná víceméně ve všech jeho orgánech – má nezralé plíce, mozek, srdce, ledviny, oči, uši, kůži, může mít problémy i s krví, imunitou a zažíváním.

Pokud se stav miminka stabilizuje, je možné započít s přípravou na propuštění z nemocnice. Janáčková et al. (2016) poukazuje na nutnost, aby byla matka dítěte co nejčastěji na oddělení intenzivní péče společně s miminkem. Potřebě řádné edukace obou rodičů před propuštěním dítěte do domácí péče se věnuje i Peychl (2005). Rodiče se musí naučit jak dítě správně ošetřovat a jak o něj pečovat po všech stránkách, které vyžaduje. Dle Dokoupilové et al. (2009) musí dítě před propuštěním do domácí péče splňovat několik základních požadavků. A to požadavek na váhu, která by se měla pohybovat mezi 1 800 – 2 500 g, dále musí být stabilní s dýcháním, musí si v postýlce udržet tělesnou teplotu a musí mít stabilizované oční pozadí. Avšak i po jeho propuštění bude velmi pečlivě sledováno a vyšetřováno odbornými lékaři z různých oborů.

1.1.11 Výživa

Pro donošené i nedonošené děti je nejlepším způsobem výživy plné kojení. Ne vždy je to ale hned možné (Peychl, 2005). Dokoupilová et al. (2009) vysvětluje, že nezralé děti mají slabší sací reflex, a proto není možné je kojit. Řešením je zavádění sond s výživou, a to buď rovnou do žaludku, úst nebo i nosu. S krmením se začíná většinou v prvních hodinách po porodu, nejspíše však v prvních dnech. Krmení sondou je většinou nutné u dětí, které se narodily před 34. týdnem těhotenství.

Mateřské mléko žen, které porodily předčasně, je navíc svým složením odlišné od mléka matek, které rodily v termínu. Toto mléko je bohatší na některé živiny, zvláště bílkoviny. Matkám po předčasném porodu se ale většinou nezačne tvořit mléko hned, a proto je nutné zpočátku využít cizí pasterizované mateřské mléko (Dokoupilová et al., 2005). Zároveň však autorka poukazuje na to, že ani mateřské mléko, které je jinak pro dítě nejlepší a chrání ho před řadou infekcí, nemusí nezralému miminku pokrýt kalorickou potřebu, a pak se musí mléko obohacovat o speciální fortifikátory pro nedonošené děti, které obsahují bílkoviny, cukry, vitamíny a stopové prvky. Tatáž autorka dále vyjmenovává vitamíny, které tyto děti potřebují a důvody, proč je potřebují – vitamín D (důležitý pro vstřebávání vápníku ve střevě a podporuje mineralizaci kostí), vitamín K (má vliv na krevní srážlivost v játrech a je všem dětem podáván první den po narození), železo (nedonošené děti mají větší ztráty červených krvinek, proto se dodávání železa doporučuje hlavně těm, které měly porodní váhu pod 1 500 g) a vitamín B (jeho množství má vliv na nervový systém, kůži a vznik červených krvinek). Nicméně Psychl (2005) uvádí, že nejméně polovina nedonošených dětí je v době propouštění do domácí péče na umělé výživě, protože laktace matky třeba již ustala. Pak je nutné vybrat vhodné mléko.

1.1.12 Diagnózy

Podle Šándorové (2015) je pro stanovení diagnózy a následné prognózy vývoje dětí nutno znát bio-psycho-sociální souvislosti. U dětí jde o velmi dlouhodobý proces. Janáčková et al. (2016) navíc uvádí, že předčasně narozená miminka jsou nejenom po všech stránkách nezralá, ale může mít celou řadu dalších více či méně závažných nemocí. Miminka mohou mít problémy s – dýcháním, postižením CNS, trávením, vylučováním, kostmi, očima, sluchem, krví, cévami, ... Může se objevit i syndrom náhlého úmrtí kojence.

Mezi časté problémy s dýcháním Psychl (2005) zařazuje syndrom respirační tísně, apnoické pauzy a bronchiální astma. V souhrnu však uvádí, že v souvislosti se zráním plic se tyto problémy normalizují. Autor ale považuje za nejzávažnější důsledek předčasného porodu daleko vyšší riziko dlouhodobého poškození mozku. U miminek se objevuje krvácení do mozkových komor, perinatální asfyxie (nedostatek kyslíku) či hydrocefalus. Dále uvádí, že následkem poškození CNS může být vznik křečů, které mohou vést až k epilepsii. Straňák et al. (2015) ještě dodává, že u předčasně narozených se objevují tonické křeče.

V trávení se velmi často objevuje přechodná intolerance stravy, která souvisí především s nezralostí miminka, a také obtíže se stolicí (Psychl, 2005). Také uvádí, že řada kojenců trpí kolikami. Na to navazuje Adámková et al. (2014), která tvrdí, že období kojeneckých kolik

může u nezralých miminek končit až mezi 3. - 4. měsícem biologické zralosti.

Straňák et al. (2015) poukazuje u nedonošených dětí na častý jev – metabolické onemocnění kostí, které je způsobené nedostatečnou mineralizací. Narušená rovnováha v mineralizaci může vést ke změně mikroarchitektury kostní tkáně, a tím ke zvýšené kostní fragilitě.

Kraus et al. (1997) tvrdí, že retinopatie nedonošených je nejčastější příčinou vrozené slepoty a postihuje obě oči. Vývoj sítnice končí až ve 40. gestačním týdnu, z čehož jasně vyplývá anatomická predispozice ke vzniku retinopatie. Rozsival et al. (2006) uvádí, že toto onemocnění postihuje především děti, které se narodily před 32. gestačním týdnem a jejich porodní hmotnost byla pod 1 500 g. Onemocnění je způsobené nepřiměřeně vysokou koncentrací kyslíku v inkubátoru (nad 40 %). Sítnice si na tuto vysokou hodnotu zvykne a v momentě, kdy se dítě vezme z inkubátoru, ocitne se sítnice v hypotoxickém stavu. Aby se onemocnění a následné ztrátě zraku předešlo, je nutné, aby dítě zůstávalo v inkubátoru jen po dobu nezbytně nutnou, aby koncentrace kyslíku nepřekračovala 30 % a v neposlední řadě by mělo docházet k pozvolnému přechodu dítěte z inkubátoru do normální atmosféry. Součástí jsou i pravidelné kontroly očním lékařem.

Peychl (2005) se domnívá, že u nedonošených dětí je i několikanásobně vyšší riziko výskytu poruchy sluchu. Poruchy mohou být převodní, ale častěji se spíše vyskytují centrální poruchy vzniklé následkem postižení sluchového nervu hypoxií. Mukšnáblová (2014) poukazuje na to, že novorozenec preferuje vysoké tóny a pozná hlas své matky. Pokud dítě nesprávně reaguje nebo nereaguje na zvukové podněty, je nutné jeho sluch vyšetřit, protože včasný záchyt poruchy sluchu má vliv na celkový rozvoj řeči.

Peychl (2005) se vyjadřuje i k problémům s krví nedonošených dětí. U těch se často objevuje anémie, kdy dochází k útlumu krvevotvorby a poklesu počtu erytrocytů. Ty jsou pak do krve miminka vpravovány infuzemi.

K syndromu náhlého úmrtí kojence Peychl (2005) dokládá, že jeho výskyt je u nedonošených dětí 2 – 3x vyšší než u donošených. Etiologie syndromu je však stále neznámá.

Goetz et al. (2013) uvádí, že další poruchou, která se častěji objevuje u nedonošených a nezralých dětí je ADHD. Předčasný porod však není jedinou příčinou vzniku ADHD. Zásadní příčinou jsou vlivy genetické. Thomson (2018) vysvětluje tuto poruchu jako biologický stav, kdy je postižena část mozku řídící paměť, impulzivitu a soustředění. Slowík (2007) ji definuje jako syndrom narušené pozornosti spojený s hyperaktivitou. Syndrom je dle autora charakteristický specifickou poruchou chování vyplývající z hyperaktivních

projevů. Goetz et al. (2013) tvrdí, že tato hyperaktivita se může projevit už v novorozeneckém věku a to tak, že dotyčné dítě má nápadně nepravidelný režim (bdělosti, spánku, pláče, krmení). Dle Pokorné (2010), která nazývá ADHD „hyperkinetickou poruchou“, jsou nutné pro její diagnostiku tři podmínky – symptomy se objevily před sedmým rokem věku dítěte, jsou v takové míře, že se jeví jako vývojová úchylka a posledním kritériem je, že přetrvávají nejméně šest měsíců. Zelinková (2015) pak dává návody, jak dítě s ADHD redukovat. Nejprve musí dojít ke změně podmínek, ve kterých dítě žije, aby se předešlo negativním podnětům, které jsou pro dítě spouštěčem problémového chování.

Pokud je u nedonošených nezralých dětí podezření na chybný motorický vývoj, používá se Vojtova principu k rané diagnostice (Smolíková et al., 2017). Autorka vysvětluje, že tento princip vychází z vyšetření spontánní motoriky, polohovacích reakcí a vyšetření reflexů. Výsledky vyšetření přinesou informaci o stupni zralosti CNS a o možném stupni centrální koordinační poruchy.

1.1.13 Sledované indikátory

Nedonošené děti jsou pečlivě zkoumány a vyšetřovány celou řadou odborných lékařů. Za hlavní sledované indikátory, před propuštěním do domácí péče, Peychl (2005) považuje váhu a růst. Nedonošené dítě ztrácí po porodu více tělesné hmotnosti než dítě donošené, a to až 20 % porodní váhy. Tak vysoká ztráta je daná tím, že tělo nedonošeného dítěte obsahuje větší podíl tekutiny. Pokles váhy se zastaví většinou až mezi 7. a 14. dnem po porodu. I přírůstek váhy má pak pomalejší tempo než u donošených. Někdy se však může objevit tzv. catch-up (růstový výšvih), kdy dítě přibývá na váze i délce rychleji. Je to způsobené výrazně nadprůměrným množstvím přijímané energie – dítě je schopné přijmout více mléka.

Při sledování dalšího vývoje růstu nedonošených dětí se autor odvolává na používání standardizovaných percentilových grafů, které sledují růst do délky, vývoj váhy a obvod hlavy. Tyto grafy existují i ve variantě pro děti s nízkou porodní váhou. Za nejlepší prostředek příznivého ovlivnění růstu dětí považuje především optimalizaci jejich výživy.

1.1.14 Vývoj a chování nedonošených dětí

Dittrichová et al. (2004) uvádí ve své knize studii, která se zaměřovala na porovnávání vývoje u donošených a nedonošených dětí (bez výrazného postižení), a to z několika hledisek – zdravotní a tělesný stav, neuromotorický vývoj a psychický vývoj (reakce na smyslové podněty, chování, mentální vývoj). V porovnávání zdravotního a tělesného vývoje nezaznamenala mezi skupinami výrazný rozdíl. Přestože nedonošené děti měly více

drobných odchylek, dosahovaly podobného přibývání na váze i růstu, výrazně se nelišila ani frekvence onemocnění v 1. roce života. Jinak tomu už bylo v porovnávání neuromotorického vývoje, kde byly nedonošené děti hodnoceny výrazně hůře. V první polovině roku života byla odchylka patrná především v oblasti svalového napětí, další odchylka byla ve schopnosti dětí přetáčet se na břicho. Nejvýraznější rozdíl byl zaznamenán ve vývoji stoje. Je tedy patrné, že neuromotorický vývoj donošených a nedonošených dětí se zásadně liší.

Autorka dále předkládá výsledky ze zkoumání psychického vývoje. U reakcí na smyslové podněty zaznamenaly testy srovnatelné výsledky. V oblasti chování se objevovaly jen drobné rozdíly, které se vyrovnaly v prvním roce života dítěte. U nedonošených dětí byla zjištěna vyšší dráždivost a horší adaptace na nové prostředí. V porovnávání psychomotorického vývoje do věku 12ti měsíců nebyly zjištěny výrazné rozdíly. Jiné to však bylo u dětí ve věku nad 12 měsíců, kde skupina nedonošených dopadla výrazně hůře. Bylo posuzováno adaptivní a sociální chování, řeč, jemná a hrubá motorika – ve všech oblastech měly nedonošené děti nižší výsledky.

Na pozdější vývojové problémy má podle Šulové (2010) vliv hlavně kombinace biologických a sociálních rizik. Biologická rizika vnímá spíše jako krátkodobá, která přechodně blokuje fyzickou a neurologickou rovnováhu a působí na motorickou a kognitivní oblast. Sociální rizika jsou naopak chronická, dlouhodobá a postupně nabírají na intenzitě. Jejich negativní vliv může být patrný až třeba ve škole.

1.1.15 Rodiče dítěte

Jungwirthová et al. (2015) se domnívá, že narození nedonošeného dítěte znamená pro rodinu hluboký otřes. Tuto situaci vnímá jako spouštěč traumatické krize, která u rodičů dítěte může vyvolávat šok, úzkost a následně rozvoj obranných mechanismů. Tyto mechanismy mají své fáze a průběh – od popření problému, přes apatii, zpochybňování, agresivitu (např. vůči lékařům), až k hledání viníka celé situace. Janáčková et al. (2016) tvrdí, že nejsilnějším pocitem po předčasném porodu je pocit viny matky, která je zoufalá a snaží se najít odpovědi na to, proč se to stalo, proč k něčemu takovému došlo. Ale cítit vinu za nastalou situaci je destruktivní. Matky ujišťuje, že většina z nich za předčasný porod miminka vůbec nemůže.

Faktem však zůstává názor Dokoupilové et al. (2009), že rodina se „celé“ těhotenství připravovala a těšila na příchod nového člena. Zařizovala vše potřebné pro maximální spokojenost miminka. Jenže se něco stalo a vše je najednou jinak. Miminko přišlo dříve, než se čekalo, muselo úplně jinam než do náruče matky a navíc může mít celou řadu dalších zdravotních komplikací a být ohroženo na životě. Sobotková et al. (2015) spatřuje problém

v konfrontaci fantazie a reality – rodina čekala radostnou událost narození dítěte a oslavy, ale realitou je miminko umístěné na předem neurčenou dobu v inkubátoru. Matka později odchází domů bez svého dítěte a několik měsíců za ním může do nemocnice jen dojíždět. To často přispívá k její úzkosti a pocitům bezmoci. French (2017) také popisuje neustálou potřebu matky (rodičů) být co nejčastěji u svého dítěte, protože každá chvíle by mohla být tou poslední, zvláště pokud má miminko vážné zdravotní problémy.

Jungwirthová et al. (2015) přikládá velkou váhu tomu, aby bylo rodičům co nejdříve umožněno být v blízkosti svého dítěte, aby byli schopni navázat s ním vztah. Důležitost vidí i v tom, aby rodiče nevnímali jen zdravotní problémy svého miminka, ale viděli i jeho pozitivní stránky. V tomto ohledu by měly hodně komunikovat se zdravotnickým personálem, který se jim snaží pomoci zvládnout nastalou situaci a naučit je, jak k miminku přistupovat, jak o něho pečovat.

Dalším výrazným otřesem pro rodinu může být diagnostikování nějakého typu postižení. Vidová (2015) poukazuje na to, že přijetí dítěte se závažným hendikepem je dlouhodobý proces. Rodina mění své hodnoty a potřeby, často je vystavena stresovým a traumatizujícím momentům. U rodičů se objevují pocity vlastního selhání, obav z budoucnosti, přicházejí partnerské krize, rodina má vyšší finanční i časové nároky. Fitznerová (2010) ještě dodává, že rodina se musí vyrovnávat také s reakcemi okolí, které ne vždy musí být kladné, chápající a mohou rodiče dost ranit. Tím spíš, když je postižení na dítěti vidět na první pohled.

4.1 Sociální služby pro rodiny s dětmi

MPSV se ve své Zprávě o rodině (2017) zaměřuje mimo jiné na hlavní deficity systému služeb pro rodiny s dětmi. Nedostatky shledává v několika oblastech – nedostatečné legislativní ukotvení, a s tím související finanční nejistota a nestabilita preventivních a podpůrných služeb (poradenské a terapeutické služby, aktivity na podporu stability rodiny, sladování práce, osobního a rodinného života); kapacitní, časová i místní nedostupnost psychologické nebo psychoterapeutické služby; různá kvalita poskytovaných služeb; regionální nevyváženost či úplná absence některých typů služeb mimo velká města; celková nepřehlednost systému služeb o ohrožené rodiny; roztržitost systému primární prevence a neexistence funkční spolupráce mezi jednotlivými institucemi.

Obdobná Zpráva o rodině od MPSV, ale z roku 2004, se už také zabývala službami pro rodiny s dětmi. V této zprávě se píše o rozlišování dvou typů služeb, které slouží k podpoře rodin. Prvním typem jsou služby sociální. Ty jsou zaměřené buď na přímou podporu a pomoc rodině jako celku či jednotlivým členům v takových situacích, které nedokážou řešit sami

bez pomoci. Druhý typ služeb jsou služby zaměřené na podporu fungování rodiny. Mají převážně preventivní a podpůrný charakter při péči o děti a harmonizaci práce a rodiny. Služby zaměřené na podporu rodin rozpracovává další zpráva MPSV z roku 2013 – Aktivity k podpoře rodin. V této zprávě je uvedeno dělení služeb následovně:

- Komerčně poskytované služby na podporu fungující rodiny – hlídání dětí (do 3 let věku), pomoc s vedením domácnosti nebo volnočasové a vzdělávací aktivity pro děti
- Nekomerčně poskytované služby na podporu fungující rodiny – mateřská centra, volnočasové aktivity pro děti nebo rodiny s dětmi, podpora ve slučitelnosti profesních a rodinných rolí, podpora harmonického partnerství a manželství, podpora odpovědného rodičovství
- Činnosti poskytované v rámci sociálně-právní ochrany dětí – preventivní a poradenská činnost, činnost dětí v rámci náhradní rodinné péči, práce s dětmi vyžadující zvýšenou pozornost

Národní strategie rozvoje sociálních služeb (2015) považuje sociální služby jako nástroj sociální politiky. Důvodů, proč lidé využívají těchto služeb, nastiňuje hned několik, a to od zdravotního postižení až po možnou hrozbu sociálního vyloučení. Z toho odvozuje, že funkce sociálních služeb je jak ochranná, tak preventivní. Podle definice Matouška (2007) jsou sociální služby poskytovány společensky znevýhodněným lidem, přičemž cílem je zlepšení kvality jejich života či ochrana před riziky.

Matoušek et al. (2014) se domnívá, že výsledkem prvních kontaktů mezi pracovníkem a rodinou má být zhodnocení potřeb rodiny a případně i hodnocení rizik. Poté by měla následovat smlouva o práci s rodinou. Tento dokument deklaruje cíle podpory, četnost kontaktu rodiny a pracovníka, formu a délku kontaktu. Cíle mají být formulovány jako konkrétní nové projevy patrné v chování členů rodiny.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyjmenovává všechny typy a formy sociálních služeb, které jsou poskytovány na území ČR. Primárně je dělí na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Pod každou z těchto oblastí spadá celá škála služeb. Sociální poradenství může být základní a odborné. Základní poradenství musí poskytovat každá sociální služba, a to zdarma, odborné pak pouze specializované poradny. Služby sociální péče mají pomáhat v zajištění soběstačnosti a služby sociální prevence mají zabraňovat sociálnímu vyloučení.

Na služby poskytované přímo rodinám s dětmi nahlíží Brozmanová Gregorová (2006)

z různých úhlů. V jednom případě chápe rodinu jako sociální prostředí klienta – jednotlivce (intervence je zacílena na odstranění či zmírnění problémů prostřednictvím rodinného systému). Ve druhém případě pak bere celou rodinu jako klienta (v intervenci jde o změnu fungování systému, tedy adaptaci celé rodiny na nové podmínky).

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou vyjmenované sociální služby, jejichž cílovou skupinou jsou rodiny s dětmi. Často je ale poskytování služeb limitováno věkem dítěte či specifickou situací, ve které se rodina nachází. Těmito situacemi může být akutní krize nebo zdravotně postižené dítě. Služby sociální péče, které jsou přímo pro rodiny s dětmi, jsou pouze raná péče, pečovatelská služba, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež a sociálně aktivizační služby pro rodiny a děti.

1.1.16 Raná péče

1.1.16.1 Základní vymezení

Opatřilová et al. (2012) vysvětluje, že raná péče je jednou z mnoha sociálních služeb, které definuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, a to s účinností od 1.1.2007. Tento zákon upravuje rozsah a formu poskytovaných služeb, které musí vycházet z individuality dotčených osob. Sociální služby musí být poskytovány vždy v zájmu klienta, a tak aby zajistily dodržování lidských práv a svobod. Konkrétně ranou péčí zde v § 54 popisuje jako terénní či ambulantní službu poskytující péči a podporu dítěti a jeho rodičům, a to do 7 let věku dítěte. Přičemž toto dítě musí být buď zdravotně postižené, nebo je jeho vývoj ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba rané péče je tedy zaměřena na podporu rodiny a dítěte se zřetelem na jeho specifické potřeby.

Prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. uvádí v § 19 základní činnosti, které má raná péče poskytovat. Jsou to:

- a) *„výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti: zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte s postižením nebo znevýhodněním, specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám, podpora a posilování rodičovských kompetencí, upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny, vzdělávání rodičů, například formou individuálního a skupinového poskytování informací a zdrojů informací, seminářů, půjčování literatury, nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte, instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti*

kognitivní, senzorické, motorické a sociální,

- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou, pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob, podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,*
- c) sociálně terapeutické činnosti: psychosociální podpora formou naslouchání, podpora výměny zkušeností, pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny,*
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí: pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů, doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte.“*

Matyášová (2015) ještě dodává, že raná péče poskytuje rodičům dítěte psychickou podporu, aby dokázali zvládat novou náročnou situaci, učí je speciální postupy pro rozvoj dítěte a v neposlední řadě i seznamuje s rodinami, které jsou v podobné situaci. Upozorňuje na to, že rodiče, především v prvních měsících života dítěte, potřebují ocenění a povzbuzení. Potřebují hledat a vidět možnosti a budoucnost svého dítěte. Dětem naopak raná péče přináší podněty, které je mají zaujmout a vyvolat reakci (hračky a různé pomůcky) – to se děje především prostřednictvím hry, která je pro ně přirozená. Autorka proto připomíná, že klientem rané péče je celá rodina.

Opatřilová et al. (2012) shledává těhotenství, porod a následnou poporodní péči zásadním momentem pro optimální vývoj dítěte. Včasná diagnostika odchylek ve vývoji novorozenců během prvních třech měsíců a zahájení vhodných intervenčních programů jsou předpoklady k úspěšnému kompenzování následků porodu (např. hypoxie, DMO, poškození zraku či sluchu). Poukazuje přitom na výzkum společnosti Aperio, který proběhl v letech 2000 a 2003 v porodnicích a zaměřoval se na to, jaké přístupy, služby a pomůcky české porodnice nabízejí.

1.1.16.2 Význam včasné intervence

Opatřilová et al. (2012) zastává názor, že terapie a podpora musí brát v úvahu specifické potřeby každého dítěte. Nesmí ho však příliš přetěžovat a je nutné do podpory zapojit i prostředí, ve kterém se dítě pohybuje (rodina, pedagogové, ...). Význam rané péče spatřuje v předcházení postižení nebo eliminaci jeho následků a poskytnutí rodině i dítěti možnost sociální integrace. Mozek malého dítěte je velmi plastický, proto je regenerace a

kompenzace poškození závislá na včasné edukaci. Odborně použitá raná péče (intervence, různé aktivity, speciální edukace) má sloužit ke zlepšení organických funkcí, k vybudování adekvátních způsobů chování a k normálnímu vývoji osobnosti dítěte. Zda bude tato podpora funkční a úspěšná, záleží na spolupráci všech zainteresovaných odborníků – lékařů, psychologů, terapeutů, speciálních pedagogů a pochopitelně i rodičů dítěte.

Autorka míní, že služby rané péče mají být poskytovány od doby zjištění rizika, až do doby nástupu do školského zařízení.

1.1.17 Pečovatelská služba

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 40 je definováno, že tato služba může být poskytována terénně nebo ambulantně, a to nejen osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, ale i rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu*
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu*
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy*
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.*

1.1.18 Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 62 je definováno, že tato zařízení poskytují ambulantní i terénní služby dětem ve věku 6 až 26 let, které jsou ohrožené společensky nežádoucími jevy. Služba si klade za cíl zlepšit kvalitu jejich života, a to předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících s jejich způsobem života. Dále pak napomáhá s lepší orientací v jejich sociálním prostředí a vytváří podmínky k řešení nepříznivé sociální situace. Tato zařízení mohou poskytovat služby anonymně. Jedná se o následující 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.

1.1.19 Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 65 je definováno, že služba je poskytována terénní, případně ambulantní formou. Je určena pro rodinu s dítětem, jehož vývoj je ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokážou sami bez pomoci překonat, a u kterého existují i další rizika ohrožení vývoje. Základními činnostmi jsou:

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.

1.1.20 Sanace rodiny

Dalším nástrojem, který pomáhá podporovat rodinu předčasně narozeného dítěte, je sanace rodiny. Díky této službě pociťují děti i rodiče podporu k zachování rodiny jako celku. Při sanaci rodiny dochází k činnostem, díky kterým není dítě odebráno z rodiny. Sanace probíhá tak, že tým podporuje jednotlivé členy celé rodiny. Během sanace rodiny se nejčastěji využívají komunikační metody, díky kterým vzniká vztah důvěry mezi rodinou navzájem, ale také mezi rodinou a pomáhajícími zaměstnanci. Cílem těchto komunikačních technik je to, aby rodina poznala, jaké má své slabiny, a mohla je následně odstranit (Bechyňová, 2008).

Cílem sanace je to, aby se v rodině dosáhlo změn či zlepšení rodičovských dovedností, ale také sociálních podmínek v rizikových rodinách. Tam je pak možnost odebrání dítěte, nebo jeho umístění do ústavního zařízení. Sanace rodiny se tak snaží o prevenci, a o zmírnění ohrožení dítěte, v souvislosti s jeho odebráním. Sanace rodiny je možné řešení, jak podpořit rodiče, aby zvládali péči o dítě. Jinak se mohou vyskytnout možná ohrožení, mezi které patří například sociální či psychické problémy (chudoba, zanedbávání a další). Důležitost těchto služeb, které se zaměřují hlavně na podporu ohrožených rodin, musí směřovat nejprve ke stabilní sociální situaci rodiny, ale pak musí přejít k podpoře rodičovských dovedností (Matoušek, 2014).

Do multidisciplinárního týmu celé sanace patří pracovníci sociálně právní ochrany dětí, pracovníci centra pro sanaci rodiny, pracovníci zařízení pro výkon ústavní výchovy a

další odborníci, kteří pracují s dětmi či celou rodinou, a kteří jsou využíváni dle potřeb klientů. Nejdůležitějším prvkem při sanaci rodiny je důvěra mezi pomáhajícími pracovníky, a mezi jednotlivými členy rodiny (Pavlíková, Honzárková, 2010).

1.1.21 Sdružení Nedoklubko

Toto sdružení je nestátní neziskovou organizací, která se zabývá dobrovolnictvím, a doposud není financováno z žádných státních zdrojů. Hlavní prostředky tohoto sdružení jsou tedy pouze finanční dary, firemní dary či členské příspěvky. Nedoklubko je celorepublikové občanské sdružení, jehož hlavním cílem je pomáhat předčasně narozeným dětem, a hlavně jejich rodičům (Nedoklubko, 2021).

Nedoklubko vzniklo v roce 2002 a to díky iniciativě rodičů nedonošených dětí. V současnosti toto sdružení řeší problematiku předčasně narozených dětí, kterou se také snaží zviditelnit ve společnosti. Sdružení vydává brožury, které mohou pomoci rodičům po narození miminka, navštěvuje Perinatologická centra a obecně se snaží pomáhat rodičům i dětem (Nadace Via, 2021).

Hlavním cílem je tedy podpora celé rodiny v souvislosti s jejich předčasně narozenými dětmi, zajištění kontaktů na další organizace, které pomáhají s předčasně narozenými dětmi, tvorba prostoru pro sdílení zkušeností s ostatními rodiči, kteří se s podobnou situací setkali atd. Sdružení se také zabývá setkáváním se s rodiči, tvorbou diskusního fóra s rodiči, kteří mají předčasně narozené děti, spoluprací s odborníky, širokou veřejností a další. Nedoklubko zajišťuje rodičům také kontakt s neurology, psychology, a jinými specialisty v rámci uspokojování potřeb rodičů nedonošených dětí (Nedoklubko, 2021).

5.1 Předškolní vzdělávání a zahájení školní docházky

Matoušek et al. (2014) si uvědomuje, že pokud rodina dítěte není v evidenci orgánu sociálně-právní ochrany dětí, pak je jediným odborníkem, který může pravidelně sledovat vývoj dítěte, pediatr. Jeho primárním zájmem je sice zdravý vývoj dítěte, ale může rodičům poskytovat i poradenství v oblasti výchovy.

Pokud rodina již od narození dítěte spolupracuje s nějakým orgánem či službou skrze pracovníka docházejícího do přirozeného prostředí dítěte, Matoušek et al. (2014) míní, že tento pracovník může identifikovat signály možného odchýlení od běžného vývoje a pomoci rodině tuto situaci řešit – může zprostředkovat návštěvu rodiny u lékaře, kam je může i

doprovodit. V případě, že pracovník zaznamená obtíže ve vazbě rodiče na dítě, může také intervenovat. Takové rodiče vede pracovník k častějšímu příjemnému fyzickému kontaktu s dítětem (chování, hlazení, objímání), nabízí společné činnosti s dítětem (zpívání, mluvení) nebo napomáhá s výběrem vhodných hraček. U malých dětí, které ještě nenavštěvují předškolní zařízení, musí pracovník vykovávat i kontrolní roli a zjišťovat, zda jsou naplňovány základní potřeby dítěte. Zároveň může posuzovat i bezpečnost prostředí, ve kterém dítě žije a v případě zjištění nedostatků, jednat s rodiči o nápravě (nebezpečí pádu při přebalování, bezpečnost při vaření, zabezpečené elektrické zásuvky, umístění čisticích prostředků, ...).

U předškolních dětí vidí Matoušek et al. (2014) stále potřebu přítomnosti pracovníka v rodině. Zvláště, pokud dítě nedochází do žádného předškolního zařízení. V tomto věku dítě potřebuje mít dostatečně podnětné prostředí, což si rodiče mnohdy neuvědomují. Zároveň je v tomto období nutné nastavovat dítěti jasné hranice, protože je už schopno chápat příčiny a následky svého chování a jednání. A s tím přichází u některých dětí problém – dítě je vzdorné a někteří rodiče mohou na jeho chování reagovat přehnaně. Další funkcí pracovníka v rodině s předškolním dítětem je hodnocení jeho zralosti – může například doporučit návštěvu logopedie nebo pedagogicko-psychologické poradny.

Služby pracovníka mohou dle Matouška et al. (2014) využít i rodiny, které mají již školou povinné dítě. Nástup do školy bývá někdy pro rodiny kritický, protože se mohou naplno projevit nedostatky v péči o dítě. Na rodiče klade nástup dítěte do školy další nároky, které nemusejí být schopni řešit. Rodiče mohou mít problém s komunikací se školou, požadavky školy pro ně mohou být nesrozumitelné (osobní limity rodičů), neumí dítěti vytvořit a zajistit podmínky pro plnění školních povinností (prostor a čas) nebo o dítě a jeho školní docházku nejvíce dostatečný zájem (souvisí s výchovným stylem v rodině). U školních dětí může pracovník apelovat i na vhodnost trávení volného času dítěte. Dítě má větší akční rádius, je více samostatné a je potřeba, aby si dítě i rodiče uvědomili možná rizika i to, jak jim předcházet.

1.1.22 Vzdělávání a jeho cíle

Veverková (2009) poukazuje na to, že vzdělávání je základní lidskou potřebou, jejíž naplňování poskytuje jedinci širokou škálu vědomostí, dovedností, postojů a hodnot, které mu slouží celý život. Mimo to mu dále zvyšuje schopnost a možnost zapojit se do ekonomických, politických, sociálních a kulturních aktivit a přizpůsobovat se změnám. Vzdělání je nutnou podmínkou pro identifikaci s kulturou a prostředkem pro uspokojování

všech dalších potřeb. Autorka dále nastiňuje i to, co by mělo být cílem vzdělávání, a to z různých oblastí. Konkrétně politické cíle, sociální cíle a ekonomické cíle. Politickým cílem vzdělávání má být výchova občanů státu, udržení politického systému, vytvoření základny pro demokratický dialog, zapojení mladých lidí do politického života či dokonce příprava budoucích politických představitelů. Mezi sociální cíle patří zlepšování sociálních podmínek, snižování napětí ve společnosti nebo řešení sociálních problémů. Ekonomickými cíli míní zvýšení výkonnosti národního hospodářství, technologické inovace a socializaci do pracovního procesu. Autorka samozřejmě dodává, že toto jsou obecné a komplexní cíle celého procesu vzdělávání a že od nižších stupňů vzdělávání se očekává především socializace jedince.

Šulová (2003) dodává, že socializace dítěte v předškolním věku je ovlivněna celou řadou faktorů, kdy jedním z nich je i sociokulturní kontext, ve kterém dítě vyrůstá a ve kterém je vychováváno. Současná společnost je velmi proměnlivá a klade na rodiče a jejich děti stále nové a nové požadavky. Rodiče předávají dítěti své kulturní zkušenosti, a proto nemá dítě v rané fázi vývoje možnost naučit se něco, co se nenachází v jeho okolí.

Ve Zprávě o rodině, kterou v roce 2017 vydalo MPSV se k tomuto tématu píše, že v současné společnosti je nevyhnutelné, aby velkou část výchovně socializační funkce rodiny převzaly společenské instituce. Jde o hledání vzájemné efektivní spolupráce a podpory mezi rodinou a společností. Dle Zprávy se vzdělávání přitom neomezuje jen na školský systém včetně péče o předškolní děti, ale jde i o odbornou pomoc ve vzdělávání dětí od nejtěžšího věku. Posláním škol a školských zařízení je na jedné straně náprava nedostatků vznikajících v rodině a její výchově, které jsou bez odborné pomoci těžko řešitelné, ale na druhé straně je potřeba respektovat právo a zodpovědnost rodičů za výchovu svých dětí. Aby to bylo možné skloubit, je nutné, aby rodina dítěte spolupracovala se školou na organizaci výchovy a vzdělávání (např. rady rodičů).

1.1.23 České školství

Zpráva o rodině (2017) vyzdvihuje přednost českého školství, která tkví v jednotném principu, a to pro preprimární, primární a sekundární vzdělávání s návazností i na terciální. Školská a rodinná politika se v České republice protínají především na úrovni základního vzdělávání. Jeho funkce pokrývají širokou oblast – od socializace a přípravy na život dítěte, přes reprodukci lidského a kulturního kapitálu společnosti až po prevenci negativních jevů či výchovu k partnerství a rodičovství. Proto se například novelou školského zákona prosadilo zavedení povinného inkluzivního vzdělávání. Toto opatření přispívá ke

zrovnoprávnění podmínek vzdělávání pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami.

1.1.24 Předškolní vzdělávání a péče

Ve Zprávě o rodině (2017) se uvádí, že současný systém kolektivních zařízení péče o předškolní děti je možné rozčlenit do třech oblastí:

- Mateřské školy, které se provozují na základě školského zákona a jsou zapsané ve školském rejstříku (veřejné, církevní i soukromé mateřské školy)
- Neškolská zařízení provozovaná na základě živnostenského zákona (soukromé a firemní školky, zařízení při mateřských a rodinných centrech)
- Dětské skupiny

Kromě kolektivních zařízení pro předškolní děti se zpráva zmiňuje i o individuální péči, která je zpravidla zajišťovaná prostřednictvím chův buď v domácím prostředí rodiny nebo v domácnosti chůvy.

Zpráva o rodině (2017) dále poukazuje na nesourodost v systému denní péče o předškolní děti, a to hlavně proto, že mateřské školy zapsané ve školském rejstříku musí splňovat pevně stanovený právní rámec. Tato pravidla musí dodržovat i dětské skupiny, ale nikoli už kolektivní zařízení, které funguje podle živnostenského zákona.

1.1.24.1 Mateřské školy

Svobodová et al. (2010) spatřuje úkol mateřské školy v tom, že doplňuje rodinnou výchovu dítěte a tím pádem společně s rodinou zajišťuje předškolní vzdělávání. Důležitým rysem je slovo „společně“. Učitelka by měla přijmout rodiče dítěte jako partnera a odborníka, respektovat ho a radit se s ním. Proto než dítě nastoupí do mateřské školy, měli by rodiče obdržet dostatek informací o jejím fungování. To se často řeší úvodní informační schůzkou.

Autorka dále upozorňuje na fakt, že k tomu, aby docházelo ke vzdělávání dítěte, musí být vytvořené příznivé podmínky a dítě musí mít naplňované své potřeby:

- Fyziologické potřeby – nenutit do jídla, ale motivovat k jídlu; umožnit alternativní trávení času, pokud dítě během odpočinku neusne; vytvořit dostatečný a bezpečný prostor pro pohyb
- Potřeba bezpečí – kvalitní nábytek, pravidla fungování ve třídě, důvěra
- Potřeba lásky – oční kontakt, naslouchat dítěti, vlídné slovo
- Potřeba uznání – výchova k respektu k druhým, absence trestů

Ve Zprávě o rodině (2017) je uvedeno, že v České republice dominují mateřské školy spadající do gesce MPSV. Tato zařízení poskytují vzdělávání pro děti nejčastěji od tří do šesti let, ale nejdříve od dvou let. Základním dokumentem, který vymezuje jejich zřizování, fungování a financování, je zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a dále vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání. Zpráva zmiňuje statistická data týkající se mateřských škol, kterých například ve školním roce 2015/2016 bylo 5 209 a navštěvovalo je 367 361 dětí. Na jednu mateřskou školu tak průměrně připadalo 70,5 dětí. Co se týče množství mateřských škol, tak jejich počty od počátku 90. let minulého století výrazně klesaly, nejméně jich bylo ve školním roce 2008/2009. Od tohoto roku ale nastal obrat a počty začaly opět stoupat a stoupají i v současné době. Dochází však ke změně ve zřizovateli mateřských škol – na počátku 90. let 20. století byly všechny mateřské školy veřejné (zřizované obcí, krajem či MPSV). Ale nyní se zvyšuje podíl i církevních a soukromých škol.

V nejnovější zprávě o rodině z roku 2020 je uvedeno, že ve školním roce 2018/2019 bylo na MŠMT zaregistrováno 4 746 mateřských škol zřizovaných obcí, 84 zřizovaných kraji, 399 soukromých a 50 církevních. Mateřské školy tak navštěvovalo na 363 776 dětí.

Zpráva o rodině (2017) také poukazuje na novelu školského zákona, která od školního roku 2017/2018 zavedla povinnou předškolní docházku pro děti v posledním roce mateřské školy před nástupem na základní školu. Další změnou je také to, že od školního roku 2020/2021 budou muset všechny mateřské školy zřizované obcí mít vytvořené podmínky pro vzdělávání dvouletých dětí.

1.1.24.2 Dětské skupiny

Zpráva o rodině (2017) uvádí, že dětské skupiny vznikly z potřeby doplnit stávající nedostatečnou nabídku denní péče o děti a také z potřeby dát systematický právní základ těm, kteří tuto činnost provozovali na základně jiných zákonů či právních předpisů. Jedná se o poskytování výchovné a vzdělávací péče v rámci oficiálního systému předškolního vzdělávání, a to na nekomerční bázi, čímž dochází ke zvýšení místní i cenové dostupnosti služby. Zřízení dětské skupiny také může pomoci v místech, kde je nedostatečný počet míst v mateřské škole. Dětská skupina není tolik svázána právními předpisy jako mateřská škola, a proto je její fungování variabilnější a flexibilnější. Další výhodou je, že je zde možné umístit i mladší dítě. Dětská skupina poskytuje služby dětem od jednoho roku do zahájení školní docházky, a to v rozsahu minimálně šest hodin denně. Maximální kapacita skupiny je 24 dětí. Pečující osoby musí být odborně způsobilé, vyhovující je pedagogické, zdravotnické

či sociální vzdělání. V roce 2017 bylo u MPSV zaevidováno cca 270 dětských skupin.

Zpráva o rodině z roku 2020 překládá nová čísla, která jsou výrazně vyšší. K lednu 2020 bylo registrováno 1 042 dětských skupin s celkovou kapacitou 13 600 míst. Tato čísla zařazují dětské skupiny na druhé místo ve využívání služeb péče o nejmenší děti hned za mateřské školy. Od roku 2019 navíc MPSV zřídilo auditní tým, který kontroluje kvalitu těchto skupin.

1.1.24.3 Neškolská kolektivní zařízení

Podle Zprávy o rodině (2017) se jedná o zařízení péče o předškolní děti, které jsou provozované mimo působnost školské legislativy a legislativy dětské skupiny a mohou být provozované komerčně i neziskově. Nezisková zařízení bývají cenově srovnatelná s veřejnými mateřskými školami a jsou tedy dostupnější. Služby komerčních zařízení naopak bývají mnohdy cenově velmi nadsazené. Všechna tato zařízení ale mají vyšší volnost ve věkovém rozpětí dětí, v jejich počtu, v kvalifikaci personálu, v zajištění stravy i v pojetí výchovného programu. Lépe tak někdy mohou splnit nároky rodičů a vzhledem k malému počtu dětí je možné zajistit individuálnější přístup než v mateřské škole. Tím, že nepodléhají školské legislativě, nepodléhají žádné externí kontrole kvality výchovného procesu a hlídá se u nich pouze dodržování základních hygienických a bezpečnostních pravidel. V současné době MPSV testuje projekt mikrojeslí, které by mohly zajišťovat pravidelnou profesionální péči o děti od šesti měsíců do čtyř let. Maximální počet dětí v mikrojeslích by byli čtyři. V provozu by měly být pět dní v týdnu, minimálně 8 hodin denně. Děti mohou být v té době i v domácnosti pečující osoby. Tento projekt vychází ze zahraničních zkušeností, kde mikrojesle již existují (Německo, Rakousko, Francie, Švýcarsko).

Zpráva o rodině z roku 2020 opět zmiňuje projekt mikrojeslí, ale uvádí, že o jejich zřízení není zájem ze strany obcí. Zároveň by ale rádi podpořili někoho, kdo by o jejich zřízení měl zájem.

1.1.24.4 Individuální péče o děti

Zpráva o rodině (2017) zařazuje tuto službu jako alternativu ke kolektivní péči o malé děti. Služba je zaměřena zejména na nejmenší děti a je poskytována prostřednictvím chův. Chůvy musejí splňovat odbornou způsobilost, a to složením tzv. profesní zkoušky u autorizované osoby dle předpisů Národní soustavy kvalifikací. Existují dva typy chův – chůva pro děti do zahájení povinné školní docházky, která pečuje o dítě (či děti) v soukromé domácnosti nebo chůva pro dětské koutky, která zajišťuje krátkodobou péči o kolektiv dětí. Služby

certifikované chůvy je možné objednávat přes speciální agentury, ale ceny jsou samozřejmě vyšší než u chův, které pracují „na černo“.

Ve Zprávě o rodině z roku 2020 jsou uvedeny dva druhy chův. První, které se věnují výchovné péči o svěřené děti ve věku tří let a pak druhé, které pečují o děti starší. U prvních zmíněných se z právního hlediska jedná o vázanou činnost „Péče o dítě do tří let v denním režimu“ a v případě starších dětí se jedná o živnost volnou, která nemusí prokazovat odbornou ani jinou způsobilost.

1.1.25 Mimoškolní vzdělávání

Podpora rodin s dětmi v oblasti vzdělávání a přípravy na budoucí život je podle Zprávy o rodině (2017) součástí rodinné politiky státu. Tato podpora je poskytována se zvláštním zřetelem na děti z méně podnětného sociálního prostředí. Výchovně vzdělávací aktivity v mimoškolním čase jsou považovány za nástroj individuálního rozvoje dětí i prevence sociálního vyloučení a sociálně patologických jevů. U mladších dětí slouží aktivity ke sladování rodiny a zaměstnání rodičů, u starších právě k prevenci sociálně patologických jevů. Problémem však je, že na volnočasové aktivity dětí v mnohých rodinách nejsou dostatečné finanční prostředky. Pro tyto rodiny je dostupnější zájmové vzdělávání ve školních družinách a střediscích zájmového vzdělávání. Rodinná politika má zájem na tom, aby vznikala i další zařízení na výchovu a vzdělávání, a to i mimo školský systém.

Dle posledních dostupných dat, ze Zprávy o rodině 2020, se počty školních družin stále zvyšují. Ve školním roce 2019/2020 fungovalo na základních školách na 4 099 školních družin na prvním stupni a navštěvovalo je 60 % žáků. Pro žáky druhých stupňů fungují spíše tzv. školní kluby, které doplňují a rozšiřují služby školních družin. Ve školním roce 2019/2020 bylo v ČR evidováno 603 školních klubů, které navštěvovalo 46 544 žáků.

Jak je ve zprávě dále uvedeno, školní družiny nejsou jediným místem, kde se odehrávají organizované mimoškolní aktivity, ale do školského systému se zahrnují i střediska volného času. Do nich dochází asi čtvrtina žáků základních škol. Každopádně z různých šetření vychází najevo, že volnočasové aktivity, především sportovní, jsou pro rodiče dětí příliš finančně nákladné. Naopak nedostatek rozvojových aktivit je závažným problémem – dochází ke ztrátě aktivity mladého člověka, je limitován jeho osobnostní vývoj, mohou vznikat závislosti na drogách či alkoholu, zvyšuje se podíl mladistvých s návykovým kouřením. Studie také ukazují na souvislost mezi ohrožením dětí nevhodnými volnočasovými aktivitami a vzdělanostní úrovní jejich rodičů a rodinným zázemím celkově.

1.1.26 Školní zralost a nástup do základní školy

Bednářová et al. (2010) definuje školní zralost jako stupeň vývoje dítěte, kdy je schopno se bez větších obtíží účastnit výchovně-vzdělávacího procesu, a to ideálně s radostí a dychtivostí. Mimo pojem školní zralost používá i pojem školní připravenost – ta zahrnuje kompetence v oblasti kognitivní, emocionálně-sociální, pracovní a somatické. Připravenost dítěte na zahájení školní docházky je závislá na jeho sebevědomí, zvědavosti, schopnosti jednat s určitým účelem, sebeovládání, schopnosti pracovat s ostatními, schopnosti komunikovat a spolupracovat.

Oblasti, které se posuzují při rozhodování o školní zralosti dítěte, autorka shrnuje následovně:

- Tělesný vývoj a zdravotní stav – její posouzení je v kompetenci lékaře – drobnější tělesná konstituce může znamenat vyšší unavitelnost a nižší odolnost vůči psychofyzické zátěži; u dětí, které byly narozené předčasně nebo měly velmi nízkou porodní váhu, by mělo být zahájení školní docházky důkladně zvažováno.
- Úroveň vyspělosti poznávacích funkcí – vizuomotorika a grafomotorika, řeč, sluchové a zrakové vnímání, vnímání prostoru a času, základní matematické představy.
- Úroveň práceschopnosti – zájem o učení, chuť poznávat, koncentrace pozornosti, smysl pro povinnost, zodpovědnost, přiměřená míra samostatnosti; úroveň práceschopnosti souvisí se zralostí centrální nervové soustavy, se zralostí osobnosti i s dosavadní výchovou.
- Úroveň zralosti osobnosti – dostatečná míra emocionální stability, přiměřené zvládnání emocí, sebeovládání, odolnost vůči frustraci.

Bednářová et al. (2010) dodává, že odklad povinné školní docházky schvaluje ředitel školy, a to na základě písemné žádosti zákonného zástupce dítěte. Žádost musí být navíc doložena doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského zařízení nebo odborného lékaře.

Tomášová (2012) poukazuje i na druhou stránku věci, a to na školní nezralost. V tomto případě byl proces zrání z nějakého důvodu zpomalen nebo dočasně zastaven, například z důvodu nemoci. Nezpůsobilost pro školní docházku značí, že proces zrání probíhá anomálně a že dítě nedosáhne takových kvalit, které jsou nutné pro normu školní zralosti tak, jak se zjišťuje pomocí standardizovaných testů (například Jiráskův test „Orientální test školní zralosti“). V takových případech se rozhoduje o odkladu školní docházky o jeden rok. Odklad byl zaveden na počátku 60. let 20. století proto, aby bylo možno zamezit školní

neúspěšnosti žáků hned na počátku povinné školní docházky. U dětí, kterým byl doporučen odklad školní docházky, probíhá korektivní opatření na základě diagnostiky pedagogicko – psychologické poradny. Tyto děti mohou nadále navštěvovat mateřskou školu nebo mohou nastoupit do přípravného ročníku základní školy.

Kromě pojmů školní zralost či nezralost, autorka dále pracuje i s pojmy školní úspěšnost a neúspěšnost. Školní úspěšnost definuje jako zvládnutí požadavků učitele nebo školy, což se projevuje v pozitivním hodnocení žákova prospěchu. Pro školní neúspěšnost jsou pak charakteristické podprůměrné až nevyhovující výsledky, které se projevují negativním postojem ke školní práci, k učitelům i ke vzdělání obecně.

Bednářová et al. (2010) přikládá zápisu do školy velký význam. Jde většinou o první zkušenost dítěte se základní školou. To, jak zápis proběhne, ovlivňuje jeho představy či obavy. Zápis ale není určen jen pro děti, budoucí žáky, ale je důležitým aktem i pro rodiče a pedagogy. Plní totiž legislativní úkon, diagnostiku ze strany školy a poskytuje informace pro rodiče. Legislativním úkonem je myšlena povinnost zákonného zástupce přihlásit dítě k zápisu k povinné školní docházce, a to v zákonem stanoveném termínu – od 15. ledna do 15. února kalendářního roku, ve kterém má dítě nastoupit do základní školy. V rámci diagnostiky dítěte si každá škola volí způsob provádění zápisu. Většina škol zkoumá vývojovou úroveň schopností a dovedností potřebných pro zvládnutí trivie a sociální a emocionální zralost.

Kalhous et al. (2009) shrnuje, co se žák ve škole učí, jakou strukturu učivo má. Obsah školního vzdělávání zahrnuje několik složek:

- Vědomosti – fakta a pojmy.
- Dovednosti – pracovní dovednosti, dovednosti sociální komunikace a jednání, pohybové a zdravotní dovednosti, poznávací dovednosti.
- Hodnoty – potřeby, zájmy, přesvědčení, postoje.

Autor dále doplňuje, že mimo to se někdy uvádějí i vlastnosti člověka (rozsah paměti, schopnost myšlení, vůle, emoce, ...). Vzhledem k tomu, že jednotlivé složky jsou mezi sebou hodně propojené, mluví se dnes spíše než o složkách vzdělávání, o cílových kompetencích žáka.

1.1.27 Návazná školská poradenská zařízení

Školský zákon č. 561/2004 Sb. definuje funkci školských poradenských zařízení jako informační, diagnostickou, poradenskou a metodickou. Mezi tato zařízení spadají

pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra.

Knotová et al. (2014) vysvětluje, že poskytování služeb pedagogicko-psychologické poradny je limitováno věkem dítěte – a to od tří let, až studentům do ukončení středního či vyššího odborného vzdělání. Služby jsou poskytovány dále rodičům dětí, pedagogům a školám. Poradnu kontaktují buď sami rodiče, nebo škola (po dohodě s rodiči dotčeného dítěte). Náplní práce této poradny je diagnostika, poradenství, intervence, nápravná péče a prevence. Pracovníci jsou osoby s psychologickým či speciálněpedagogickým vzděláním, někdy také sociální pracovníci.

Autorka dále rozvádí výčet činností pedagogicko-psychologické poradny. Diagnostika se zaměřuje například na šetření školní zralosti, zjištění příčin poruch učení a chování, na problémy ve vývoji osobnosti, výchově a vzdělávání. Poradenství se věnuje rozvoji osobnosti, sebepoznání, rozvoji prosociálních forem chování, nápravu poruch učení a chování či prevenci školní neúspěšnosti. Poradna také zpracovává posudky pro rozhodnutí například o zařazování a přeřazování dětí do škol, nebo spolupracuje s dalšími subjekty (OSPOD, školy).

Knotová et al. (2004) také líčí činnost speciálněpedagogických center, jejichž klienty jsou děti od tří do devatenácti let, nezávisle na tom, zda jsou ve školském zařízení nebo v péči rodičů. Svou činnost centrum vykonává buď terénně, nebo ambulantně. Konkrétně se jedná o tyto činnosti – depistáž klientů se zdravotním postižením, poradenství a konzultace s metodickým vedením pro rodiče a pedagogické pracovníky, podpora integrovaných žáků a příprava jejich výchovně-vzdělávacích programů, kariérní poradenství pro klienty se zdravotním postižením, prevence sociálně patologických jevů, pomoc při úpravě prostředí pro integrované žáky, práce na tvorbě a nabídce speciálních pomůcek. Tato centra se kromě shodných základních činností mohou zaměřovat i na klienty s konkrétním typem postižení.

2 Cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy

Hlavním cílem práce je zmapovat možnosti sociálních služeb při práci s rodinou s nedonošenými dětmi.

Z cíle vychází následující výzkumná otázka:

VO1: Jak hodnotí rodiče s nedonošeným dítětem sociální služby pro tuto cílovou skupinu?

K výzkumné otázce jsme stanovili následující hypotézy:

H1: S rostoucím vzděláním respondentů roste spokojenost se sociálními službami pro nedonošené děti.

Operacionalizace H1: Vzdělání bude měřit dotazníková otázka jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Spokojenost se sociálními službami pro nedonošené děti bude měřit dotazníková otázka ve formě Likertovo škály.

H2: Dostupnost sociálních služeb pro nedonošené děti zvyšuje spokojenost s nimi.

Operacionalizace H2: Dostupnost sociálních služeb pro nedonošené děti bude měřit dotazníková otázka ve formě Likertovo škály, spokojenost se sociálními službami pro nedonošené děti bude měřit dotazníková otázka ve formě Likertovo škály.

H3: Nabídka sociálních služeb pro nedonošené děti hned po porodu zvyšuje spokojenost s nimi.

Operacionalizace H3: Dostupnost sociálních služeb pro nedonošené děti bude měřit dotazníková otázka ve formě Likertovo škály, spokojenost se sociálními službami pro nedonošené děti bude měřit dotazníková otázka ve formě Likertovo škály.

3 Metodika

6.1 Metody a techniky sběru dat

Výzkum byl realizován s ohledem na cíle metodou kvantitativního výzkumu, a to vlastním dotazníkem, který se skládá z 20 otázek, a je součástí přílohy 1. Vlastní dotazník obsahuje 4 sociodemografické otázky, a 15 otevřených či uzavřených otázek, na které naši respondenti odpovídali v zaměření na situaci po narození nedonošeného dítěte a reflexi sociálních služeb nabízených a využitých v této oblasti. Vlastní dotazník byl konstruován s ohledem na výzkumné otázky a z toho důvodu, že absentuje dotazník standardizovaný, který by toto téma řešil.

Pro kvalitativní výzkum byly použity hloubkové, biograficky zaměřené rozhovory, které byly získány od rodičů nedonošených dětí (z každé rodiny byl zvolen jeden zástupce rodičů, ve většině případů se jednalo o matku). Rozhovory byly, se souhlasem informantů, nahrávány na mobilní telefon a následně doslovně přepsány do textové podoby, aby bylo možno realizovat další analýzy. Pro biografický rozhovor je typické, že stanovuje jednu hlavní otázku a následně se tazatel případně doptává až na konci rozhovoru. V našem případě jsme se zaměřili na hodnocení služeb pro nedonošené děti.

7.1 Výzkumný soubor

V kvantitativní části byli osloveni rodiče nedonošených dětí, kteří alespoň jednou využili sociální služby pro cílovou skupinu nedonošených dětí. Rodiče byli oslovováni prostřednictvím specificky zaměřených skupin na sociálních sítích a skupin v diskusních fórech, kam byl umístěn inzerát s prosbou o pomoc při realizaci výzkumu. Zmíněné skupiny mají celorepublikovou působnost, a tak jsme získali respondenty z různých regionů. Jednalo se tedy o výběr na základě kombinace účelového výběru a samovýběru. Celkově jsme takto elektronicky oslovili 95 párů rodičů nedonošených dětí, z čehož se nakonec kvantitativního výzkumu zúčastnilo 86 párů rodičů. Dotazník rodiče vyplňovali elektronicky, a to s ohledem na aktuální pandemickou situaci.

Rozhovorů v kvalitativní části se zúčastnilo celkem 8 rodičů nedonošených dětí. Tito byli opět vybráni z výše uvedených skupin, a to účelovým vzorkováním. Zaměřili jsme se na co největší variabilitu kazuistik s ohledem na věk dítěte, využívání sociálních služeb a celkovou situaci rodiny. Počet osob dopředu nebyl stanoven, ale vznikl informačním vysycením při kódování dat. Z původně oslovených 15ti osob jich 7 účast na rozhovorech odmítlo.

8.1 Etika práce

V kvantitativní části byl etický průběh výzkumu zajištěn anonymitou dotazníku, na což byli respondenti upozorněni v jeho hlavičce. Sběr dat probíhal přes online portál, tudíž nebylo možné spojit přezdívku respondenta ze sociálních sítí s vyplněným dotazníkem – ten byl rovnou označen pořadovým číslem. Účast na dotazníkovém šetření byla dobrovolná, respondenti byli prostřednictvím hlavičky seznámeni s účelem a využitím dat.

V kvalitativní části byly od informantů obstarány písemné informované souhlasy v souladu s požadavky fakulty. Veškerá získaná data byla anonymizována a nikde nejsou zveřejněny celé přímé přepisy rozhovorů – ty byly použity pouze za účelem analýzy dat.

V případě kvalitativního i kvantitativního výzkumu byli účastníci informováni o tom, že v případě zájmu mohou být seznámeni s celkovými výstupy studie. Toho využily celkem tři osoby.

9.1 Analýza dat

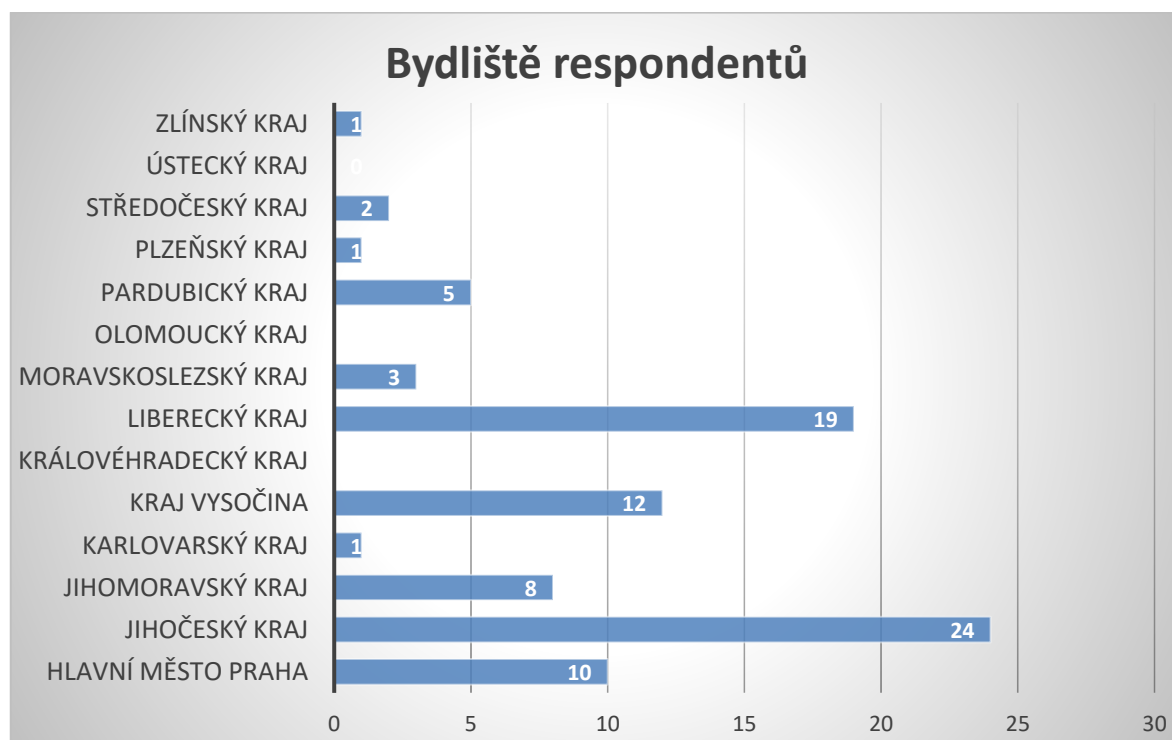
Analýza dat byla v kvantitativní části zpracována pomocí popisné statistiky, a to v programu MS Excel, pomocí tabulek a grafů. Testování hypotéz proběhlo ve statistickém programu SPSS. U kvalitativní části jsme nahrávali rozhovory, a to s písemným souhlasem všech informantů. Rozhovory byly dále doslovně přepisovány, zakódovány, a kategorizovány pomocí otevřeného kódování. Kódováním rozumíme přiřazování kódů kvalitativním údajům, které jsme získali při empirickém výzkumu. Kódy mohou být v podobě čísel, písmen či v podobě značek. Otevřené kódování je vázáno k průchodu v textu. Cílem je rozkrýt analyzovaný text. Výzkumník si musí všimnout témat, a musí jim umět přiřadit kódy. Lze kódovat jednotlivá slova či věty a odstavce (Hendl. 2016).

4 Výsledky

10.1 Výsledky kvantitativního výzkumu

Jak můžeme vidět v grafu 1, tak se našeho výzkumu zúčastnilo celkem 86 respondentů z různých krajů České republiky. Nejvíce respondentů pochází z Jihočeského kraje, a to rovnou 24 respondentů (28 %). Další často zmiňovaným krajem je Liberecký kraj, z toho se našeho výzkumu účastnilo 19 respondentů (22 %). Třetím, nejvíce se objevujícím krajem je kraj Vysočina. Z něho se nám podařilo získat výsledky celkem od 12 respondentů (14 %). Deset respondentů (11,7 %) pochází z hlavního města Praha, osm respondentů (9,3 %) z Jihomoravského kraje. Dalších pět respondentů (5,8 %) žije v Pardubickém kraji, dva respondenti (2,3 %) ve Středočeské kraji, a jeden respondent (1,2 %) v Plzeňském a Karlovarském kraji. Našeho výzkumu se nezúčastnil nikdo z Ústeckého kraje a z Královéhradeckého kraje.

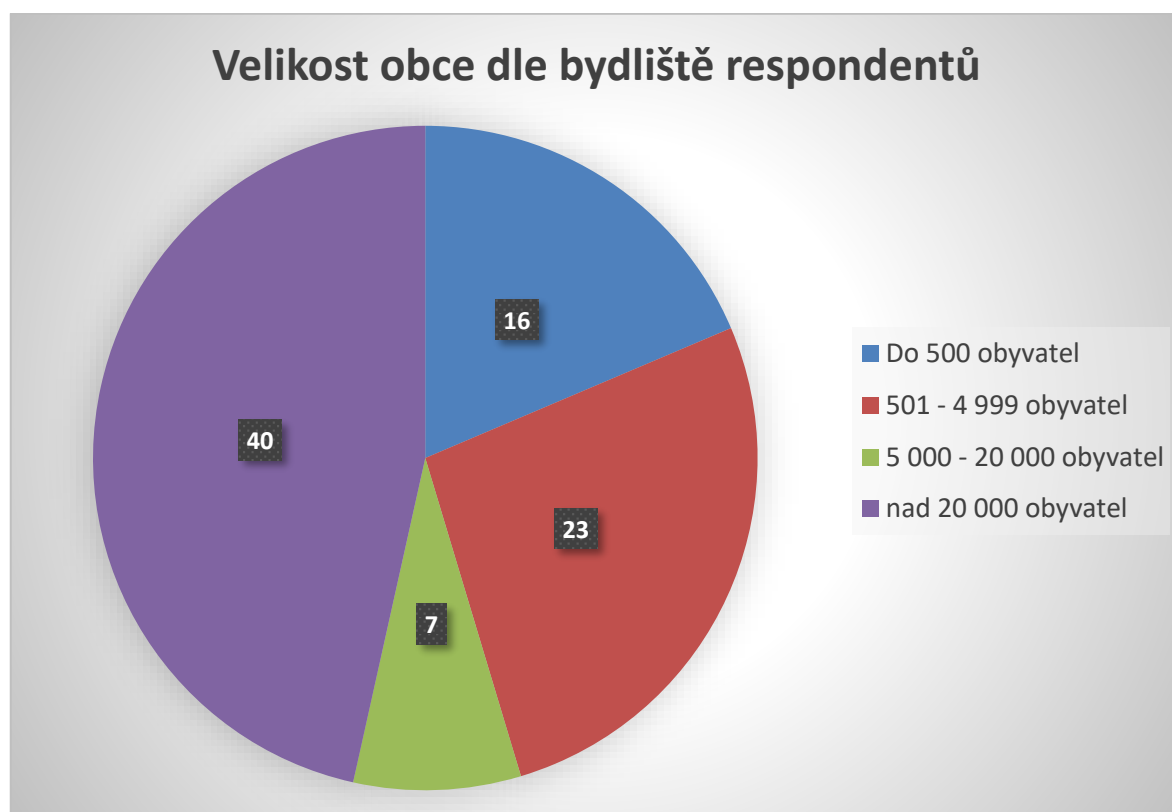
Graf 1 Bydliště respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 2 nám zobrazuje velikost obce, ve které respondenti žijí. Na výběr měli respondenti ze 4 variant, a to do 500 obyvatel, 501 – 4 999 obyvatel, 5 000 – 20 000 obyvatel a nad 20 000 obyvatel. Celkem 40 respondentů (46,5 %) žije v obci, která má velikost nad 20 000 obyvatel. Dalších 23 respondentů (26,7 %) žije v obci, která má mezi 501 a 4 999 obyvateli. Šestnáct respondentů (18,6 %) žije v obci o velikosti do 500 obyvatel. Jen sedm respondentů (8,2 %) žije v obci, která má mezi 5 000 a 20 000 obyvatel.

Graf 2 Velikost obce, kde žijí respondenti



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 3 nám udává, jaký je věk respondentů, kteří se účastnili našeho dotazníkového šetření. Nejvíce respondentů se nachází ve věkové kategorii 31 – 36 let, to rovnou 38 respondentů (44,1 %). Druhou nejčastěji zastoupenou věkovou kategorií je ta od 26 do 30 let. Těchto respondentů se výzkumu účastnilo celkem 22 (25,7 %). Respondentů ve věku 36 let a více se našeho výzkumu účastnilo 14 (16,2 %) a ve věku do 25 let jich účastnilo jen 12 (14 %).

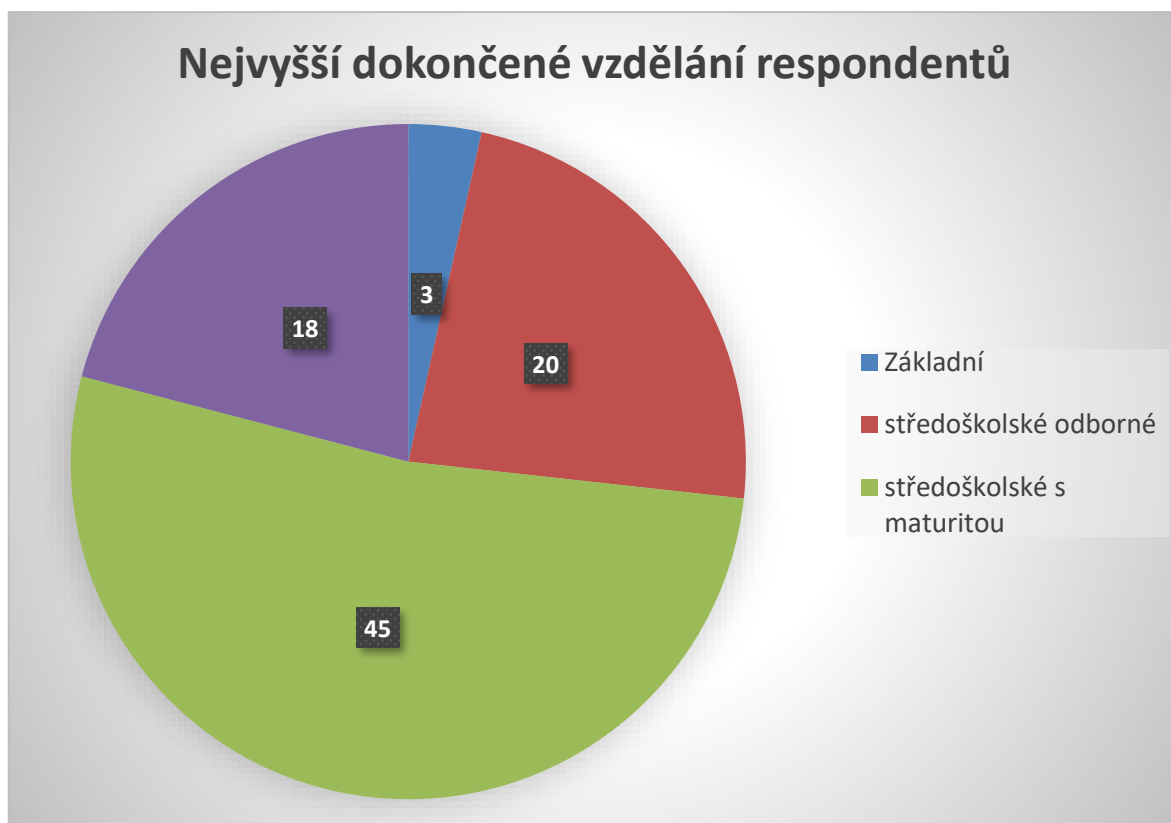
Graf 3 Věk respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum.

V grafu 4 se setkáváme s poslední sociodemografickou otázkou, a to s nejvyšším dokončeným vzděláním respondentů. U této otázky bylo na výběr ze čtyř variant, a to základní, středoškolské odborné, středoškolské s maturitou a vysokoškolské. Nejvíce respondentů našeho výzkumu má dokončené středoškolské vzdělání s maturitou, a to celkem 45 osob (52,3 %). Dalších 20 respondentů (23,2 %) má dokončené středoškolské odborné vzdělání, vysokoškolské vzdělání má dokončené 18 respondentů (21 %). Nejméně respondentů, a to jen tři (3,5 %), mají dokončené základní vzdělání.

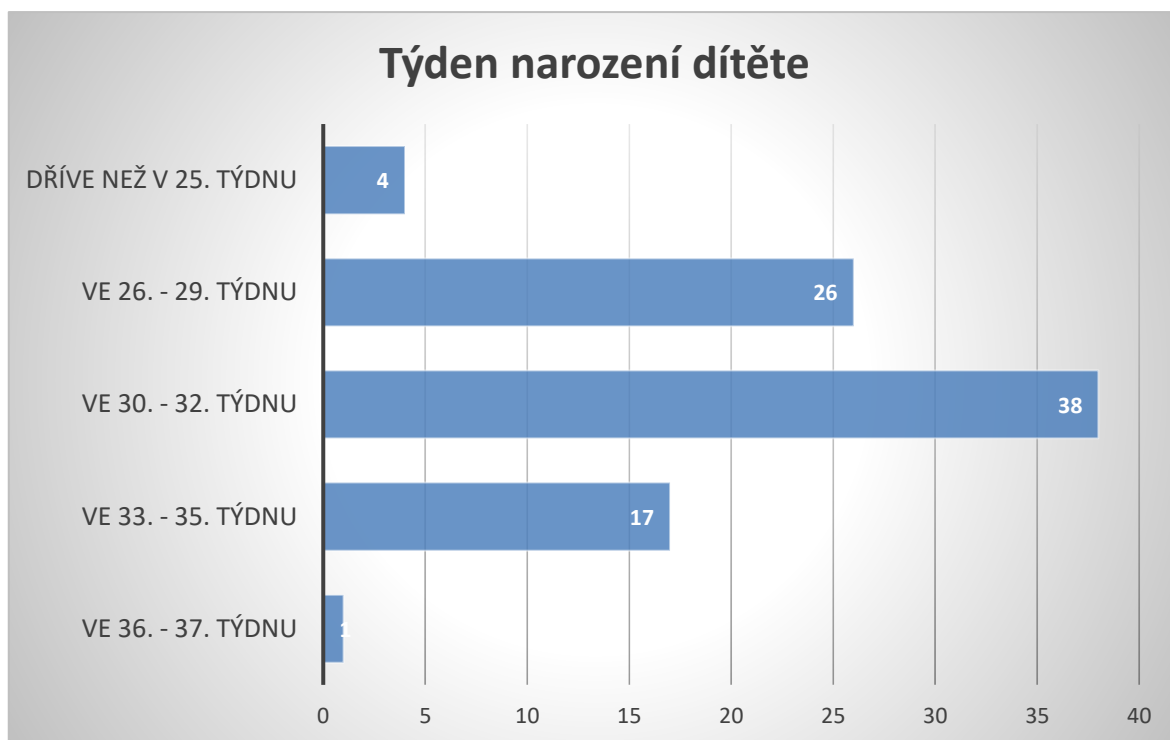
Graf 4 Dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 5 znázorňuje, ve kterém týdnu se narodilo dítě našim respondentům. Ve všech případech se jednalo o nedonošené dítě, tedy to, které bylo porozené ve 37. týdnu a dříve. Nejvíce respondentům se narodilo dítě mezi 30. a 32. týdnem, těchto respondentů je celkem 38 (44,2 %). Dalším 26 respondentům (30,2 %) se narodilo dítě mezi 26. a 29. týdnem. Sedmnácti respondentům (19,8 %) se narodilo dítě ve 33. – 35. týdnu. Pouze čtyři respondenti (4,7 %) zmínili, že se jejich dítě narodilo dříve než ve 25. týdnu. Jeden respondent (1,3 %) vybral možnost, že se jeho dítě narodilo mezi 36. a 37. týdnem.

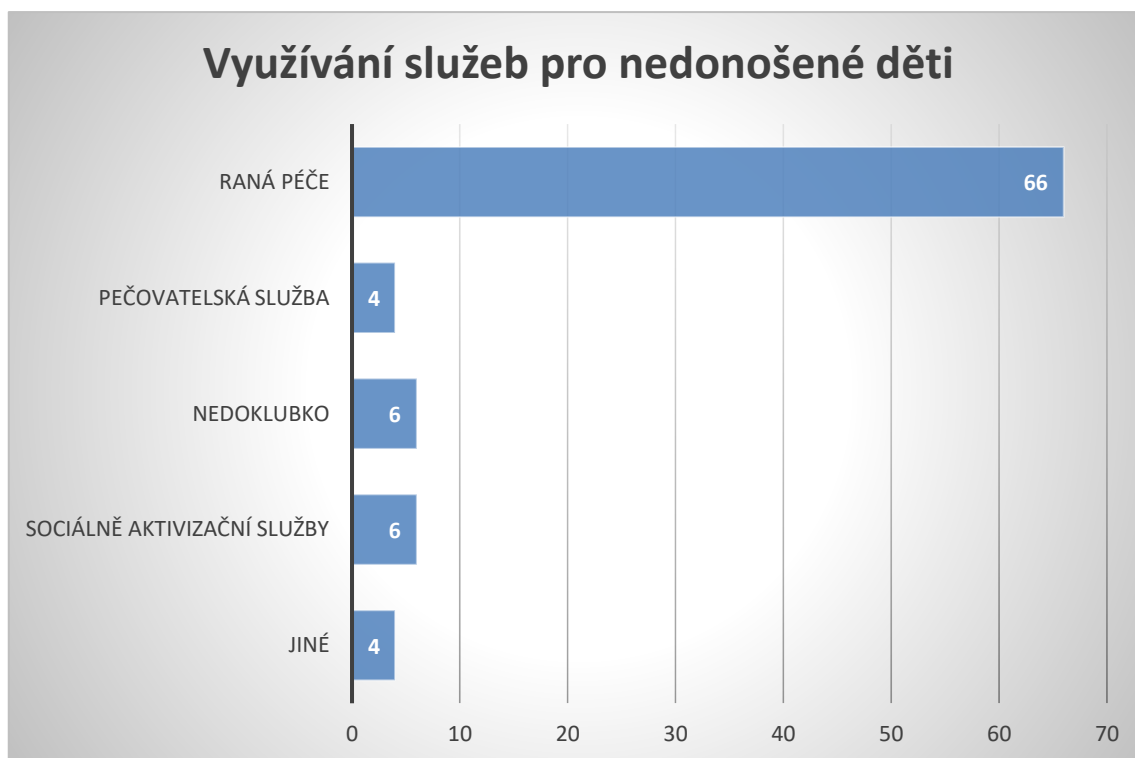
Graf 5 Týden narození dítěte



Zdroj: Vlastní výzkum.

Jak jsme se během našeho výzkumu mohli dozvědět, tak nejčastěji naši respondenti využívají, nebo využívali ranou péči, což můžeme vidět v grafu 6. Takto odpovídalo celkem 66 respondentů (56,8 %). Dalších 6 respondentů (5,2 %) využívá, nebo v minulosti využívalo sociálně aktivizační služby pro rodinu s dětmi. Také šest respondentů (5,2 %) využívalo služeb sdružení Nedoklubko, 4 respondenti (3,4%) někdy využili pečovatelskou službu a dále stejný počet respondentů uvedlo, variantu jiné (3,4%).

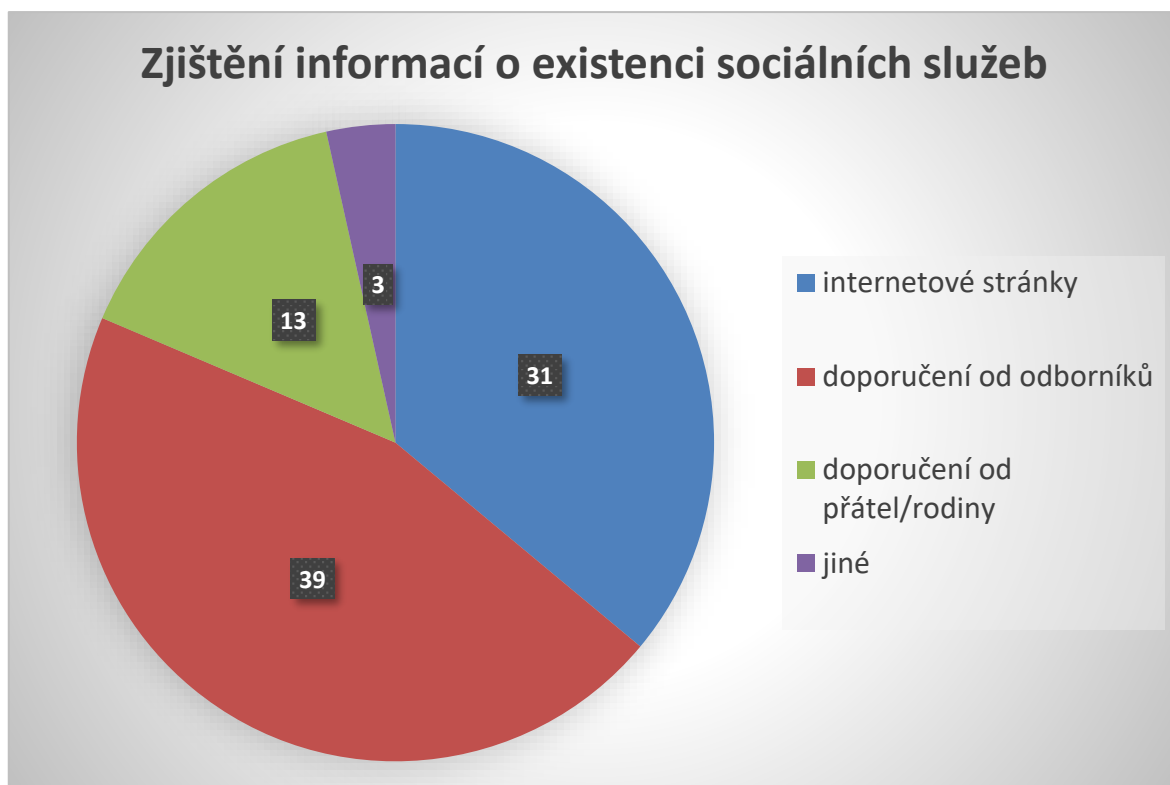
Graf 6 Využívání služeb pro nedonošené děti



Zdroj: Vlastní výzkum.

O sociálních službách či jiné pomoci, která se týká nedonošených dětí, se naši respondenti nejčastěji dozvěděli od odborníků, což lze vidět v grafu 7. Od odborníků se o pomoci dozvědělo celkem 39 respondentů (45,4 %). Další častěji vybranou variantou jsou internetové stránky, na kterých lze v dnešní době najít nekonečné množství informací. Z internetu se informace o pomoci rodinám s nedonošenými dětmi dozvědělo celkem 31 respondentů, tj. 36 %. Třináct respondentů (15,1 %) se informace dozvědělo díky doporučení od přátel či blízké rodiny, tři respondenti (3,5 %) se o existenci sociálních služeb dozvěděli díky jinému způsobu.

Graf 7 Zjištění informací o existenci soc. služeb

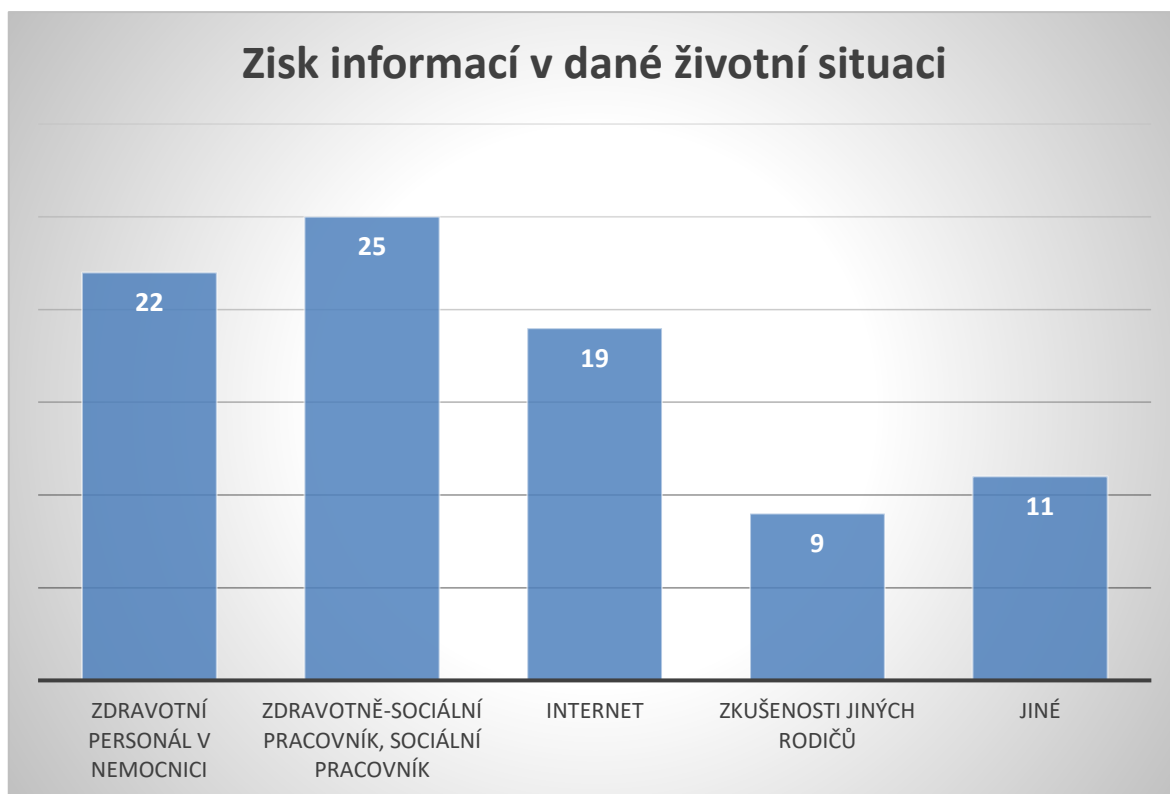


Zdroj: Vlastní výzkum.

Celkem 70 respondentům (81,4 %) byla ihned po porodu nabídnuta zdravotně-sociální péče či služba. Jen 16 respondentům (18,6 %) tuto péči či službu nikdo v porodnici nenabídl, nebo se o ní nikdo nezmínil.

Na otázku č. 9 (*Od koho, nebo kde jste získal/a nejvíce informací, které Vám pomohly se v dané složité životní situaci zorientovat?*) odpovídali respondenti velmi variabilně, což ukazuje graf 8. Nejčastěji se respondenti zorientovali díky pomoci zdravotně sociálního pracovníka, nebo díky sociálnímu pracovníkovi. Tak odpovídalo celkem 25 respondentů (29 %). Dalších 22 respondentů (25,6 %) se zorientovalo díky zdravotnímu personálu v nemocnici či porodnici. Celkem 19 respondentů (22,1 %) se zorientovalo díky internetu, jedenáct rodičů (12,8 %) se zorientovalo díky jinému způsobu či díky něčemu jinému. Jen devět respondentů (10,5 %) se zorientovalo díky zkušenostem od jiných rodičů, kteří se setkali s podobnou životní situací.

Graf 8 Zisk informací v dané životní situaci



Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 10 se zaměřuje na věk dítěte, ve kterém začali respondenti využívat sociálních služeb, nebo kdy začali vyhledávat pomoc. U této otázky měli respondenti na výběr z pěti možných variant, a to do jednoho měsíce života, od 1 do 3 měsíce života, od 4 do 6 měsíce života, od 7 do 12 měsíce života. Poslední možností bylo využívání sociálních služeb po 1 roce života dítěte. Jak ukazuje graf 9, tak nejčastěji začali pomoc využívat respondenti od 1 do 3 měsíců života dítěte. Tuto volbu zvolilo celkem 25 respondentů (21,5 %). Druhou nejvíce zvolenou možností bylo do 1 měsíce a to u 20 respondentů (17,2 %). Možnost od 4 do 6 měsíců života dítěte začali využívat respondenti sociální služby v 10 případech (8,6 %), stejný počet respondentů zvolilo možnost od 7 do 12 měsíců (8,6 %). Jen jeden respondent zvolil možnost do 1 roku života dítěte (0,86 %).

Graf 9 Začátek využívání soc. služeb



Zdroj: Vlastní výzkum.

V tabulce 1 mohli respondenti na otázku (Jak často jste využívali/využíváte sociálních služeb pro nedonošené děti?) vybírat z pětistupňové škály, kde 1 = jednorázově, 2 = méně často, 3 = středně často, 4 = více často a 5 = pravidelně. Nejvíce respondentů vybralo na stupnici od 1 do 5 možnost 4 – více často. Tak odpovídalo celkem 43 respondentů. Další často vybranou možností je možnost 1 – jednorázově. Tu zvolilo celkem 18 respondentů. Dvanáct respondentů zvolilo na škále možnost 2 – méně často, jedenáct respondentů vybralo na škále střední variantu – středně často. Jen dva respondenti zvolili možnost 5 – pravidelně.

Tabulka 1 Četnost využívání sociálních služeb pro nedonošené děti

Stupnice	Celkem	%
1-jednorázově	18	21
2-méně často	12	14
3-středně často	11	12,8
4-více často	43	50
5-pravidelně	2	2,2

Zdroj: Vlastní výzkum.

V tabulce 2 jsme se setkali s odpověďmi na otázku, jak moc jsou sociální služby pro nedonošené děti potřebné. Respondenti měli opět na výběr z pětistupňové škály, kde 1 =

naprosto potřebné 2 = méně potřebné, 3 = středně potřebné 4 = více nepotřebné a 5 = naprosto nepotřebné. Nejvíce respondentů se domnívá, že sociální služby pro nedonošené děti jsou naprosto potřebné. Tak uvažuje celkem 64 respondentů. Dalších 12 respondentů si myslí, že sociální služby pro nedonošené děti jsou více potřebné, a zbylých deset respondentů vnímá sociální služby pro nedonošené děti jako středně potřebné. Další dvě varianty nebyly vybrány nikým.

Tabulka 2 Potřebnost sociálních služeb pro nedonošené děti

Stupnice	Celkem	%
1-naprosto potřebné	64	74,5
2-více potřebné	12	14
3-středně potřebné	10	11,5
4-více nepotřebné	0	0
5-naprosto nepotřebné	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum.

Na otázku, zda je nabídka sociálních služeb pro nedonošené děti dostačující, nebo ne, odpovídalo nejvíce respondentů, a to 28, že je spíše nedostačující, jak ukazuje tabulka 3. Dalších 23 respondentů se domnívá, že je nabídka sociálních služeb pro nedonošené děti spíše dostačující. Patnáct respondentů označilo mezní variantu, tedy ani dostačující, ani nedostačující. Jedenáct respondentů označilo nabídku sociálních služeb pro nedonošené děti jako zcela dostačující. Jen devět respondentů se domnívá, že je nabídka zcela nedostačující, tedy nejsou spokojeni s nabídkou sociálních služeb pro děti, které jsou nedonošené.

Tabulka 3 Potřeba sociálních služeb

	Celkem	%
1-zcela dostačující	11	12,8
2-spíše dostačující	23	26,7
3-ani nedostačující, ani dostačující	15	17,4
4-spíše nedostačující	28	32,6
5-zcela nedostačující	9	10,5

Zdroj: Vlastní výzkum.

U další otázky jsme se našich respondentů ptali, jak hodnotí dostupnost tedy vzdálenost sociálních služeb pro nedonošené děti, což zobrazuje tabulka 4. Pouze tři respondenti ji

hodnotili jako spíše nedostupnou, a dva respondenti ji hodnotili jako zcela nedostupnou. Nejvíce respondentů, a to 46, hodnotilo dostupnost jako ani nedostupnou, ani dostupnou. Téměř stejný počet respondentů, a to 17 a 18, hodnotí dostupnost sociálních služeb pro nedonošené děti jako zcela dostupnou a spíše dostupnou.

Tabulka 4 Dostupnost sociálních služeb

	Celkem	%
1-zcela dostupné	17	19,7
2-spíše dostupné	18	21
3-ani dostupné, ani nedostupné	46	53,5
4-spíše nedostupné	2	2,3
5-zcela nedostupné	3	3,5

Zdroj: Vlastní výzkum.

Kromě dostupnosti, tedy vzdálenosti, jsme se v našem výzkumu zabývali také časovou dostupností, tedy možností využít sociální službu flexibilně v případě potřeby respondentů. Tabulka 5 nám ukazuje, že respondenti nejčastěji označovali možnost 1 – zcela dostupné, a tak odpovídalo celkem 30 respondentů. Co se tedy týče časové dostupnosti, to u nich není problémem. Dalších 28 respondentů označilo možnost ani dostupné, ani nedostupné. Totožně odpovědělo jedenáct respondentů, že časová dostupnost je pro ně spíše dostupná, a zcela nedostupná. Pro šest respondentů jsou sociální služby pro nedonošené děti spíše nedostupné, a to z hlediska časové dostupnosti.

Tabulka 5 Časová dostupnost sociálních služeb

	Celkem	%
1-zcela dostupné	30	34,9
2-spíše dostupné	11	12,8
3-ani dostupné, ani nedostupné	28	32,6
4-spíše nedostupné	6	6,9
5-zcela nedostupné	11	12,8

Zdroj: Vlastní výzkum.

Přístup pracovníků sociálních služeb pro nedonošené děti se zdá nejvíce respondentů, a to 65, jako bez výhrad, viz tabulka 6. Dvanácti respondentům se jejich přístup zdá jako občas

s výhradami, pro šest respondentů je postoj a přístup pracovníků sociálních služeb pro nedonošené děti neutrální. Varianta spíše nepřijatelná nebyla zvolena nikým, varianta zcela nepřijatelná, byla zvolena jen třemi respondenty.

Tabulka 6 Přístup sociálních pracovníků

	Celkem	%
1-bez výhrad	65	75,6
2-občas s výhradami	12	14
3-neutrální postoj	6	6,9
4-spíše nepřijatelná	0	0
5-zcela nepřijatelná	3	3,5

Zdroj: Vlastní výzkum.

V tabulce 7 jsme se zaměřili na celkový přínos sociálních služeb pro nedonošené děti, který může být buď zcela dostačující, spíše dostačující, ani nedostačující ani dostačující, spíše nedostačující a zcela nedostačující. Možnost 3- ani nedostačující, ani dostačující a možnost 5 -zcela nedostačující, nebyla vybrána žádným z našich respondentů. Nejčastěji respondenti odpovídali tak, že celkový přínos je pro zcela dostačující, a to rovnou v 66 případech z celkových 86 dotazovaných. Osmnáct respondentů bere celkový přínos jako spíše dostačující, a jen dva respondenti ho vidí jako spíše nedostačující.

Tabulka 7 Celkový přínos sociálních služeb

	Celkem	%
1-zcela dostačující	66	76,7
2-spíše dostačující	18	21
3-ani nedostačující, ani dostačující	0	0
4-spíše nedostačující	2	3,3
5-zcela nedostačující	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum.

V poslední otázce nás zajímalo, zda splnili sociální služby pro nedonošené děti očekávání našich 86 respondentů, což vidíme v tabulce x. V 39 případech bylo očekávání spíše splněno, ve 21 případech pak bylo zcela splněno, respondenti jsou zcela spokojeni. Další patnáct respondentů z celkových 86 zmínilo, že sociální služby pro nedonošené děti ani nesplnili,

ani splnili jejich očekávání. Sedmi respondentů nebylo spíše splněno jejich očekávání, a jen čtyři respondenti jsou zcela nespokojeni se sociálními službami pro nedonošené děti, jejich očekávání totiž nebylo vůbec splněno.

Tabulka 8 Očekávání od sociálních služeb

	Celkem	%
1-zcela ano	21	24,4
2-spíše ano	39	45,3
3-ani ano, ani ne	15	17,4
4-spíše ne	7	8,1
5-zcela ne	4	4,8s

Zdroj: Vlastní výzkum.

4.1.1 Testování hypotéz

H1: S rostoucím vzděláním respondentů roste spokojenost se sociálními službami pro nedonošené děti.)

S ohledem na typ proměnných, které jsou obě ordinálního charakteru, byla použita korelace. Korelační matice výše ukazuje, že mezi proměnnými neexistuje signifikantní vztah, protože $p=0,372$. Hypotézu tedy zamítáme.

Tabulka 9 Vztah vzdělání a spokojenosti se sociálními službami

		vzdělání	spokojenost
vzdělání	Pearson Correlation	1	,115
	Sig. (2-tailed)		,372
	N	86	86
spokojenost	Pearson Correlation	,115	1
	Sig. (2-tailed)	,372	
	N	86	86

Zdroj: Vlastní výzkum.

H2: Dostupnost sociálních služeb pro nedonošené děti zvyšuje spokojenost s nimi.

S ohledem na typ proměnných, které jsou obě ordinálního charakteru, byla i v tomto případě použita korelace. Korelační matice níže ukazuje, že mezi proměnnými existuje signifikantní vztah a to $p=0,006$. Hodnota korelace je pak $r=0,258$, což je slabá míra korelace. Lze tedy tvrdit, že stanovená hypotéza se potvrdila.

Tabulka 10 Vztah dostupnosti sociálních služeb a spokojenost s nimi

		dostupnost	spokojenost
dostupnost	Pearson Correlation	1	,258
	Sig. (2-tailed)		,006
	N	86	86
spokojenost	Pearson Correlation	,258	1
	Sig. (2-tailed)	,006	
	N	86	86

Zdroj: Vlastní výzkum.

H3: Nabídka sociálních služeb pro nedonošené děti hned po porodu zvyšuje spokojenost s nimi.

S ohledem na typ proměnných, které jsou obě ordinálního charakteru, byla i v tomto případě použita korelace. Korelační matice níže ukazuje, že mezi proměnnými existuje signifikantní vztah a to $p=0,003$. Hodnota korelace je pak $r=0,322$, což je spíše slabší míra korelace. Lze tedy tvrdit, že stanovená hypotéza se potvrdila.

Tabulka 11 Vztah nabídky sociálních služeb po porodu a spokojenost

		nabídka	spokojenost
nabídka	Pearson Correlation	1	,322
	Sig. (2-tailed)		,003
	N	86	86
spokojenost	Pearson Correlation	,322	1
	Sig. (2-tailed)	,003	
	N	86	86

Zdroj: Vlastní výzkum.

11.1 Výsledky kvalitativního výzkumu

4.1.2 Identifikační údaje

Rozhovorů se zúčastnilo celkem 8 respondentů. 7 žen a 1 muž. Informanti pocházejí z Jihočeského kraje, hlavního města Praha, dále z kraje Libereckého, Jihomoravského a Pardubického. Informanti jsou ve věku od 26 do 32 let. Všichni informanti mají nedonošené děti, které se narodily mezi 26-31. týdnem těhotenství.

4.1.3 Předčasný porod

Všechna těhotenství probíhala bez větších komplikací, mimo zmiňovaných nevolnostech, bolestech zad a dalších somatických změnách, které souvisí s tímto obdobím. Těhotenství byla ve všech případech plánovaná, a všechny matky sdělují radostné chvíle, kdy se dozvěděly, že za pár měsíců přijde na svět novorozenec. 4 ze 7 matek, již zažily minimálně jednou těhotenství, o to více nechápala jedna z informantek, co se odehrává: „*Celý těhotenství bylo jak přes kopírák jako u první dcery, proto jsem nechápala, co se děje. Když si vzpomenu na tu noc, chce se mi brečet. Šla jsem normálně spát, všechno bylo dobrý, a asi v jednu ráno jsem se probudila a začala jsem mít dost silný bolesti jakoby v podbříšku. Tak jsem si řekla, co to sakra je, ale nějak jsem to přešla a usnula. Za půl hodinky zase, tak to mi už bylo divný, tak jsem si to začala měřit, když to bylo co 10 minut, dost pravidelně, začala jsem panikařit a furt jsem říkala, když je to ještě brzo“.*

Dále se osudnou větu předčasného porodu dozvěděly informantky z úst gynekologa při kontrole. Informantka sděluje, že měla tušení, že je něco špatně. I když zažívala první těhotenství, zaregistrovala útlum pohybů a reagování miminka na zatřepání nebo pohlazení. Proto se rozhodla dojít předčasně na kontrolu, kam si již vzala sbalenou tašku a slyšela stejnou větu jako další respondentky: „*Musíme to ukončit, miminko má nedostatek kyslíku“.* Ještě ten den proběhl císařský řez.

Všechny porody nakonec proběhly císařským řezem, v celkové anestezii, kdy všechny předčasně narozené děti byly převezeny na jednotku intenzivní péče (JIP).

4.1.4 Zdravotní obtíže

Dále většina předčasně narozených novorozenců měly zdravotní potíže. Nejčastější komplikací byly dechové obtíže, dále problematický příjem stravy, retinopatie a infekce. U nedonošených dětí informantů se také objevily obtíže se sluchem a diagnostikovaný ADHD.

Dále informanti vypovídají, že tyto obtíže byly diagnostikovány ihned po porodu, dále zmiňují, že některé obtíže postupně vytrácely, naopak se některé nové objevily. Informantka R1 sděluje příběh obtíží a komplikací, se kterými se potýkali: *„Nejdříve to začalo tím, že ihned po porodu jsme měli problém s dýcháním. Byli jsme na všemožných hadičkách a vlastně při životě nás držely ty přístroje. Po nějakým to měsíci se to dalo do pořádku, ale pak začaly problémy s očima, něco se sítnicí. Takže koloběh doktorů ohledně očí. Pak když vypadalo, že všechno v pohodě, jakž takž, tak nás propustily a nějak se jim nezdál vývoj, jako pohybovej. Takže jsme museli dost intenzivně cvičit. Ale to jsem zjistila, že se děla snad i preventivně u takhle malejch dětí“.*

Dále R2 sděluje také mnohočetné obtíže s opakujícími se infekcemi, retinopatií, dále po několika měsících došlo ke zjištění problematickému sluchu.

R3 vypovídá také o obtížích se zrakem (pozn. Informantka nevěděla přesnou diagnózu, avšak nešlo o retinopatii) a problémy s motorickým vývojem, dále se objevilo u dítěte ADHD.

R4 se svým nedonošeným miminkem byly na JIP celkem 15 týdnů, jelikož šlo o opakované komplikace s infekcemi a dýchacími obtížemi.

Informanti R5-R8 sdělují velmi podobné informace a to: zrakové obtíže, obtíže s motorickým vývojem.

4.1.5 Prožívané pocity

Pro všechny informanty byl předčasný porod velkou krizovou situací, při které zažívaly smíšené pocity, obavy, strach, nejistotu a pocity viny. Nejvíce informantu sdělují obavy o zdraví miminka, zda pro delší těhotenství mohly udělat více, nahlas i v duchu se stále opakovaly věty:

„Když je to ještě brzo“,

„To ještě nemůžeme ukončit“,

„Vždyť to nemůže zvládnout“,

„Když je moc malej“,

„Já se bojím“.

Nejistotu před porodem u respondentek umocňovala i chaotická komunikace od lékařského a nelékařského personálu, nedostatečné množství informací o tom, co se děje, co se bude krok po kroku dít. 3 ze 7 informantek měly jasně vymezený čas, kdy za svým dítětem na JIP mohou, kdy může přijít návštěva, R4 vypovídá o svém nepříjemném zážitku takto: *„Přišlo mi to dost hrozný, protože jsem v podstatě měla rozpis, kdy můžu a nemůžu vidět moje dítě“.* Tyto informatky se shodují na tom, že pro ně bylo toto období velmi náročné, protože

nemohly své dítě vidět, kdy chtěly, nebyly si jisté, zda zvládnou péči o své dítě a vnímaly velmi negativně, že návštěvy byly velmi omezené, takto to cítila i R3: „*Třeba mě strašně mrzelo, že třeba moje máma viděla malou až doma a vlastě můj muž malou taky nemohl vidět hned.*“

Při popisování návratu domu s nedonošeným novorozencem, informanti zažívali velký strach, obavy. Shodují se na tom, že si nebyly jisti, jak manipulovat s tak malým miminkem, jestli poskytují správně specifickou péči, nevěděly na koho dál se obrátit.

4.1.6 Co nám pomohlo

Pro 5 z 8 informantů bylo taktéž toto období velmi náročné ale zmiňují, že jim velice pomohlo chování personálu v nemocnici a na samotné JIP. Kdy mohly za svým dítětem, kdy nebyly žádné obtíže, po domluvě s personálem mohli rodinní příslušníci na návštěvu. Dále zmiňují, že jim velice pomohla informovanost o tom, co se děje, o pravidelných a jasných informací o zdravotním stavu dítěte a o tom, jaké jsou přibližné vyhlídky do budoucnosti. Pokud jde o to, co by informantů více pomohlo k lepšímu psychickému prožívání předčasného porodu a obtížím s ním spojeným, nejvíce se objevuje:

- Informovanost – Dostatečné množství informací, zřetelnost, jasnost, srozumitelnost
- Neomezený kontakt s dítětem a s rodinou
- Psychická podpora

Dále se informanti shodují, že informace byly spíše zdravotního charakteru. Nedostatečné množství informací informanti vnímají i v rámci získání kontaktů na další služby, specialisty a zorientování se v sociálních službách: „*Já vlastně vůbec nevěděla, že takový organizace jsou, protože jsem od nich nikdy nic nepotřebovala a ani nikdo z mého okolí*“. Informanti se shodují, že by uvítali spíše větší množství informací ihned v nemocnici například od sociálního pracovníka, než být závislý na samotném hledání informací. Informanti také často sdělovali rodinu, jako důležitou složku psychické podpory, bez které by toto období, bylo velmi náročné.

4.1.7 Jaký byl přechod z nemocnice domu

Informanti vypovídají, že přechod do domácího prostředí nebyl tak náročný, jak si představovali. Nejtěžší chvíle informanti považují separaci od dítěte, kterého museli na několik týdnů nechat samotné n JIP. Naopak například R3 vypovídá, že měla čas vše dopřipravit, jelikož neměla nic nakoupené, poněvadž nečekala, že dojde k předčasnému porodu. Také čas srovnat se po psychické stránce. R8 sděluje, že tento čas, strávil na internetových stránkách, diskuzních fórech. O tom také sdělují všichni informanti. Hledali

informace o možných rizicích. R8 sděluje: „*Víte co, řekněte mi co jinýho jsem měla dělat. Moje dítě bylo na JIPCE, já doma a jediný co jsem mohla dělat je hledat. Hledat třeba podobný příběhy, což teda můžu říct, že mě docela uklidňovalo, i když někdy to bylo dost drsný. Takže jsem hledala, co můžu udělat, protože těch informací moc nebylo, co jsem v porodnici dostala. Nějak mě to uklidňovalo.* „

4.1.8 Využívané sociální služby

Všichni informanti využívali sociální služby. O sociálních službách se většinou dozvěděli na internetu, či od svých přátel. Pouze jeden z informantů se dozvěděl o organizaci, poskytující sociální služby od zdravotnického personálu, a to od zdravotní sestry. Jak již bylo výše sděleno, informanti získali informace převážně zdravotního charakteru, o tom, že nějaké organizace existují se dozvěděli až při hledání informací o možné podpoře a pomoci na internetových stránkách.

Prvotní službou, kterou rodiny využily se nejvíce objevovaly informace o rané péči, která byla pro informanty velmi nápomocná (konkrétně Společnost pro ranou péči) a dále čerpané informace z portálu Nedoklubko a dalších webových stránek organizace.

Pokud shrneme role sociálního pracovníka, který spolupracoval s informanty, převážně šlo o velmi podobné charakteristiky, které vychází z poslání sociálních pracovníků. Jednalo se o poskytování poradenství, dále individuální plánování potřeb jak samotného dítěte, tak plánování potřeb celé rodiny. Dále zprostředkování kontaktu s dalšími institucemi a specialisty, dále edukace a zprostředkování kontaktu s dalšími rodinami, které prožívají stejnou životní situaci.

4.1.9 Pozitivní vnímání sociálních služeb

Všichni informanti se shodují, že využívání sociálních služeb pro ně znamenalo větší zorientování se o rizicích nedonošeného novorozence, možnosti, jak mohou více rozvíjet schopnosti svého dítěte, což sděluje respondentka R1: *Víte, já když přišla s malou domu, tak jsem vůbec nevěděla, že malý můžu nějak pomoci. Brala jsem to tak, že se s tím musíme s manželem nějak popasovat a budeme to muset zvládnout sami. Vlastně až když jsme začali spolupracovat s poradkyní z rané péče, bylo to všechno mnohem jasnější, že víme, jak můžeme malý pomoci, aby se jí ty očka zlepšily.* Informanti také často zmiňují psychickou podporu, která jim velice pomohla v období nejistoty, obav a strachu, zda manipulují a pracují se svým dítětem správně. Také to, že jako rodina danou situaci mnohem lépe zvládají. R7 sděluje, že nejdříve nevěděla jak budou jako rodina fungovat, doma měla ještě staršího syna, který byl dříve zvyklý na veškerou pozornost „*Ze začátku to bylo těžký, protože jsme furt jezdily po doktorech, a staršího syna jsme furt nechtěli tahat sebou, takže byl u mamky*

nebo u ségry. Jak jsme měli k sobě hrozně blízko, přišlo mi, že se náš vztah tak ztrácí.“ Informant také sděluje, že se svěřil sociální pracovníci a společně našli řešení, jak tuto situaci vyřešit. Což pociťuje za nejdůležitější pomoc. Informace o pozitivním vnímání sociálních služeb jsou také v souvislosti s kompenzačními pomůckami, dávkami pro osoby se zdravotním postižením, na které mohou mít nárok a přijímat je, neznalost nároků na dávky a kompenzační pomůcky sděluje informant R4: *„ Ne, že bychom na tom byli nějak špatně, ale když jsem s malým musela být doma, tak jsme si úplně vyskakovat taky nemohli. No a pak jsme dostali od sociální pracovnice z jedné organizace informaci, že jestli máme zažádáno a my, že jako na co. Nebylo to nějak moc, ale lepší jak nic.*“ Dále respondenti oceňují získávání informací o vzdělávání svých dětí, o možnostech, které mají.

Dále informanti vytyčují služeb sdružení nestátní neziskové organizace Nedoklubko, hlavně v souvislosti s předání kontaktu a navázání spolupráce s odborníky specialisty. Dále velmi pozitivně vnímají propojení s rodinami, které mají také předčasně narozené dítě. Díky tomu, si mohli sdílet informace, zkušenosti, nápady, což mělo velký vliv na psychickou pohodu.

4.1.10 Vnímání překážek sociálních služeb

Prvotním překážkou informanti vnímají nízkou informovanost. Překvapilo je, že není větší informovanost o těchto organizacích, jaké služby poskytují a pro koho jsou určené R8:., *V podstatě, kdybych neměla malého nedonošeného, tak ani nevím, že je u nás nějaká organizace, “.*

O překážkách v souvislosti s časovou a místní dostupností vypovídají 3 informanti. Ti sdělují nedostatečnou místní dostupnost, dále časovou dostupnost vyzdvihuje 1 informant. V rámci místní dostupnosti, všichni informanti se shodují, že vnímají bydlení na vesnici jako výraznou překážku pro využívání sociálních služeb pro své dítě. Jako nejvíce problematické vidí dojíždění, které pro jednu informantku, která nevlastní auto, je velice problematické a je tak vázána převážně na sociální služby, které jsou poskytované terénní formou. Co se týká časové dostupnosti, jeden informant vidí jako překážku plnou kapacitu některých sociálních služeb a navázání 100% spolupráce trvalo déle, než si představovala: *„My dostali kontakt od známý na tuhle organizaci, ale tam nám vlastně řekli, že mají plno, takže k nám nemůžou dojíždět, což mě docela zaskočilo, když jsme čekali týdny. Ale dostali jsme nějaký informace, což není úplně supr ale byli jsme rádi aspoň za tohle“.*

S překážkou v dostupnosti také vidí informanti nedostatek služeb pro malé děti, které by spočívalo v pohlídání dětí v organizaci. Kam by mohli v době dovolené, či odpočinku dát dítě na pár dní, poté si ho vzít zpět domu. Sociální služby určené pro děti vnímají informanti jako formu pomoci terénní či ambulantní, dále pobytovou formu služeb, které mají charakter

pravidelný a dlouhodobý.

Další překážky vidí informanti v neprovázanosti služeb a to konkrétně, pokud dítě má více zdravotních obtíží, s čím se potýkala R6: *„Víte co, malej toho měl víc, na začátku jsme měli jednu organizaci, ale jak byl malej větší, tak se toho začalo objevovat víc a ta sociální pracovnice nám řekla, že by bylo lepší zkontaktovat i další organizaci. Tak jsme jim zavolali a museli jsme jim zase říct od znova, jaký je problém, co jsme už zvládli, co pobíráme, nepobíráme. Možná bych víc ocenila, kdyby to ta naše sociální pracovnice řekla tý druhý. Víte co, já úplně nevim co je důležitý a každému všechno říkat zase od znova...“*

Z posledních překážek sociálních služeb, kterou informanti sdělují je informovanost o sociálních službách, o organizacích, které jsou tu k dispozici rodinám, kterým se předčasně narodí miminko. Pouze jedna z informantek pocítuje množství informací, které získala ještě v nemocnici za dostatečné a včasné. 6 informantů takový názor nemají. Objevují se sdělení, že se u nich nejednalo a včasnou informovanost o nabízených službách, které by jejich dítě a rodina potřebovala.

5 Diskuse

Provedením dotazníkového šetření, s doplněním hloubkových rozhovorů, vzešlo množství informací a náhled do spektra možností sociálních služeb určené pro rodiny s nedonošeným dítětem a zhodnocení těchto služeb od samotných klientů-zástupců rodiny s nedonošeným dítětem. Získané informace jsou v této kapitole shrnuty a dále porovnány s názory a tvrzeními odborníků a autorů, které byly využity pro teoretickou část této diplomové práce. Díky zajištění respondentů z celé České republiky (mimo krajů Olomouckého a Královehradeckého) jak z menších a větších obcí, jsme zajistily informace širšího charakteru, ne pouze orientace na jeden kraj či pouze město, a tedy jsme získali i informace o využívání sociálních služeb rodinami z měst, tak i vesnice.

Kritérium účasti v dotazníkovém šetření (v návaznosti poté i pro vedení hloubkového rozhovoru) byly rodiny, kterým se narodilo nedonošené dítě. Peychl (2005) rozumí nedonošeným dítětem takové dítě, které ne narodilo ve 38. týdnu a dříve. Janáčková et al. (2016) dále uvádí spodní hranici možnosti, kdy se daří zachránit dítě narozené již ve 24. týdnu těhotenství. Dle těchto poznatků bylo provedeno rozmezí 5 možností odpovědí týdne narození dítěte. Všechny možnosti, tedy rozmezí týdnů, byly zastoupeny, nejvíce zastoupena byla možnost narození dítěte mezi 30-32. týdnem těhotenství. Dále Janáčková et al. (2016) uvádí, že nedonošená miminka jsou vývojově nezralá a mohou přijít obtíže v podobě nemocí či zdravotních problémů. To také většina informantů sdělují. U nedonošených dětí respondentů se jednalo o dechové obtíže, problematický příjem stravy, infekce, obtíže se sluchem.

Všechny nedonošené novorozenci informantů byly převezeny na JIP (jednotku intenzivní péče), kde byly z důvodu nízké porodní váhy a nezralosti, umístěny do inkubátorů. Kraus et al. (1997) popisuje pobyt v inkubátoru jako predispoziční pro vznik retinopatie. Která se u nedonošených dětí respondentů taktéž objevila.

Dále informanti sdělují zdravotní obtíže, která se objevila až po nějakém čase. Informanti jmenují ADHD. Goetd et al. (2013) však uvádí, že nemůžeme brát předčasný porod pouze jako jedinou příčinu. Dále informanti sdělují obtíže motorické. O těchto obtížích také vypovídá Smolíková et al. (2017).

Co se týká psychického stavu informantů, tedy zástupců rodiny nedonošeného dítěte, u všech se jednalo o určitou krizovou situaci, kdy z radostných chvil očekávání na těhotenství v řádném termínu, nastává velký strach, obavy, nejistoty, zda jejich dítě přežije, či bude mít nějaké obtíže, z důvodu nízkého gestačního věku, kde určité orgány nejsou řádně dovyvinuté. Jungwirthová et al. (2015) mluví o tzv. hlubokém otřesu, který může rodině nedonošeného dítěte způsobit šok, úzkosti s možným propojením agresivity, apatie... Tyto pocity

informanti nepocítovali ani nepocítují. Spíše popisují psychické stavy obav, strachu a nejistoty, které souvisí se zdravým dítětem a zda zvládnou někdy nutnou specifickou péči o jejich dítě. Autorka také popisuje, že považuje za velmi důležité pro lepší psychické zvládnutí této krizové situace, aby rodiče mohli být se svým dítětem co nejdříve, být mu na blízku, aby mohlo dojít k blízkému vztahu. To podle informací nebylo umožněno všem. 3 ze 8 informantům nebyl umožněn styk s dítětem, kdy oni chtěli, a ani jejich blízkým. Dokonce jedna z informantek vypovídá o tom, že ji velice mrzí, že její nedonošenou dceru nemohl manžel, tedy otec, hned vidět. Pro tyto informanty bylo toto období velmi náročné po psychické stránce. 5 z 8 informantů mohly za svým dítětem na JIP, kdykoli oni chtěli a po domluvě s personálem mohli na návštěvu i příbuzní. To informanti berou jako velmi důležitý faktor, proč pro ně toto období nebylo, a tak náročné, po psychické stránce. Dále informanti čas strávený doma po propuštění, vnímají většinou neutrálně. Spíše jako časový prostor pro přípravu nutných věcí a také pro získávání a vyhledávání informací o situaci, kterou rodina prožívá.

Sociální služby, které se primárně zaměřují na rodiny s nedonošeným dítětem a následnou péčí a které nejvíce naši respondenti využívali či stále využívají, je Raná péče. Podle prováděcí vyhlášky (Zákona č. 108/ 2006 O sociálních službách), č. 505/ 2006 Sb, konkrétně podle § 19 sociální služba raná péče má zaštitovat základní činnosti a to výchovné, vzdělávací, aktivizační, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv.... Tyto činnosti sdělují i informanti, při vyprávění o tom, v čem konkrétně jim sociální pracovnice Rané péče pomáhala. Jednalo se převážně o edukaci, psychosociální podporu, zajištění zdravého rodinného fungování, pomoc při vyřizování žádostí pro přiznání příspěvku či kompenzační pomůcky. Dále respondenti jako následnou podporu využily služeb pečovatelské služby. Šest respondentů využilo i služeb nestátní neziskové organizace Nedoklubko, pro celkovou podporu rodiny s nedonošeným dítětem, hlavně zprostředkování kontaktu s dalšími rodinami, kterým se předčasně narodilo dítě. Velmi informanti ocenili i propojení s odborníky specialisty. Dále respondenti využili služeb sociálně aktivizační činnosti pro rodiny s dětmi a možnost jiné. Využívání sociálních služeb bylo nejvíce zastoupeno jako více časté, dále respondenti sdělují, že potřebnost sociálních služeb vnímají jako potřebné a přístup sociálních pracovníků hodnotí jako dostačující. Dále spolupráce respondentů s organizací poskytující sociální služby splnili jejich očekávání.

Podle Matouška et al. (2014) je první kontakt mezi pracovníkem a rodinou velmi důležitý, jelikož je zásadní pro zhodnocení potřeb rodiny, vyhodnocení možných rizik, což vede ke zkvalitnění života rodiny a ochrana před možnými riziky. Je tedy na místě tvrzení, že první

kontakt s pracovníkem by měl být co nejdříve po narození nedonošeného dítěte, který jak vypovídá Janáčková et al. (2016), nedonošené dítě je rizikové z důvodu své nezralosti. Proto je velmi zajímavé zjištění, že nejvíce respondentů využívali sociální služby až po 1 měsíci. Celkově 46 respondentů. Pouze 20 respondentů začalo využívat sociální služby do 1 měsíce po narození nedonošeného dítěte. S tím také souvisí potvrzení hypotézy č. 3 že nabídka sociálních služeb pro nedonošené děti ihned po porodu zvyšuje spokojenost s nimi.

Vytyčené deficity systému služeb pro rodiny s dětmi ve Zprávě o rodině od MPSV (2017), plně koresponduje se získanými informacemi od respondentů. S tím také souvisí pojetí pojmu rehabilitace, konkrétně přesné definování koordinována rehabilitace. Tím se podle Emmerové (2012) rozumí o provázaný proces a propojenost služeb léčebných, pedagogických, pracovních a sociálních služeb. Dále Neubauerová doplňuje sdělení Emmerové (2012), tedy, že cílem koordinované rehabilitace je návaznost a podpora všech složek a členů tzv. multidisciplinárního týmu koordinované rehabilitace. Zpráva o rodině (2017) od MPSV sděluje, že je neexistence funkční spolupráce mezi jednotlivými institucemi. Informanti sdělují, že informace, které získali, byly z počátku převážně zdravotního charakteru. Sdělení respondentky R8: *V podstatě, kdybych neměla malýho nedonošenýho, tak ani nevím, že je u nás nějaká organizace,* „, může naznačovat, že informovanost lidí o sociálních službách, pokud se o sociální odvětví nezajímají či nevyužívají jejich prostředků, není dostatečná. Proto je velmi důležité podání informací již v nemocničním prostředí. Dále informanti po propuštění si nebyly jisti, jak poskytovat specifickou péči dle typu komplikací a obtíží. Dále jakých služeb mohou informanti využít, v návaznosti, o jaké dávky sociálního zabezpečení mohou požádat. Vyhodnocení dotazníků, informanti sdělili, že informace o sociálních službách získali od odborníků, dále od rodiny a přátel, v neposlední řadě z internetu, a to jen o 8 méně než od odborníků. Dále nejvíce informací o prožívané situaci získali od zdravotně sociálního pracovníka či sociálního pracovníka. Nejvíce informací od těchto profesí získaly i respondenti, které poskytly rozhovor. Dále informace respondenti získali od zdravotního personálu, což z 8 informantů sdělil pouze 1. Mnohem více informací tyto informanti získali z internetových stránek. Dále jeden z informantů sděluje, že podle ní nefunguje provázanost mezi organizacemi sociálních služeb, konkrétně v komunikaci. Ocenila by více, kdyby komunikace mezi organizacemi nebyla v rukou klientů, ale aby mezi sebou sociální pracovníci navzájem komunikovali ohledně potřeb klientů.

Zmiňované deficity ve Zprávě (2017) od MPSV se zaměřují na kapacitní, časovou a místní dostupnost, nedostupnost.

Na otázku, týkající se dostatečnosti sociálních služeb, které se zaměřují na rodiny

nedonošených dětí, respondenti vnímají spíše jako nedostatečné. Což koresponduje s informací od informantů. Co se týká místní dostupnosti, tedy vzdálenosti sociálních služeb, respondenti mají neutrální pohled. Detailněji o této překážce vypovídá 1 informant, která je z důvodu bydlení na vesnici a nepřítomnost automobilu, závislá pouze na službě, které poskytují služby terénní formy.

Co se týká časové dostupnosti respondenti v dotazníkovém šetření, vnímají tuto problematiku spíše jako dostupnou. Jeden informant při rozhovoru vytyká deficit pobytových služeb pro děti, konkrétně v krátkodobém využívání sociálních služeb, například v době dovolené. Dále jeden informant vytyčuje kapacitní nedostupnost jedné ze sociálních služeb, kdy podle jejího názoru čekala dlouhou dobu pro navázání úplné spolupráce s organizací. S dostupností také souvisí potvrzení naší hypotézy č.2, kdy respondenti byly více spokojeni se sociálními službami, pokud pocíťovali dostupnost těchto služeb.

6 Závěr

Krizová situace předčasného narození dětí, sebou obnáší bio-psycho-sociální změny. Příběh každé rodiny, které se narodí dítě velmi brzo, je jedinečný, obnáší sebou různé spektrum komplikací, zdravotní stav dětí má různé prognózy, každá rodina tuto situaci může prožívat velmi individuálně. Tato situace ovlivňuje jak samotné dítě, tak celé rodiny.

Jelikož tato situace má velmi široký dopad, musíme myslet na podporu či pomoc celé rodině tak, aby cesta byla co nejjednodušší. K tomu slouží prostředky rehabilitace a multidisciplinárního týmu. Na počátku lékařský, nelékařský personál, nezdravotnický personál, který je první pojítkem mezi danou situací a jejím porozuměním. K tomu je zapotřebí předání včasných informací, které by mimo informací zdravotního charakteru, by měly být doplněny také o kontakty na další specialisty dle typu obtíží či rizicích a o základním povědomí sociálních služeb, dávek sociálního zabezpečení. Informace by měly být předávány odborníky tedy lékaři, zdravotními sestrami, sociálními pracovníky, psychology, nikoli tak, aby byly rodiny závislé na získávání informací přes internetové stránky. Orientace a informovanost společnosti, která nepotřebovala tento typ podpory či pomoci, je stále nedostatečná, proto by členové multidisciplinárního týmu měli zajistit touto formou plnou orientaci a pochopení.

Propojení na sociální služby je velmi důležité pro intervenci samotných dětí tak pro podporu celé rodiny, dle jejich individuálních potřeb. Proto je důležité, aby předání informací a navázání spolupráce s konkrétní sociální službou proběhlo co nejdříve.

Pro svou empirickou část byly záměrně zvoleny dva typy výzkumů. Pro obsáhlejší získání dat, ale také pro zajištění detailnějších informací, které vychází z cílů této diplomové práce. Pro rodiny je velmi důležité zajistit co nejvíce prostoru se svým dítětem, tak, aby mohlo dojít k navázání pevného vztahu, a tedy povzbuzení psychického stavu.

Dle získaných dat a výpovědí, přinášíme náhled zmapování spokojenosti klientů se sociálními službami, ale také to, co považují za možné deficity. Spokojenost klientů souvisí s dostupností a také s včasností předání informací o sociálních službách. Proto je velmi důležité zajistit místní, časovou dostupnost, dále pak přemýšlet o rozšiřování kapacitní dostupnosti tak, aby rodiny mohly včas zahájit spolupráci s konkrétní sociální službou. Dále je z jedné z výpovědí důležité, myslet více na rodiny, které jsou z malých obcí či vesnic, dále poté například bez řidičského průkazu, automobilového vozidla či problematických spojení veřejnou dopravou. V neposlední řadě přemýšlet nad absencí pobytových zařízení poskytující krátkodobou či nepravdělnou službu.

7 Zdroje

1. ADÁMKOVÁ, V. a kolektiv, 2014. *Naléhavé situace v pediatrii*. Konice: Gylden. 98 s. ISBN 978-80-87290-04-0.
2. DITTRICHOVÁ, J., PAPOUŠEK, M., PAUL, K., 2004. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 80-247-0399-8.
3. DOKOUPILOVÁ, M., FIŠÁRKOVÁ B., NOVOTNÁ, L., 2009. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Praha: Portál. 315 s. ISBN 978-80-7367-552-3.
4. DORT, J., 2004. *Neonatologie: vybrané kapitoly pro studenty LF*. Praha: Karolinum. 101 s. ISBN 80-246-0790-5.
5. EMMEROVÁ, M., 2012. Úvod - Co je to koordinovaná rehabilitace? In: *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR: [účelová neperiodická publikace]*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, s. 5-12. ISBN 978-80-7421-052-5.
6. FITZNEROVÁ, I., 2010. *Máme dítě s handicapem*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-663-6.
7. FRENCH, K., FRENCH, T., 2017. *Juniper: holčička, která se narodila příliš brzy*. Brno: BizBooks. 285 s. ISBN 978-80-265-0662-1
8. GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P., 2009. *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén. 160 s. ISBN 978-80-7262-630-4.
9. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
10. JANÁČKOVÁ, L., DORT, J., DORTOVÁ, E., 2016. *Máme doma miminko do dlaně: praktický průvodce pro rodiče předčasně narozených dětí od propuštění z nemocnice do tří let*. Brno: Grifart. 153 s. ISBN 978-80-906185-6-5.
11. JANÁČKOVÁ, L., KANTOR, L., 2016. *Maličké miminko: praktický průvodce pro rodiče předčasně narozených dětí*. Brno: Grifart. 215 s. ISBN 978-80-906185-2-7.
12. JUNGWIRTHOVÁ, I., HRADILKOVÁ, T., 2015. Sdělování nepříznivé diagnózy. In: *"...Když není všechno tak, jak si přáli..."*. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP České Budějovice, s. 4-5. ISBN 978-80-906077-1-2.
13. KNOTOVÁ, D. a kolektiv, 2014. *Školní poradenství*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-4502-2.

14. KRAUS, H. a kolektiv, 1997. *Kompendium očního lékařství*. Praha: Grada. 341 s. ISBN 80-7169-079-1.
15. MACHOVÁ, J., GUTVIRTH, J., 1977. *Tělesný a duševní vývoj nedonošených dětí*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 125 s.
16. MATYÁŠOVÁ, P., 2015. Raná péče. In: *"...Když není všechno tak, jak si přáli..."*. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP České Budějovice, s. 9. ISBN 978-80-906077-1-2.
17. MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.
18. Nedoklubko. Nedoklubko [online]. [cit. 2021-07-09]. Dostupné z: <http://nedoklubko.cz/o-nas/htm>
19. OPATŘILOVÁ, D., NOVÁKOVÁ, Z., 2012. *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením: Early support and intervention for children with disabilities*. Brno: Masarykova univerzita. 321 s. ISBN 978-80-210-5880-4.
20. PEYCHL, I., 2005. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. Praha: Galén. 164 s. ISBN 80-7262-283-8.
21. POKORNÁ, V., 2010. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál. 336 s. ISBN 978-80-7367-817-3.
22. ROZSÍVAL, P. a kolektiv, 2006. *Oční lékařství*. Praha: Galén. 373 s. ISBN 80-7262-404-0.
23. SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
24. SMOLÍKOVÁ, L., MÁČEK, M., VLČKOVÁ, B., DYRHONOVÁ, O., 2017. *Léčebná rehabilitace v pediatrii*. Praha: Raabe. 96 s. ISBN 978-80-7496-313-1.
25. SOBOTKOVÁ, E., JUNGWIRTHOVÁ, I., GABRIELOVÁ, V., 2015. Nedonošené dítě a rodiče. In: *"...Když není všechno tak, jak si přáli..."*. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP České Budějovice, s. 7. ISBN 978-80-906077-1-2.
26. STRAŇÁK, Z., JANOTA J., 2015. *Neonatologie*. Praha: Mladá fronta. 637 s. ISBN 978-80-204-3861-4.
27. ŠÁNDOROVÁ, Z., 2015. *(Re)socializace v rané péči*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 140 s. ISBN 978-80-7395-961-6.
28. ŠULOVÁ, L., 2010. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum. 247 s. ISBN 978-80-246-1820-3.
29. THOMPSON, A. M., 2018. *Mé dítě má ADHD: jak s ním přežít*. Praha: Portál. 128 s. ISBN 978-80-262-1316-1.

30. VIDOVÁ, T., 2015. Situace rodiny s postiženým dítětem. In: *"...Když není všechno tak, jak si přáli..."*. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP České Budějovice, s. 7-8. ISBN 978-80-906077-1-2.
31. VOKURKA, M., HUGO. J. a kolektiv, 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. 1113 s. ISBN 978-80-7345-456-2
32. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2019-19-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7334>
33. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2019-19-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7334>
34. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), 2004. [online]. [cit. 2019-19-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>
35. ZELINKOVÁ, O., 2015. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Praha: Portál. 264 s. ISBN 978-80-262-0875-4.
36. ZOBAN, P., 2015. Důsledky perinatálního ohrožení novorozenců pro jejich další vývoj. In: *"...Když není všechno tak, jak si přáli..."*. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP České Budějovice, s. 4. ISBN 978-80-906077-1-2.
37. KRAUS, B., 2014. *Společnost, rodina a sociální deviace*. Hradec Králové: Gaudeamus. 158 s. ISBN 978-80-7435-411-3.
38. HELUS, Z., 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3.
39. GILBERT, G., 2018. *Rodina: poklad naší doby*. Praha: Portál. 96 s. ISBN 978-80-262-1330-7.
40. ŠULOVÁ, L., ZAUCHE-GAUDRON, CH., 2003. *Předškolní dítě a jeho svět: L'enfant d'âge préscolaire et son monde*. Praha: Karolinum. 471 s. ISBN 80-246-0752-2.
41. SVOBODOVÁ, E. a kolektiv, 2010. *Vzdělávání v mateřské škole: školní a třídní vzdělávací program*. Praha: Portál. 168 s. ISBN 978-80-7367-774-9.
42. TOMÁŠOVÁ, A., 2012. *Mateřskou školou ke školní připravenosti*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. 146 s. ISBN 978-80-7464-231-9.
43. KALHOUS, Z., OBST, O. a kolektiv, 2009. *Školní didaktika*. Praha: Portál. 447 s. ISBN 978-807367-571-4.
44. BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V., 2010. *Školní zralost: co by mělo umět dítě před vstupem do školy*. Brno: Computer Press. 100 s. ISBN 978-80-251-2569-4.

45. VESELÁ, R. a kolektiv, 2005. *Rodina a rodinné právo: historie, současnost a perspektivy*. Praha: EUROLEX BOHEMIA. 283 s. ISBN 80-86432-93-9.
46. SOBOTKOVÁ, I., 2007. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-7367-250-8.
47. MINUCHIN, S., 2013. *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-262-0371-1.
48. GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J., 2009. *Rodinná terapie: systematické a narativní přístupy*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-2390-7.
49. MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H. a kolektiv, 2014. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-262-0697-2.
50. MPSV – odbor 21. *Aktivity k podpoře rodin* [online]. Aktualizace: 30. 1. 2013. [cit. 2019-19-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14471>
51. MPSV. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2015* [online]. [cit. 2019-19-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/20258/III.pdf>
52. MATOUŠEK, O. a kolektiv, 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
53. BROZMANOVÁ GREGOROVÁ, A., 2006. Rodina jako klient sociálních služeb - zkušenosti so siet'ovaním pomoci. In: SMUTEK, M., KAPPL, M., ed., 2006. *Proměny klienta služeb sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus. s. 234 – 242. ISBN 80-7041-716-1.
54. MPSV. *Národní zpráva o rodině – zkrácená verze* [online]. Publikováno: 2004. [cit. 2019-19-02]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/900/zprava_zkr.pdf
55. MPSV. *Zpráva o rodině* [online]. Publikováno: 2017. [cit. 2019-19-02]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/30514/Zprava_o_rodine_2017.pdf
56. NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K., 2012. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus. 135 s. ISBN 978-80-7435-174-7.
57. VOTAVA, J. a kolektiv, 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 208 s. ISBN 80-246-0708-5.
58. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2012. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: Artedit. 44 s. ISBN 978-80-7421-052-5.

Seznam grafů

Graf 1 Bydliště respondentů	41
Graf 2 Velikost obce, kde žijí respondenti	42
Graf 3 Věk respondentů	43
Graf 4 Dosažené vzdělání respondentů	44
Graf 5 Týden narození dítěte	45
Graf 6 Využívání služeb pro nedonošené děti.....	46
Graf 7 Zjištění informací o existenci soc. služeb.....	47
Graf 8 Zisk informací v dané životní situaci	48
Graf 9 Začátek využívání soc. služeb	49

Seznam tabulek

Tabulka 1 Četnost využívání sociálních služeb pro nedonošené děti.....	49
Tabulka 2 Potřebnost sociálních služeb pro nedonošené děti.....	50
Tabulka 3 Potřeba sociálních služeb	50
Tabulka 4 Dostupnost sociálních služeb	51
Tabulka 5 Časová dostupnost sociálních služeb	51
Tabulka 6 Přístup sociálních pracovníků	52
Tabulka 7 Celkový přínos sociálních služeb.....	52
Tabulka 8 Očekávání od sociálních služeb	53
Tabulka 9 Vztah vzdělání a spokojenosti se sociálními službami	53
Tabulka 10 Vztah dostupnosti sociálních služeb a spokojenost s nimi	54
Tabulka 11 Vztah nabídky sociálních služeb po porodu a spokojenost.....	54

Přílohy

Příloha 1

Dotazník

Dotazník je určen rodičům, kteří alespoň jednou využili sociální službu pro cílovou skupinu nedonošených dětí.

Vážení rodiče, mé jméno je XXX a jsem studentka 2. ročníku, oboru XXX na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakultě. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o pomoc při výzkumu k mé diplomové práci s názvem XXXX. Předkládaný dotazník je zcela anonymní a data budou využita pouze pro potřeby mé absolventské práce. Děkuji Vám za Váš čas a upřímné vyplnění.

1. V jakém kraji žijete?

- Hlavní město Praha
- Jihočeský kraj
- Jihomoravský kraj
- Karlovarský kraj
- Kraj Vysočina
- Královéhradecký kraj
- Liberecký kraj
- Moravskoslezský kraj
- Olomoucký kraj
- Pardubický kraj
- Plzeňský kraj
- Středočeský kraj
- Ústecký kraj
- Zlínský kraj

2. Jaká je velikost obce, ve které žijete?

- Do 500 obyvatel
- 501-4999 obyvatel

- 5000-20.000 obyvatel
- Nad 20.000 obyvatel

3. Jaký je Váš věk?

- Do 25 let
- 26-30 let
- 31 – 36 let
- 36 a více let

4. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- Základní
- Středoškolské odborné
- Středoškolské s maturitou
- Vysokoškolské

5. V kolikátém týdnu těhotenství se narodilo Vaše nedonošené dítě?

- Dříve než v 25 týdnu
- Ve 26. – 29. týdnu
- Ve 30. – 32. týdnu
- Ve 33. – 35. týdnu
- Ve 36. – 38. týdnu

6. Jaké sociální služby, či jakou pomoc pro nedonošené děti využíváte/jste využívali?

- Raná péče
- Pečovatelské služba
- Nedoklubko
- Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- jiné

7. Jak jste se dozvěděli o existenci sociálních služeb pro nedonošené děti?

- Internetové stránky
- Doporučení od odborníků
- Doporučení od přátel/rodiny
- Jiné

8. Byla Vám po porodu nabídnuta zdravotně-sociální péče/služba?

- Ano
- Ne

9. Od koho nebo kde jste získal/a nejvíce informací, které Vám pomohly se v dané složité životní situaci zorientovat?

- zdravotní personál v nemocnici
- zdravotně sociální pracovník, sociální pracovník
- internet
- zkušenosti jiných rodičů
- jiné

10. V jakém věku dítěte jste začali služeb využívat?

- Do 1 měsíce
- Od 1 do 3 měsíce
- Od 4 do 6 měsíce
- Od 7 do 12 měsíce
- Po 1 roku

11. Jak často jste využívali/využíváte sociálních služeb pro nedonošené děti?

Jednorázově 1 2 3 4 5 pravidelně

(1 = jednorázově, 2 = méně často, 3 = středně, 4 = více často, 5 = pravidelně)

12. Jak hodnotíte potřebnost sociálních služeb pro nedonošené děti?

Naprosto potřebné 1 2 3 4 5 naprosto nepotřebné

13. Jak hodnotíte nabídku sociálních služeb pro nedonošené děti?

Zcela dostačující 1 2 3 4 5 zcela nedostačující

14. Jak hodnotíte místní dostupnost (tj. vzdálenost) sociálních služeb pro nedonošené děti?

Zcela dostupné 1 2 3 4 5 zcela nedostupné

15. Jak hodnotíte časovou dostupnost (tj. možnost využít flexibilně v případě potřeby) sociálních služeb pro nedonošené děti?

Zcela dostupné 1 2 3 4 5 zcela nedostupné

16. Jak hodnotíte přístup pracovníků sociálních služeb pro nedonošené děti?

Bez výhrad 1 2 3 4 5 nepřijatelný

17. Jak hodnotíte celkový přínos sociálních služeb pro nedonošené děti?

Zcela dostačující 1 2 3 4 5 zcela nedostačující

18. Jak hodnotíte přínos sociálních služeb pro nedonošené děti pro Vás osobně?

Zcela dostačující 1 2 3 4 5 zcela nedostačující

19. Splnili sociální služby pro nedonošené děti Vaše očekávání?

Zcela 1 2 3 4 5 vůbec