FAKULTA
PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ
A PEDAGOGICKÁ TUL

Bakalářská práce

Ambulantní formy služby rané péče

Studijní program: B0923P240005 Sociální práce
Autor práce: **Kateřina Krausová**
Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Kosová
Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

Liberec 2024

FAKULTA
PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ
A PEDAGOGICKÁ TUL

Zadání bakalářské práce

Ambulantní formy služby rané péče

Jméno a příjmení:	**Kateřina Krausová**
Osobní číslo:	P21000357
Studijní program:	B0923P240005 Sociální práce
Zadávající katedra:	Katedra sociální práce a speciální pedagogiky
Akademický rok:	2022/2023

Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Zmapovat ambulantní programy, které nabízejí organizace poskytující službu rané péče.
Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.
Metody: Dotazování.
Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucí práce.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce: tištěná/elektronická
Jazyk práce: čeština

Seznam odborné literatury:

DOKOUPILOVÁ, I., HANÁKOVÁ, A., KMENTOVÁ, S., POTMĚŠIL, M., SOLDANOVÁ, J., ŠTĚPNIČKOVÁ, N., URBANOVSKÁ, E., 2017. *Rodina a dítě se zdravotním postižením*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-262-8.
HRADILKOVÁ, T., 2018. *Praxe a metody rané péče v ČR: průvodce sociálním modelem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1386-4.
PRETIS, M., BARLOVÁ, J., HRADILKOVÁ, T., 2020. *Raná péče: příručka pro teorii a praxi*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88290-65-0.
ŠÁNDOROVÁ, Z., 2017. *Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-054-7.
ŠÁNDOROVÁ, Z., 2015. *(Re)socializace v rané péči*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-961-6.

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Kosová
Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

Datum zadání práce: 21. června 2023
Předpokládaný termín odevzdání: 26. dubna 2024

L.S.

prof. RNDr. Jan Picek, CSc.
děkan

Mgr. et Mgr. Lenka Nádvorníková, Ph.D.
garant studijního programu

V Liberci dne 28. března 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

6. prosince 2024 Kateřina Krausová

Poděkování

Velké poděkování patří Mgr. Kateřině Kosové za její odborné vedení, trpělivost, ochotu a cenné rady. Také bych chtěla poděkovat všem organizacím rané péče za jejich zapojení se do průzkumu, jejich čas a vstřícný přístup.

Název bakalářské práce:	**Ambulantní formy služby rané péče**
Jméno a příjmení autora:	**Kateřina Krausová**
Akademický rok odevzdání bakalářské práce:	**2024/2025**
Vedoucí bakalářské práce:	**Mgr. Kateřina Kosová**

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na ambulantní formy služby rané péče. Ambulantní formy nejsou příliš zmapovaná oblast, proto se práce zabývá danou problematikou. Cílem práce je zmapovat ambulantní programy, které nabízejí organizace poskytující službu rané péče. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část empirickou. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy k danému tématu. Dále jsou zde uvedeny souhrnné informace o problematice rané péče a podrobné se zaměření na její ambulantní formy. Empirická část práce obsahuje průzkum, díky němuž byly zmapovány aktuálně poskytované ambulantní programy služby rané péče. Z průzkumu vznikly přehledy, které uvádí zjištěné ambulantní programy rozdělené na individuální a skupinové. Tyto programy jsou následně zmíněné i v dalším přehledu, který obsahuje názvy organizací, cílové skupiny a informace o poskytování ambulantních forem. Tyto vzniklé přehledy jsou v současné době ojedinělé a dokáží přiblížit praxi k teorii.

Klíčová slova: raná péče; sociální služba; ambulantní forma; zdravotní postižení; rodina; dítě se zdravotním postižením; organizace

Title of the Bachelor‘s thesis: **Ambulant Forms of Early Care Services**

Author: **Kateřina Krausová**

Academic year of the Bachelor‘s thesis submission: **2024/2025**

Supervisor: **Mgr. Kateřina Kosová**

Annotation

The Bachelor's thesis focuses on ambulant forms of early care services. Ambulant forms are not a well-charted area, therefore the work deals with the given issue. The aim of the work is to map ambulant programs offered by organizations providing early care services. The Bachelor’s thesis is divided into two parts, the theoretical part and the empirical part. In the theoretical part, the basic terms for the given topic are defined. In addition, summary information on the issue of early care and a detailed focus on its ambulant forms are presented here. The empirical part of the work contains a survey, thanks to which the currently provided ambulant programs of the early care service were mapped. The survey resulted in overviews that list the identified ambulant programs divided to individual and group. These programs are subsequently mentioned in the next overview, which contains the names of organizations, target groups and information on the provision of ambulant forms. These overviews are currently unique and can bring practice closer to theory.

Keywords: early care; social service; ambulant form; disability; family; child with disability; organization

Obsah

Úvod ... 12
Teoretická část ... 14
1 Vymezení základních pojmů ... 14
1.1 Rodina ... 14
1.2 Zdravotní postižení ... 15
1.3 Rodina dítěte s postižením ... 16
1.4 Sociální služby ... 17
2 Raná péče ... 19
2.1 Charakteristika rané péče ... 19
2.2 Cíle rané péče ... 21
2.3 Cílová skupina rané péče ... 22
2.3.1 Děti se zrakovým postižením ... 23
2.3.2 Děti se sluchovým postižením ... 24
2.3.3 Děti s mentálním postižením ... 26
2.3.4 Děti s tělesným postižením ... 26
2.3.5 Děti s kombinovaným postižením ... 27
2.3.6 Děti s poruchou autistického spektra ... 27
2.3.7 Děti s ohroženým vývojem na základě zdravotního stavu ... 28
2.4 Formy služeb rané péče ... 28
3 Ambulantní formy rané péče ... 30
3.1 Individuální programy ... 31
3.2 Skupinové programy ... 36
Empirická část ... 38
4 Cíl bakalářské práce ... 38
4.1 Průzkumné otázky ... 38
5 Metodologie průzkumu ... 39
5.1 Metoda sběru dat ... 39
5.2 Popis průzkumného vzorku ... 39
6 Průběh průzkumu ... 40
7 Průzkumná zjištění ... 41
8 Diskuze ... 54

9 Navrhovaná opatření 57
9.1 Přehled individuálního programu 58
9.2 Přehled skupinové programy 60
9.3 Přehled organizací 61
Závěr 67
Seznam použitých zdrojů 68
Seznam příloh 72

Seznam grafů

Graf 1: V jakém kraji působí organizace, kterou zastupujete? 41
Graf 2: Jaké cílové skupině se Vaše organizace věnuje? 42
Graf 3: Poskytujete v organizaci ambulantní formy služby rané péče? 43
Graf 4: Jaké poskytujete ambulantní programy? 44
Graf 5: Jaké poskytujete individuální ambulantní programy? 45
Graf 6: Jaké poskytujete skupinové ambulantní programy? 48
Graf 7: Chcete v budoucnosti rozšířit nabídku ambulantních programů? 51

Seznam tabulek

Tabulka 1: Individuální programy 58
Tabulka 2: Skupinové programy 60
Tabulka 3: Přehled organizací 61

Seznam použitých zkratek

a kol. – a kolektiv

č. – číslo

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

např. – například

p. – postižení

PAS – porucha autistického spektra

s. – strana

TUL – Technická univerzita v Liberci

Úvod

Narození dítěte bývá pro rodinu velká událost, při které se její dosavadní život mění. Pokud se jedná o narození dítěte s postižením, změna života je o poznání větší. Život rodin dětí s postižením ovlivňuje řada faktorů a má dopad na jejich kvalitu života. Rodina se v tu chvíli dostává do úplně jiné životní situace a roviny. Musí se vypořádat s krizovou situací a má mnoho otázek. Ať už se jedná o otázky ohledně diagnózy, vhodných pomůcek, péče o dítě i mnoho dalších. Rodina se snaží přijmout a pochopit speciální potřeby svého dítěte. V této nelehké situaci může být pro rodinu velkou pomocí spolupráce s ranou péčí.

Raná péče je sociální služba, která dokáže v této zátěžové situaci rodině pomoci ve všech výše uvedených směrech, se kterými se rodina potýká. Rodina se o rané péči může dozvědět od lékaře, na internetu či na doporučení jiné osoby. Raná péče provádí rodiny náročným obdobím, dokáže je podržet i podpořit, vysvětlit jim vše potřebné, naučit je pracovat s pomůckami, doporučit specialisty a mnoho dalšího. Raná péče je převážně terénní služba, zaměřuje se na význam rodinného prostředí jako základního prostoru pro rozvoj dítěte, takže za rodinami dojíždí přímo k nim domů. Existují ale i ambulantní formy služby rané péče, které pomáhají rodinám i trochu jiným způsobem. Například poskytují ambulantní konzultace, speciální programy, setkávání rodin a další.

Cílem bakalářské práce je zmapovat ambulantní programy, které nabízejí organizace poskytující službu rané péče. Jelikož se jedná především o terénní službu, informace jsou spíše o této formě služby. Ambulantní formy mohou být vnímány pouze jako doplnění služby, ale jsou také velmi užitečné. Ambulantní formy nejsou zcela zmapované, a ne každá organizace je poskytuje. Bakalářská práce se rovněž zaměřuje na ambulantní formy služby a snaží se je přiblížit, jelikož informace o nich nejsou příliš dostupné.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol a jejich podkapitol. První kapitola teoretické části představuje základní pojmy k danému tématu. Druhá kapitola definuje ranou péči a uvádí všechny potřebné informace. V poslední kapitole teoretické části se práce podrobněji zaměřuje na ambulantní formy rané péče.

Empirická část bakalářské práce obsahuje popis tvorby, průzkum a výsledky dotazníkového šetření. Z výsledků průzkumu následně vnikly přehledy, které uvádí zjištěné ambulantní programy. Ambulantní programy jsou rozdělené na skupinové a individuální. Následně jsou tyto zjištěné programy uvedeny v přehledu, ve kterém jsou přiřazeny

k jednotlivým organizacím. Tento přehled obsahuje názvy organizací, krajovou působnost, cílové skupiny a informace o poskytování ambulantních forem. Vzniklé přehledy jsou v současné době ojedinělé a mohou přiblížit ambulantní formy rané péče např. studentům sociální práce a speciální pedagogiky TUL.

Teoretická část

V této části se nachází teoretický základ bakalářské práce. Pomocí odborné literatury a odborných zdrojů jsou vysvětleny potřebné pojmy k tématu Ambulantní formy rané péče.

1 Vymezení základních pojmů

Předtím než se práce zaměří na ranou péči, je potřeba definovat pojmy, které s daným tématem úzce souvisí. V této kapitole jsou vymezeny pojmy: rodina, zdravotní postižení, rodina dítěte s postižením a sociální služby.

1.1 Rodina

Rodina je sociální skupina, která je tvořena jednotlivci spojenými pokrevními, manželskými nebo adoptivními vazbami, případně dlouhodobým soužitím. Hlavní funkcí rodiny je výchova dětí a emocionální podpora (Matoušek 2003, s. 187). Rodina je původní a nejdůležitější společenská skupina a instituce, jejíž hlavní funkcí je reprodukce. Zajišťuje emocionální, materiální a sociální podporu svým členům a plní důležitou roli v jejich vzdělání a celkovém vývoji (Sociologická encyklopedie, 2018).

Schopnost rodiny plnit všechny základní funkce a být pro dítě stabilní oporou do značné míry závisí na vytvoření vzájemného vztahu mezi rodiči a dětmi, na jeho kvalitě a na přístupu, který rodiče ke svému dítěti zaujímají (Dokoupilová a kol. 2017, s. 10). Rodina plní hlavní roli v péči o děti, jejich výchově a socializaci. Poskytuje dítěti základy socializace a je pro něj nejvýznamnějším socializačním prostředím. Z hlediska průběhu socializace je důležité, jaká rodina je a jak dítě přijala. Důležitým předpokladem dobrého socializačního rozvoje může být, že rodiče dítě bezpodmínečně akceptují, bez ohledu na jeho vlastnosti a kompetence. Rodina působí na jedné straně jako reprezentant společnosti, jejích sociokulturních tradic, ale na druhé straně je každá rodina něčím specifická (Vágnerová 2004, s. 277–278).

Sobotková (2007, s. 24−28) je toho názoru, že neexistuje pouze jeden „správný“ model rodinného upořádání a fungování. Každá rodina je originální a svým způsobem specifická. Obvykle zahrnuje rodiče a jejich děti, ale může mít i širší podobu, zahrnující například prarodiče, sourozence nebo další příbuzné. Rodina je složitý celek, který tvoří několik členů a ovlivňuje ji širší sociální okolí i další vlivy. Při práci s rodinou je důležité vidět nejen celek, ale i jednotlivé členy rodiny.

Koncepce rodinného systému vychází z několika základních principů. Jednotlivými prvky systému nejsou jednotlivci sami o sobě, ale spíše lidé ve svých vzájemných vztazích

a interakcích. Rodinný systém lze chápat jako propojenou síť vztahů. Nelze porozumět rodině jen na základě poznání jejích členů, protože chování každého z nich ovlivňuje ostatní. Rodina jako celek zahrnuje různé subsystémy, které se obvykle utvářejí podle generací, hierarchie, pohlaví či specifických zátěží. V rodině s dítětem se zdravotním postižením tvoří jeden z těchto subsystémů např. rodič a dítě se zdravotním postižením (Matějček 2005, s. 359).

1.2 Zdravotní postižení

Lidé se zdravotním postižením tvoří významnou menšinu obyvatel České republiky, přibližně 10 % populace. Zdravotní postižení však ovlivňuje mnohem větší počet lidí, protože většina osob s postižením žije v rodinách. Důsledky postižení tak zasahují i jejich blízké, a to v sociální, ekonomické, psychologické či další oblasti, což výrazně rozšiřuje okruh zasažených osob (Michalík 2011, s. 31).

Existuje řada systémů podpory, které klasifikují různé stránky projevů a důsledků zdravotního postižení (Matoušek a kol. 2010, s. 89). K omezení schopností člověka provádět běžnou činnost vede každá porucha či postižení. Postižení je především porucha organismu, která se může objevit různými způsoby, na různých úrovních těla a v různé míře závažnosti. Tento stav lze popsat jako medicínsky definovanou odchylku vrozenou či získanou. Zdravotní postižení může ovlivňovat různé aspekty života jedince včetně jeho schopnosti pracovat, vzdělávat se či účastnit se společenského života. Zdravotní postižení se obvykle člení do několika kategorií podle systémů, které postihují. Může se dělit na: tělesné, smyslové, mentální nebo kombinované postižení (Květoňová a kol. 2004, s. 17–19). Každá z těchto skupin zahrnuje široké spektrum stavů, nemocí a postižení. Existuje mnoho zdravotních postižení, z nichž některá jsou méně známá nebo zcela neznámá (Michalík 2011, s. 35). Vágnerová (2008, s. 162) uvádí, že příčiny smyslových, komunikačních či pohybových postižení mohou být různé a mohou zahrnovat genetické faktory, stejně jako vlivy působící během prenatálního, perinatálního a postnatálního období. Tyto postižení mohou být také důsledkem nemocí nebo úrazů. Z hlediska jejich vlivu na další život a celkový rozvoj postiženého jednotlivce je užitečné rozlišovat mezi vrozenými a získanými postiženími.

Zdravotní postižení je dlouhodobý nebo trvalý stav, který se vyznačuje poruchou funkce nebo orgánu, kterou nelze zcela vyléčit ani výrazně zmírnit dostupnou léčbou. Tento stav ovlivňuje jednu či více oblastí běžného fungování jedince, což vede ke snížení jeho schopností a životních příležitostí (Michalík 2011, s. 186). Postižení však nemusí nutně znamenat zhoršení kvality života jednotlivce, pokud není osamělý a má někoho, kdo mu může

pomoci. Je důležité využít všechny mechanismy, které by podporovaly vyrovnávání příležitostí a kompenzovaly překážky spojené se životem s postižením (Novosad 2000, s. 13).

Vývoj postižení a jeho předpokládaný průběh se mohou lišit. Stanovení diagnózy poskytuje představu o tom, jak se postižení může vyvíjet, tedy zda je možné dosáhnout zlepšení, nebo jestli jde o progresivní stav, který se bude nadále zhoršovat. Z diagnózy se také často dá odhadnout, kdy k progresi obvykle dochází (Vágnerová 2008, s. 163).

1.3 Rodina dítěte s postižením

Rodina, která má dítě se zdravotním postižením, čelí velmi neobvyklé a náročné situaci, která ovlivňuje všechny její členy. Samotné narození dítěte s vážnou vadou nebo poruchou je událost, která může být někdy přirovnávána k úmrtí člena rodiny, protože rodina prochází krizí. V této situaci se musí vypořádat s mnoha důležitými otázkami, přehodnocovat své plány a představy i zpracovávat množství nových zkušeností. Reakce rodiny na takovou situaci obvykle probíhá v několika fázích podobně jako při jiných stresových událostech (Dokoupilová a kol. 2017, s. 31). Přijetí této skutečnosti rodiči je pro dítě zásadní a má velký význam pro jeho život. Rodiče dítěte s postižením se často potřebují vypořádat s akceptací této situace a čelit výzvám, které přináší život s dítětem s postižením (Vančura 2007, s. 25).

Rodina, které se narodí dítě se zdravotním postižením, čelí stresovým situacím spojeným se zdravotním stavem dítěte. V takové chvíli je pro ni zásadní, jaký přístup zaujme její okolí a odborníci, a jakou podporu od těchto profesionálů rodina očekává (Štěrbová 2013, s. 67). Pokud o postižení vědí už předem, mohou lépe upravit své postoje a připravit rodinný život tak, aby vyhovoval potřebám dítěte i ostatních členů. Mezi základní potřeby rodin patří např. včasné a přesné informace o postižení a možnostech péče, emocionální podpora prostřednictvím odborníků a další (Pipeková 2010, s. 45).

Při narození dítěte se zdravotním postižením se členové rodiny často musí naučit nové dovednosti. Získávají nové odpovědnosti jako je sledování životních funkcí, poskytování ošetřovatelské péče, podpora dítěte se zdravotním postižením, ale také pomoc ostatním členům rodiny, provádění terapií, konzultace s lékaři a spolupráce s odborníky. Rodina se musí přizpůsobit novým podmínkám a změněnému způsobu života (Kunhartová a kol. 2017, s. 22). Rodiče dětí s postižením obvykle velmi citlivě vnímají, jak na jejich dítě reaguje okolí. Pro některé je těžké zvládat kontakty s ostatními lidmi, včetně širší rodiny, protože tyto situace často doprovází necitlivé či znevažující výroky. Tyto reakce mohou vycházet nejen ze soucitu, ale také z obav, vyhýbání se či předsudků (Vančura 2007, s. 13). S realitou zdravotního postižení

dítěte se postupně vyrovnává každý člen rodiny. Délka tohoto procesu a způsob, jakým jednotlivci situaci prožívají, se může lišit. Obvykle se předpokládá, že většina členů rodiny prochází různými fázemi emočních reakcí. Pocity nejistoty mohou rodiče provázet již během těhotenství nebo krátce po porodu. Přesnější diagnóza je rodičům obvykle sdělena kolem prvního roku věku dítěte (Kunhartová a kol. 2017, s. 24).

Rodina dítěte s postižením většinou není schopna řešit svou krizovou životní situaci vlastními silami. Potřebuje vyhledat odbornou pomoc, podporu i další specifické intervence (Šándorová 2015, s. 44–45). Rodiče dětí se zdravotním postižením se většinou nezamýšlejí nad odbornými pojmy ani nad tím, jaké modely péče využívají. Žijí v konkrétních situacích, které prožívají postupně podle jednotlivých fází a reagují na aktuální potřeby. Tyto situace ovlivňuje specifický vývoj dítěte, což určuje i míru pomoci a služeb, které dítě i rodina vyžadují (Štěrbová 2013, s. 39).

Zátěž spojená s péčí o dítě se zdravotním postižením, spolu s pocity úzkosti, napětí a neobvyklými pracovními i výchovnými situacemi, může rodinu významně ovlivnit. Taková situace může vést buď k oslabení vztahu mezi partnery, nebo naopak k jeho posílení. Rodiče by měli společně hledat způsoby, jak se navzájem podpořit (Matějček 2005, s. 332). Přítomnost postižení je pro rodiče dítěte nečekanou událostí, která má dopad na kvalitu života celé rodiny. Vývoj dítěte s postižením probíhá v určitých fázích jinak než u zdravých dětí. Proto je klíčové včas provést speciálně pedagogickou diagnostiku a zahájit sociálně pedagogickou péči, která může pomoci zmírnit důsledky postižení a podporovat celkový rozvoj dítěte (Dokoupilová a kol. 2015, s. 55). Rodiny s dítětem s postižením mají tendenci uzavírat se do sebe, což může vést k sociální izolaci rodiny. Sociální izolace rodiny má řadu negativních dopadů na celou rodinu, např. snižuje se schopnost rodičů vykonávat své rodičovské povinnosti, častěji se objevují symptomy deprese a další (Marková, Chvílová-Weberová. 2020, s. 640). S tím, aby rodině dítěte s postižením nehrozila sociální izolace, může být nápomocna sociální služba raná péče prostřednictvím např. zprostředkování setkávání rodin nebo pobytových kurzů.

1.4 Sociální služby

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, sociální služby definuje jako činnosti zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (§ 3). Sociální služby rozlišuje podle druhu na: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (Šándorová 2015, s. 54).

Sociální služby zahrnují činnosti nebo skupiny aktivit, které poskytují pomoc lidem v obtížných sociálních situacích a chrání je před sociálním vyloučením. Cílem těchto služeb je umožnit lidem začlenění do běžného života a zajistit, aby mohli využívat běžné systémy, jako jsou bydlení, vzdělávání, zdravotnictví nebo jiné služby (Šándorová 2005, s. 99).

Hlavním cílem sociálních služeb je podpora soběstačnosti klientů, rozvoj jejich schopností a zajištění, aby byla vždy respektována jejich lidská důstojnost. Služby jsou poskytovány individuálně s ohledem na specifické potřeby každého klienta. Je kladen důraz na aktivní rozvoj schopností klienta a zlepšení nebo alespoň udržení soběstačnosti. Důležité je také zajistit, aby služby byly poskytovány v zájmu klientů a v odpovídající kvalitě (Ministerstvo práce a sociálních věcí).

Mezi základní činnosti sociálních služeb patří: pomoc při každodenních úkonech péče o sebe, asistence při osobní hygieně nebo zajištění podmínek pro její vykonání, poskytnutí stravy nebo podpora při jejím zajištění, zajištění ubytování nebo pomoc při hledání bydlení, podpora při péči o domácnost, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poskytování poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické aktivity, pomoc při prosazování práv a oprávněných zájmů klientů (Ministerstvo práce a sociálních věcí).

Sociální služby mají za úkol nejen pomoci rodičům, kteří se ocitli v těžké nebo krizové situaci, kterou sami nedokážou zvládnout, ale také zajistit ochranu a vhodnou péči o nezletilé dítě (Matoušek a kol. 2010, s. 48). Sociální služba raná péče se zaměřuje na podporu nejen samotných dětí, ale celé rodiny.

2 Raná péče

Raná péče je vymezena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. *Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby* (Hradilková 2018 s. 12).

Raná péče představuje soubor služeb zaměřených na podporu rodin s malými dětmi. V rámci vzdělávání odborníků v pomáhajících profesích je důraz kladen na děti v raném věku, avšak cílovou skupinou nejsou pouze tyto děti, ale celé jejich rodiny. V České republice je raná péče ukotvena legislativně, což jasně stanovuje pravidla pro její organizaci, financování a další související aspekty. Významným přínosem této služby je její nezávislost, díky čemuž není ovlivněna střetem zájmů (Michalík 2011, s. 376).

2.1 Charakteristika rané péče

Služba rané péče většinou začíná po narození dítěte (Pretis a kol. 2020, s. 29). Raná péče představuje integrovaný multidisciplinární systém služeb zaměřených na rodiny a děti se zdravotním postižením, který reflektuje aktuální světové trendy v péči o osoby s postižením. Klíčovými rysy tohoto procesu je komplexnost služeb a citlivý přístup k potřebám dítěte i jeho rodiny (Vrubel a kol. 2017, s. 21). Raná péče je soubor služeb zaměřený na podporu celé rodiny dětí v raném věku, které čelí zdravotnímu postižení nebo riziku způsobenému biologickými faktory či prostředím. Tyto služby mají za úkol pomáhat rodině a přispívat k rozvoji dítěte (Šándorová 2005, s. 99).

Raná péče spadá do kategorie terénních služeb a mohou ji doplňovat také ambulantní formy. Je poskytována dětem a jejich rodičům od narození nebo od chvíle stanovení diagnózy (Marková, Chvílová-Weberová 2020, s. 639). Zaměřuje se na to, jak rodinám pomoci vytvářet vhodné strategie, aby byly schopné zvládat jak aktuální situace, tak dlouhodobé potřeby dítěte. Znakem efektivní péče je např. situace, kdy rodiče dokáží rozvíjet své dítě i nadále a zároveň nezapomínají na své vlastní potřeby a zájmy (Pretis a kol. 2020, s. 44). Raná péče také pomáhá zlepšit sociální situaci rodiny, protože mnohdy kvůli neinformovanosti nebo studu rodina nevyužije všechny možnosti sociální pomoci. Snížení rizika izolace rodiny a její integrace do širší komunity zlepšuje kvalitu života jak dítěte, tak celé rodiny a zároveň působí preventivně proti sociální izolaci (Marková, Chvílová-Weberová 2020, s. 639).

Rodiny s dětmi se zdravotním postižením považují za klíčové, aby dostaly potřebnou pomoc co nejdříve, což jim umožní lépe zvládnout počáteční nejistotu. Domnívají se, že by bylo vhodné rozšířit nabídku rané péče, která je pro ně užitečná zejména tím, že přichází včas a může zabránit situaci, kdy by rodina zůstala bez potřebných informací. Rodiče oceňují nejen přístup k informacím a zkušenostem, ale také podporu od odborníků, jejichž pomoc je často komplexní a zahrnuje i péči o celou rodinu. Důležitou roli hraje také pocit, že rodina není na svou situaci sama a má se na koho obrátit v případě potřeby. Podle zkušeností rodičů může raná péče pozitivně ovlivnit jak vývoj dítěte, tak psychickou pohodu matky či obou rodičů, což se následně projevuje na celkové atmosféře v rodině (Vágnerová a kol. 2009, s. 293).

Raná péče je komplexní soubor sociálních služeb, který je poskytován ve spolupráci s rehabilitačními pracovníky, pediatry, dětskými neurology, speciálními pedagogy a dalšími odborníky v oblasti zdravotní péče i sociální práce. Jako sociální služba funguje v souladu s danými standardy. Má preventivní charakter, zmírňuje důsledky primárního postižení a brání vzniku dalších komplikací (Marková, Chvílová-Weberová. 2020, s. 639).

Důvody pro existenci rané péče spočívají v několika faktorech. V poslední době roste počet rizikových dětí, které se narodily z patologických těhotenství, mají nízkou porodní hmotnost nebo trpí postižením či narušeným vývojem. Tyto problémy mohou být způsobeny genetickými faktory, podmínkami během těhotenství, průběhem porodu nebo poporodní adaptací dítěte. Během kojeneckého věku mohou být diagnostikována další vývojová nebo zdravotní omezení. Dalším důvodem je oslabení funkce rodiny, která bývá často překvapena neočekávanou diagnózou nebo předčasným porodem a dlouhodobě se vyrovnává s touto situací. Cítí se ztracená, má problém orientovat se v právních nárocích, povinnostech a často trpí sociální izolací. Včasná intervence je klíčová, protože díky nejistotě a složité orientaci může nastat zpoždění v zahájení potřebné rehabilitace dítěte. Čas je v tomto ohledu velmi důležitý, protože v raném věku je nervový systém dítěte nejvíce zranitelný a schopnost kompenzace poškození je omezená (Marková, Chvílová-Weberová 2020, s. 639).

Raná péče je služba, která je ze zákona bezplatná a poskytována přímo v domácím prostředí dítěte. Je zaměřena na to, aby rodiče mohli být aktivními učiteli svých dětí. Tato služba může začínat od chvíle, kdy je stanovená diagnóza dítěte, a poskytuje poradenství týkající se konkrétního postižení a ohrožení vývoje dítěte. Raná péče posiluje rodinu, aby i dítě s postižením mohlo vyrůstat a prospívat v rodinném prostředí. Rodičům poskytuje nezávislé a odborné informace ve spolupráci se specialisty a vychází z aktuálních vědeckých poznatků z oblasti medicíny, rehabilitace, speciální pedagogiky a psychologie. Kromě praktické

rehabilitace zahrnuje i sociálně-právní poradenství, rehabilitační pobyty, ambulantní služby a podporu rodičů v rámci skupin pro rodiče. Pomáhá při výběru vhodných didaktických, kompenzačních a rehabilitačních pomůcek a v případě závažné diagnózy poskytuje podporu rodinám, jejichž dítě zemřelo (Marková, Chvílová-Weberová 2020, s. 640).

2.2 Cíle rané péče

Chvátalová (2005, s. 80) je toho názoru, že raná péče, ve spolupráci s rodinou, má za úkol podporovat harmonický rozvoj všech schopností a dovedností dítěte prostřednictvím hry a vhodných aktivit. Cílem je podpořit také rozvoj jeho osobnosti a za použití speciálně pedagogických metod zlepšit jeho řečové a komunikační schopnosti. Rodiče hrají klíčovou roli v procesu rané péče,

Raná péče je primárně preventivní sociální službou, ale pokud by byla vnímána výhradně z pohledu sociální oblasti, ztratily by se širší souvislosti, ve kterých funguje. Tato služba se nachází na pomezí tří vzájemně propojených oblastí: sociální, zdravotní a vzdělávací (Sociální práce/sociálna práca 2020).

Cílem rané péče v rámci sociálních služeb je:

- Podporovat začlenění rodin s dětmi se zdravotním postižením do běžného společenského života, pomáhat jim k seberealizaci, zapojení do společnosti a předcházet jejich sociálnímu vyloučení
- Posilovat nezávislost a samostatnost těchto rodin i jednotlivců
- Zajišťovat rovné příležitosti, odstraňovat překážky a znevýhodnění u lidí nebo skupin se zdravotním postižením, aby mohli plně realizovat svůj potenciál ve společnosti (Šándorová, 2005, s. 77)

Cílem rané péče v oblasti zdravotnictví je:

- Na základě včasného stanovení diagnózy a zahájení terapie zajistit všem jednotlivcům potřebnou zdravotní péči zaměřenou na somatické, psychické a sociální zdraví, a to v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky
- Zapojovat do zdravotní péče o děti raného věku a jejich rodiny nové vědecké a klinické poznatky z oborů medicíny, psychologie a speciální pedagogiky
- Předcházet rizikovým vlivům nebo snižovat jejich dopad, aby byl podpořen zdravý biologický, psychický a sociální vývoj dítěte i rodiny

- Omezit negativní primární i sekundární důsledky všech typů postižení na psychický, emocionální, sociální i biologický vývoj dítěte a rodiny, a zároveň podpořit optimální rozvoj dítěte se zdravotním postižením, aby mohlo být co nejvíce začleněno do společnosti
- Udržovat co nejvyšší možnou kvalitu zdraví a života jednotlivce (Šándorová, 2005, s. 79-80)

Cílem rané péče v oblasti speciální pedagogiky je:

- Poskytnout rodičům potřebné informace a naučit je dovednostem, které jim umožní aktivně přispívat ke zmírňování negativních dopadů zdravotního postižení jejich dítěte
- Podpořit činnosti, které usnadní co největší začlenění dítěte a jeho rodiny do běžného života ve společnosti
- Napomoci při přípravě dítěte na další etapy výchovy a vzdělávání, aby bylo co nejlépe připraveno na přechod do následujících institucí či zařízení (Michalík 2011, s. 377)

Cílem rané péče není přizpůsobit rodinu normám většinové společnosti, ale podpořit ji v tom, aby mohla vychovávat dítě s postižením podle svých vlastních představ. Uplatnění této zásady se promítá zejména do tvorby individuálního výchovného plánu, který by měl reflektovat názory a přání zákonných zástupců dítěte. Rodiče by měli mít možnost vyjádřit se k jednotlivým částem plánu i ke způsobům jejich realizace (Michalík 2011, s. 377).

Cílem není pouze zajištění základních potřeb dítěte, ale také podpora jeho úspěšné socializace a výchovy. Dítě považujeme za ohrožené, pokud jeho potřeby nemohou být dostatečně uspokojeny, což může vést k riziku problémů v motorickém a psychosociálním vývoji. To může být důsledkem předčasného narození, nízké porodní hmotnosti, zdravotního postižení např. vrozené vývojové vady, chronického onemocnění. Takové dítě vyžaduje specifické intervence a podporu během své socializace, aby byly jeho speciální potřeby adekvátně naplňovány (Šándorová 2015, s. 44).

2.3 Cílová skupina rané péče

Organizace rané péče se většinou specializují na podporu konkrétních cílových skupin rodin podle typu postižení dítěte (Šándorová 2017, s. 49). Organizace se mohou zaměřovat na konkrétní typ postižení a cílová skupina může být např. pouze rodiny s dětmi se sluchovým postižením. Nebo organizace mohou být specializované na více cílových skupin např. rodiny

s dětmi s mentálním, tělesným či kombinovaným postižením nebo s poruchami autistického spektra (Hradilková 2018, s. 50).

Cílovými skupinami služeb rané péče jsou rodiny s dětmi se zdravotním postižením, které dělíme dle druhu zdravotního postižení na rodiny s dětmi:

- S tělesným postižením
- Se zrakovým postižením
- Se sluchovým postižením
- S kombinovaným postižením
- S mentálním postižením
- S poruchou autistického spektra
- S ohroženým vývojem na základě zdravotního stavu
- S nedonošenými dětmi (Šándorová 2017, s. 49)

Druhy jednotlivých postižení jsou podrobněji vysvětleny v následujících podkapitolách.

2.3.1 Děti se zrakovým postižením

Dle Ludíkové (2014, s. 64) je zrak nejdůležitější smyslový kanál, prostřednictvím kterého člověk obvykle přijímá až 90 % všech informací.

Omezená schopnost zrakového vnímání má určitý vliv na tělesný i psychický vývoj dítěte. Nedostatek vizuálních podnětů vede k senzorické deprivaci. Rozsah dopadů zrakového postižení závisí na závažnosti vady a na věku, ve kterém k poškození zraku došlo (Kudelová a kol. 1996, s. 11–12).

Kudelová, Květoňová (1996, s. 5) uvádějí *„Lze vymezit čtyři skupiny poruch zraku. Ztráta zrakové ostrosti, postižení šíře zorného pole, okulomotorické problémy (problémy při koordinaci pohybu očí) a obtíže se zpracováním zrakových informací. Není neobvyklé, když má zrakově postižené dítě problémy v několika z těchto oblastí současně. Nezávisle na typu zrakové vady vymezujeme podle úrovně zrakové ostrosti jednotlivé stupně vidění. Jsou to slabozrakost, lehká, střední a těžká, zbytky zraku, slepota.“*

U dětí se zrakovým postižením se často objevují poruchy řeči spojené s jejich zdravotním stavem. Nejčastější z nich je dyslálie, která vzniká kvůli nedostatku možnosti napodobovat mluvený projev v raných fázích vývoje. U nevidomých dětí se mohou vyskytovat i další poruchy komunikačních schopností např. koktavost, breptavost, huhňavost nebo problémy s hlasem (Dokoupilová a kol. 2017, s. 44). Nevidomost může být vrozená i získaná

a v důsledku tohoto postižení nemohou děti vnímat okolní svět prostřednictvím zraku, a proto musí kompenzovat tuto ztrátu využíváním jiných smyslů např. hmat, sluch (Ludíková 2014, s. 65). Slabozraké a nevidomé děti potřebují specifické možnosti a metody učení, které se opírají o smyslové vjemy, jako je hmat a sluch. Pro jejich rozvoj je důležitý větší tělesný kontakt a intenzivnější interakce, které jim pomáhají vnímat okolí a učit se napodobováním. Děti se zrakovým postižením obvykle dosahují určitých vývojových milníků, jako je sezení nebo chůze, později než jejich vrstevníci. Nejde o to, že by toho nebyly schopny, ale potřebují více podnětů a motivace. U nevidomých dětí je důležité podporovat jejich zájem o okolí prostřednictvím hlasu, dotyků a vedení. U slabozrakých dětí je zase klíčové, aby prostředí bylo upravené tak, aby předměty byly výrazné a snadno si jich všimly. Je potřeba věci přiblížit, nasvítit nebo jinak zatraktivnit, aby byly srozumitelné a lákavé (Chvátalová 2005, s. 45).

Díky pokroku v medicíně, zlepšení bezpečnosti a prevenci, ubylo dětí, které mají postižení pouze samotného oka. Moderní medicína navíc dokáže lépe zvládat některé příčiny slepoty jejich odstraněním či zmírněním pomocí operací. Vývoj korekčních pomůcek, jako jsou brýle, kontaktní čočky nebo lupy, znamená, že je více dětí se slabozrakostí než úplně nevidomých (Chvátalová 2005, s. 44).

2.3.2 Děti se sluchovým postižením

Jedná se o jednu z méně početných skupin osob s postižením. Přesto je tato skupina často považována za jednu z nejvíce znevýhodněných, a to zejména kvůli významu sluchu a verbální komunikace pro fungování lidské společnosti. Nedostatek v této oblasti způsobuje komplikace v komunikaci a vyžaduje specifický přístup v rámci pomáhajících profesí (Michalík 2011, s. 347).

Sluch je smysl, který umožňuje vnímat věci vzdálené i ty, které nejsou viditelné. Podněcuje představivost, vyvolává silné emoce, přináší pocit jistoty a začleňování se do společnosti. Sluchová vada významně ovlivňuje vývoj člověka, jeho individuální život i společenské vztahy. Dopady sluchové vady se liší, protože závisí na mnoha faktorech. Mezi ty nejdůležitější patří: typ, stupeň a doba, kdy vada vznikla, rychlost její diagnostiky, kvalita následné péče, rodinné a sociální prostředí, osobní vlastnosti, schopnosti a nadání. Klíčové je také vzdělávání, které musí být přizpůsobeno potřebám a možnostem dítěte. Sluchové vady se odlišují podle toho, kde v uchu vznikají, a také podle toho, jakým způsobem ovlivňují vnímání zvuků a řeči (Chvátalová 2005, s. 78).

Potměšilová (2016, s. 9) uvádí, že označení "sluchově postižený" se používá jako neutrální označení pro člověka s jakýmkoliv problémem se sluchem. Tyto potíže mohou zahrnovat omezení kvality nebo rozsahu sluchu. Sluchová postižení lze rozdělit podle různých hledisek, např. podle doby, kdy postižení vzniklo, nebo podle jeho druhu a míry omezení.

Péče o jedince se sluchovým postižením raného věku by měla zajistit komplexní péči, která propojí školské, zdravotnické a sociální služby. Hlavním cílem této komplexní podpory je maximální rozvoj jejich schopností, osobnosti a zajištění, aby se mohly úspěšně začlenit do společnosti (Horáková 2012, s. 31).

Děti se sluchovým postižením často působí dojmem, že mají širokou slovní zásobu. Zkušenosti však ukazují, že tato slova sice poznávají a znají jejich podobu, ale nerozumí jejich významu. Jejich slovní zásoba je spíše povrchní a nezahrnuje hlubší porozumění významům slov (Potměšilová 2016, s. 50). Čím dříve vznikne sluchová vada, tím vážnější následky to na jedince má. Největší překážkou pro celkový vývoj dítěte jsou vrozené prelingvální a vzniklé percepční vady. Situace, kdy se dítě narodí se sluchovým postižením nebo sluchová porucha vznikne ještě předtím, než je ukončen vývoj řeči, což znamená, že dítě nemá vytvořený funkční komunikační systém (Horáková 2012, s. 37). Sluchové vady, jež se objeví později, ale stále před dokončením vývoje řeči kolem sedmého roku, mohou bez speciálního rozvoje řeči vést k jejímu rozpadu. Čím dříve sluchová vada vznikne, tím vážnější následky má pro vývoj řeči dítěte. Ve chvíli, kdy je řeč již vyvinutá, znamená ztráta sluchu významný zásah do psychického stavu postiženého (Chvátalová 2005, s. 79).

Pro prevenci vážných dopadů sluchového postižení je klíčová včasná diagnostika sluchové vady. Jelikož se sluchová vada projevuje pouze svými důsledky v chování, je diagnostika u malých dětí velmi náročná (Chvátalová 2005, s. 79).

Sluchovou vadu lze přesně popsat z fyziologického hlediska jako určitý, obvykle měřitelný deficit smyslového vnímání. Tento deficit má významný vliv na psychický vývoj jedince a jeho rozsah závisí na době vzniku vady a stupni ztráty sluchu. Individuální dopad se pak projevuje v psychosociálním kontextu, vnímáním vlastního omezení a následnou nižší úspěšností ve společnosti. Termín "sluchové postižení" tedy zahrnuje širokou škálu problémů (Potměšil 2015, s. 51).

Český znakový jazyk je vizuálně-gestický jazyk, který využívá pohyby, polohu rukou a těla, doplněné výrazem obličeje. Tento jazyk má gramatiku a syntaxi zcela odlišnou od

českého jazyka. Pro neslyšící komunitu je považován za jejich přirozený jazyk (Michalík 2011, s. 349).

Mezi hlavní kompenzační pomůcky patří zařízení, která usnadňují vnímání mluvené řeči. Mezi tyto pomůcky patří např. sluchadla, kochleární implantáty, osobní zesilovače a indukční smyčky (Hádková 2016, s. 65).

2.3.3 Děti s mentálním postižením

Příčiny mentálního postižení se obvykle rozdělují podle období, ve kterém vznikly: na před narozením, v průběhu porodu a po narození (Michalík 2011, s. 117). Klasifikace mentálního postižení se nejčastěji provádí podle stupně závažnosti postižení, tento systém je dlouhodobě využíván, i když se v průběhu času měnil počet stupňů a terminologie. V současnosti se stále používá klasifikace založená na hloubce postižení. Stanovení hloubky postižení nezávisí pouze na výsledku IQ testu, ale také na dalších diagnostických kritériích (Zikl 2021, s. 21-22).

Dítě s mentálním postižením má ve vývoji tendenci zaostávat a projevovat nerovnoměrnost v jednotlivých oblastech. Vývoj řeči a porozumění bývá opožděný, což vyžaduje podporu, např. pomocí obrázků nebo gest. Aktivní i pasivní slovní zásoba se rozvíjí pomaleji a potřebuje specifickou stimulaci. Dalším faktorem může být slabší potřeba komunikace, zvláště pokud dítě žije v prostředí, kde jsou jeho potřeby bez problémů naplňovány (Hradilková 2018, s. 51-52).

2.3.4 Děti s tělesným postižením

Osoby s tělesným postižením tvoří velmi rozmanitou skupinu a jejich společným rysem je omezená schopnost pohybu. Tělesné postižení ovlivňuje celou osobnost člověka, přičemž motorika, vnímání, kognitivní funkce a zdravotní stav jsou úzce propojené a vzájemně se ovlivňují. Pohybové schopnosti mohou být postiženy jen lehce, avšak při závažnějších formách postižení je pohyblivost člověka výrazně omezená (Květoňová a kol. 2004, s. 23).

Tělesné postižení se obvykle dělí na dvě hlavní skupiny, které se často vzájemně překrývají, a to chronické a tělesné postižení (Michalík a kol. 2011, s. 186). Do skupiny dětí s tělesným postižením spadají ty, které mají vrozené vady končetin nebo páteře, problémy s růstem, nervosvalová onemocnění, postižení nervové soustavy nebo následky úrazů i děti s chronickými onemocněními (Hradilková 2018, s. 64).

U jedinců s těžkým tělesným postižením se vyskytují narušené komunikační schopnosti. (Ludíková a kol. 2015, s. 59). Tělesné postižení představuje omezení nebo úplné znemožnění pohybu, často doprovázené poruchami motorické koordinace. Tyto obtíže jsou způsobeny vývojovými vadami, poškozením nebo funkčními poruchami pohybového a opěrného aparátu. (Michalík 2011, s. 186)

2.3.5 Děti s kombinovaným postižením

Kudelová a Květoňová (1996, s. 30) jsou toho názoru, že kombinované postižení se může týkat dětí, které se narodily předčasně, tedy v době, kdy ještě jejich životně důležité orgány nebyly plně vyvinuté, což vedlo k různým komplikacím. Další příčinou mohou být odchylky v nitroděložním vývoji, které mohou být způsobeny např. onemocněním matky. V některých případech není příčina těchto postižení známa. Méně časté jsou děti, jejichž postižení vzniklo následkem úrazu. U těchto dětí záleží nejen na rozsahu zranění, ale také na jejich věku a na schopnostech, které měly osvojené před úrazem.

Přibývá dětí, které se rodí s kombinovaným postižením, tedy nejen např. se zrakovým postižením, ale také s dalšími problémy, např. postiženími mozku, pohybu, sluchu nebo kognitivních funkcí, jako jsou paměť a pozornost (Chvátalová 2005, s. 44).

2.3.6 Děti s poruchou autistického spektra

Toto onemocnění je neurovývojového charakteru s neurobiologickým základem. Patří mezi nejzávažnější poruchy v oblasti mentálního vývoje dětí a má trvalý charakter. Vývojové profily dětí s touto poruchou bývají často nevyvážené (Bazalová 2014, s. 38).

Výskyt poruch autistického spektra v celosvětovém měřítku rapidně vzrostl. Tyto poruchy postihují přibližně jednu osobu ze sta. Jde o spektrum poruch, které se u jednotlivců projevují v různé intenzitě a formě. Projevy se navíc v průběhu času mohou měnit, což činí důležité přistupovat ke každému dítěti individuálně (Bazalová 2014, s. 37).

Diagnóza poskytuje důležitý popis syndromu, ale nezohledňuje všechny specifické vlastnosti a schopnosti, které jsou jedinečné pro každé dítě. Mezi problémy, které mohou být přítomné, patří obtíže s porozuměním slovnímu vyjádření, schopností zaměřit pozornost na abstraktní pojmy, organizačními schopnostmi, špatnou pamětí na běžné informace a další. U některých dětí s PAS se mohou naopak projevovat relativně dobré kognitivní schopnosti, např. v oblasti mechanických dovedností, paměti či vizuální prostorové orientace. Sociální výzvy spojené s autismem se často zaměřují na problémy s úmyslnou pozorností, změnami v sociálních vazbách, schopností porozumět situacím, respektováním pravidel a držení se

tématu při konverzaci. Dále je potřeba umět interpretovat sociální signály, jako jsou tón hlasu, výrazy obličeje, intonace a rytmus řeči. Je důležité pochopit nejen oblasti, kde dítě zaostává, ale i jeho silné stránky a specifické podmínky prostředí, ve kterém se tyto vlastnosti projevují (Schopler 1999, s. 15).

2.3.7 Děti s ohroženým vývojem na základě zdravotního stavu

Do této cílové skupiny mohou být zařazeny děti, které mají ohrožený vývoj na základě jejich zdravotního stavu např. děti předčasně narozené.

V současné době se ukazuje, že vývojovými odchylkami nejsou ohroženy pouze velmi předčasně narozené děti, ale i děti narozené mezi 34. a 36. týdnem těhotenství, označované jako pozdně předčasně narozené. Ačkoli se dříve předpokládalo, že u této skupiny existuje pouze nízké či žádné riziko dlouhodobých zdravotních komplikací, novější výzkumy naznačují opak. Tato skupina má přibližně o třetinu vyšší riziko vývojových opoždění nebo postižení ve srovnání s dětmi narozenými v termínu. Studie potvrzují, že tyto děti čelí nejen komplikacím v novorozeneckém období, jako jsou dýchací potíže, nízká hladina cukru v krvi nebo žloutenka, ale také zvýšenému výskytu zdravotních problémů v pozdějším věku. Častější je např. nutnost opakovaných hospitalizací nebo obtíže při vzdělávání. (Marková, Chvílová-Weberová 2020, s. 85).

Předčasně narozené děti bývají citlivější na smyslové a sociální podněty a mohou v pozdějším věku vykazovat neurologické obtíže, jako je dětská mozková obrna nebo problémy s intelektem. To může být spojeno s obtížemi ve zpracování podnětů a pozornosti, i u zdravě se vyvíjejících nedonošených dětí (Zahálková in Šándorová 2015, s. 32).

2.4 Formy služeb rané péče

V České republice byla raná péče již v 90. letech navržena v souladu s moderními trendy a zkušenostmi ze zahraničí. Jednalo se o terénní službu, kterou poskytovali odborníci v domácím prostředí dítěte a jeho rodiny. Cílem bylo zajistit sociální začlenění rodiny, podpořit dítě se zdravotním postižením a poskytnout pomoc celé rodině i širší komunitě (Pretis a kol. 2020, s. 20).

Hlavní formou rané péče jsou individuální konzultace přímo v domácím prostředí rodiny. Tento přístup je přínosný pro všechny rodiče, protože dítě nemusí cestovat, opouštět sourozence a je ve známém prostředí, což podporuje jeho spontánní chování. Poradce může lépe reagovat na specifické podmínky a možnosti konkrétní rodiny. V domácím prostředí je možné lépe pochopit potřeby rodiny, hrát si s dítětem, zkoušet stimulační techniky, používat

hračky a pomůcky, vést rozhovory s rodiči a dalšími příbuznými, věnovat se sourozencům a také diagnostikovat dítě (Hradilková 2018, s. 16). Konzultace je naplánovaná a připravená návštěva rodiny odborným pracovníkem v jejich domácím prostředí, která je časově a obsahově vymezena. Během této návštěvy se poradce zaměřuje na naplnění potřeb dítěte a rodiny v souladu s dohodnutým plánem a cíli, které byly stanoveny při vytváření zakázky (Hradilková 2018, s. 17). Další formou rané péče je pomoc rodičům při návštěvách lékařů, úřadů a dalších institucí, stejně jako tvorba zpráv a podpůrných dokumentů pro konkrétní rodiny či odborníky. (Hradilková 2018, s. 19).

Zaměření na rodinu může zahrnovat jak odborné poradenství, které podporuje rozvoj dovedností a kompetencí rodiny, tak individuální pomoc přizpůsobenou jejím specifickým potřebám. Je přitom důležité počítat s tím, že každá rodina má odlišné požadavky a potřeby. Součástí podpory může být také zapojení klíčových osob z okolí rodiny do procesu pomoci. Obecně se uznává, že orientace na rodinu hraje klíčovou roli v podpoře jejího fungování (Pretis a kol. 2020, s. 37).

Raná péče zahrnuje poradenství, které pomáhá rodičům zjistit, jak co nejlépe podporovat rozvoj schopností dítěte, ale také jaké služby jsou k dispozici, na jaké dávky mají rodiče nárok a další. Zaměřuje se na podporu rozvoje smyslového vnímání, manipulaci s předměty, rozvoj motoriky a dalších oblastí (Matoušek a kol. 2010, s. 121).

V této kapitole byly nejvíce popsané terénní formy rané péče, jelikož je raná péče především terénní služba. Terénní formy jsou vysvětleny ve více odborných publikacích než ambulantní formy. Jelikož se odborné zdroje ambulantním formám příliš nevěnují, zaměřuje se na jejich popis tato bakalářská práce.

3 Ambulantní formy rané péče

Ambulantní formy rané péče se uskutečňují na pracovišti organizace a mohou mít stejnou formu jako terénní konzultace nebo se může jednat a speciální programy. Takové programy jsou organizovány pouze v případě, že jsou zajištěny terénní služby pro klientské rodiny, nebo pokud má pracoviště dostatečnou kapacitu. Ambulantní programy se zaměřují na stimulaci a terapii dětí s postižením, zahrnují např. zrakovou stimulaci, zrakovou terapii, logopedii, podporu komunikace, bazální stimulaci a další (Hradilková 2018, s. 20). Tyto údaje potvrzují i aktuální informace nalezené na webových stránkách organizace, která byla pro tuto práci zvolena jako modelový příklad. Jedná se o organizaci Centrum LIRA pro Liberecký i Královehradecký kraj.

Ambulantní formy mohou využívat pouze klienti rané péče, přičemž jejich poskytování závisí na tom, zda přispívají k naplnění cílů individuálního plánu spolupráce. Kapacita těchto služeb je omezená, a proto je nezbytné se na jejich čerpání předem domluvit se svou poradkyní. Do ambulantních služeb patří odborné hodnocení vývoje dítěte a ambulantní programy, které se obvykle konají v prostorách organizace (Centrum LIRA Liberec).

Většina organizací rané péče provozuje půjčovnu speciálních hraček a pomůcek, což je pro rodiče velmi výhodné, protože nemusí investovat do drahých speciálních materiálů a mohou s dětmi vyzkoušet různé možnosti. Tyto pomůcky, včetně těch dovezených ze zahraničí, slouží jako inspirace pro rodiče při výběru nebo výrobě vhodných pomůcek pro dítě. Půjčovna také často zahrnuje knihovnu s literaturou, články a filmy pro rodiče. Hračky a pomůcky, stejně jako knihy a materiály, mohou poradkyně přinášet i na domácí konzultace. Rodiče si je mohou půjčit přímo ve středisku při účasti na ambulantních programech nebo seminářích (Hradilková 2018, s. 20).

Poradci mohou rodiče seznámit s různými metodami nebo je sami využívat při práci s dítětem. Mezi tyto metody patří např. Handle přístup, senzorická integrace nebo bazální stimulace. Rodičům také mohou doporučit a pomoci zajistit další podpůrné terapie, jako jsou muzikoterapie, canisterapie, hipoterapie či metoda sluchového tréninku. Tyto terapie mají pro děti jednoznačný přínos a mohou přispět k vyváženějšímu vývoji. Na některých pracovištích jsou nabízeny jako doplňkové ambulantní programy. Rodiče se s nimi mohou seznámit prostřednictvím seminářů, jednorázových konzultací během pobytů nebo jinou formou (Hradilková 2018, s. 19).

Hradilková (2018, s. 100) je toho názoru, že pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra je vhodné zařadit do spolupráce ambulantní programy. Ambulantní programy pomáhají dětem zvyknout si pracovat v jiném než domácím prostředí a respektovat pokyny dalších lidí. Pro rodiče mohou být programy názornou ukázkou, jak lze dítě podporovat a pracovat s ním.

Každá organizace nabízí ambulantní programy podle své cílové skupiny. Také v organizacích reagují na aktuální potřeby rodin a tomu přizpůsobují nabídku svých programů, což dokládají informace získané v empirické části.

3.1 Individuální programy

Jak již bylo uvedeno, odborné publikace se příliš nezaměřují na ambulantní formy rané péče. Byly dohledány dvě odborné publikace, které se nejvíce věnují danému tématu, a proto budou ambulantní programy představeny především na modelovém příkladu jedné z organizací poskytující službu rané péče. Pro tyto účely byla vybrána organizace Centrum LIRA, jelikož na webových stránkách přehledně rozděluje a popisuje ambulantní programy.

Centrum LIRA se zaměřuje na cílové skupiny: rodiny s dětmi se zrakovým, mentálním, pohybovým a kombinovaným postižením, rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra a rodiny s dětmi s ohrožením vývoje z důvodu nepříznivého zdravotního stavu. Na základě cílových skupin poskytují vhodné ambulantní programy. Programy dělí na odborná posouzení k vývoji dítěte: Posouzení zrakových funkcí, Posouzení pohybového vývoje, Screening symptomatiky poruch autistického spektra a na další ambulantní programy: Senzorická integrace, Snoezelen, Program rozvoje zrakového vnímání, Senzahrátky, Nácviky pro děti s PAS, Vizuohrátky a Programy pro celé rodiny. Většina z nabízených programů jsou následně blíže popsané, bylo čerpáno z informací dostupných na webových stránkách organizace.

Ambulantní program s názvem Nácviky pro děti s PAS. Hlavním cílem individuálních nácviků pracovního a sociálního chování u dětí s poruchou autistického spektra je rozvíjet jejich komunikaci, schopnost hry, imitaci, sociální dovednosti, spolupráci s další osobou a navazování interakcí. Každé setkání je vedeno jednou poradkyní, která pracuje s jedním dítětem. Účast rodičů je možná po předchozí domluvě. Ve výjimečných případech se konají také skupinové nácviky, které jsou primárně určeny pro sourozence dětí s postižením (Centrum LIRA Hradec Králové 2023).

Senzorická integrace je program určený pro děti, které mají obtíže v oblastech chování, učení, motoriky, smyslového vnímání nebo emocí. Tyto problémy jim brání adekvátně reagovat na podněty z okolí. Senzorická integrace je vhodná pro děti např. s příznaky poruchy pozornosti

s hyperaktivitou i bez hyperaktivity, dyspraxie, smyslové přecitlivělosti nebo podezřením na poruchu autistického spektra. Terapie probíhá formou her a pohybových aktivit, zaměřuje se na pohyb a rozvoj smyslového vnímání, zejména hmatu. Klíčová je příjemná atmosféra a aktivní zapojení dítěte. Během terapie se děti učí lépe ovládat své tělo, rozvíjejí schopnost učit se, získávají sebevědomí a zlepšují své reakce v každodenních situacích. Tento program probíhá jednou týdně po dobu 50 minut v herně, která je vybavena speciálními pomůckami (Centrum LIRA Liberec 2023).

Senzahrátky jsou pohybové aktivity inspirované prvky senzorické integrace, doplněné o další metody. Tento program je vhodný pro děti, které mají potíže v oblastech chování, učení, motoriky, smyslového vnímání nebo emocí v takové míře, že jim brání adekvátně reagovat na podněty z okolí. Program je určen i dětem s projevy poruchy pozornosti s hyperaktivitou i bez hyperaktivity, dyspraxie, podezřením na poruchu autistického spektra či smyslovou přecitlivělostí. Během terapie pracuje poradkyně s dítětem ve speciálně vybavené herně po dobu 50 minut. Zbytek času je věnován konzultaci s rodiči, kdy se reflektuje průběh programu. Aktivity jsou navrhovány tak, aby pro dítě představovaly přiměřenou výzvu, ale zároveň mu umožnily zažít úspěch při jejich zvládnutí. Rodiče se mohou terapie účastnit po předchozí domluvě s poradkyní (Centrum LIRA Hradec Králové 2023).

Ambulantní program zaměřený na rozvoj zrakového vnímání je určen dětem s diagnostikovaným oslabením zraku nebo s oční vadou. Program může zahrnovat buď stimulaci zraku, nebo zrakový trénink. Stimulace zraku probíhá v prostředí speciálně upraveném tak, aby podporovalo rozvoj zrakových drah a příslušných mozkových center. Dítě při této metodě nemusí být aktivní. Naopak zrakový trénink vyžaduje aktivní zapojení dítěte, např. při cvičeních zaměřených na orientaci v prostoru. Obě metody mají za cíl co nejvíce podpořit rozvoj zrakových funkcí (Centrum LIRA Liberec 2023).

Program rozvoje zrakového vnímání zahrnuje dvě hlavní části. První je Posouzení zrakových funkcí, které se provádí pomocí standardizovaných testů a speciálních pomůcek ve speciálně upraveném prostředí. Druhou částí je cílený rozvoj zrakových funkcí a dovedností, který vychází z výsledků Posouzení zrakových funkcí a individuálních potřeb dítěte. Programem provází zrakové terapeutky, které posouzení provádějí a doporučují vhodný ambulantní program. Posouzení je prováděno na základě doporučení očního lékaře, jiného specialisty, žádosti rodičů, poradkyně rané péče nebo zrakového terapeuta. Ambulantní program se plánuje na základě výsledků Posouzení zrakových funkcí a možností rodiny, probíhá 60 minut (Centrum LIRA Hradec Králové 2023).

Snoezelen je terapeutická metoda, která využívá multismyslovou stimulaci a pozitivně působí na senzomotorické, psychické a sociální schopnosti dítěte. Tento přístup je vhodný nejen pro děti se smyslovým či kombinovaným postižením, ale také pro všechny děti, kterým může pomoci zmírnit nebo odstranit jejich obtíže. Během pobytu ve Snoezelenu dítě doprovází průvodce, který přizpůsobuje aktivity jeho individuálním potřebám, aby se cítilo uvolněně, příjemně a svobodně. Důraz je kladen na rovnováhu mezi relaxací a aktivitou, přičemž činnosti jsou podávány formou her a zábavy, což dítěti zajišťuje pozitivní zážitek. Průvodce podporuje rozvoj smyslového vnímání, motoriky, komunikace a přispívá k celkovému rozvoji osobnosti dítěte. Mezi další přínosy patří např. snížení stresu, omezení stereotypního chování, zvýšení motivace a iniciativy. Délka ambulantního programu se pohybuje mezi 45 a 60 minutami a je přizpůsobena potřebám dítěte (Centrum LIRA Liberec 2023).

Organizace rané péče nabízejí i jiné programy než Centrum LIRA, programy poskytují podle toho, na jaké cílové skupiny se zaměřují. Mohou nabízet např. Handle přístup, bazální stimulaci, canisterapii a další. Tyto i další programy jsou blíže popsány pomocí odborných zdrojů.

Mezi terapeutické aktivity, které poskytují pracoviště rané péče, patří např. rehabilitační plavání, ergoterapie nebo využívání alternativní a augmentativní komunikace. V rámci volnočasových programů je nabízena např. setkání zaměřená na rozvoj komunikace nebo výuka znakové řeči. Tyto aktivity jsou vždy vybírány tak, aby odpovídaly potřebám konkrétních cílových skupin (Šándorová 2017, s. 111).

Jako psychomotorické terapie jsou označovány metody typu bazální stimulace, sneozelen atd. Pro děti s těžkým kombinovaným postižením může být vhodná zooterapeutická metoda především canisterapie a hipoterapie (Ludíková 2015, s. 35). Animoterapie využívá terapeutický vliv zvířat, přičemž nejznámější formy jsou hipoterapie a canisterapie. Hipoterapie je součástí rehabilitace, kdy dítě pracuje s koněm na základě lékařského doporučení. Důležitým prvkem jsou impulzy přenášené z pohybů koně na jezdce, což pomáhá při zlepšování rovnováhy, koordinace a držení těla. Tento pohyb napodobuje chůzi, podporuje správné držení těla a dýchání, což má pozitivní vliv na zdraví a fyzickou pohodu. Canisterapie má široké možnosti uplatnění v rané péči. Obecně ji lze považovat za podpůrnou a speciální metodu, která pozitivně ovlivňuje fyzickou, psychickou a sociální stránku člověka. Tato metoda se využívá při práci s dětmi s různými typy postižení. Významnou roli hraje také v logopedii a rehabilitaci, kde podporuje komunikaci dětí, a to nejen během samotného kontaktu se psem, ale i v rámci řešení dalších problémů. Canisterapie pomáhá motivovat děti a přispívá k jejich

lepší integraci i celkové podpoře imunity. Může pomoci zlepšit u dětí se zdravotním postižením např. jemnou a hrubou motoriku, koordinaci pohybů a schopnost relaxace (Šándorová 2017, s. 109-110).

Bazální stimulace je koncept péče a podpory, zaměřený na lidi s těžkým zdravotním postižením. Tato metoda nabízí konkrétní, cílené podněty zaměřené na vnímání sebe sama a okolí. Jejím hlavním cílem je podpora individuálního rozvoje lidí s omezenou schopností pohybu, komunikace či vnímání, což se často týká dětí s vrozenými vadami. Péče je vždy přizpůsobena potřebám konkrétního dítěte, jeho věku a zdravotnímu stavu. Tento přístup se stal důležitou součástí péče (Šándorová 2017, s. 107).

Používání alternativní a augmentativní komunikace. Poradce společně s rodiči hledá způsob komunikace, který je pro dítě srozumitelný. Může jít o použití obrázků, předmětů, fotografií, gest či znaků. Tento systém pak pomáhá dítěti komunikovat, rozvíjí jeho schopnosti a přenáší se do širšího okolí. Pokud je součástí týmu rané péče odborník na metodu videotréninku interakcí, jeho konzultace mohou účinně doplňovat práci poradců v rodinách. Videotrénér pomocí pořízených záznamů podporuje vytvoření bezpečného a harmonického vztahu mezi rodičem a dítětem. Pomáhá rodičům lépe pochopit potřeby a chování dítěte, zároveň rozvíjí jejich schopnosti v péči a komunikaci s dítětem (Hradilková 2018, s. 94-95).

Poradce volí metody a nácviky pro psychomotorický rozvoj dítěte, s ohledem na jeho věk a zdravotní stav. Tato metoda se využívá zahrnuje různé praktické úkoly a hry, které rozvíjejí jemnou motoriku, logické myšlení a smyslové vnímání. Součástí jsou také pracovní listy zaměřené na rozvoj grafomotoriky. Rodiče se učí provádět oromotorická cvičení před zrcadlem a pracovat na rozšiřování aktivní i pasivní slovní zásoby dítěte a celkového rozvoje jeho komunikačních schopností. Péče v rámci této metody zahrnuje také znalost kompenzačních pomůcek, osvojení rehabilitačních technik, masáží a stimulací (Hradilková 2018, s. 125).

Stimulace znamená poskytování a zintenzivňování podnětů z okolí tak, aby dítě mělo dostatek vjemů, na které může reagovat. Odborníci v rané péči musí rozumět vývojovým stádiím dítěte a podporovat jeho rozvoj ve všech oblastech. Vývojové vady, ať už vrozené nebo získané, často způsobují nerovnoměrný rozvoj. Dítě může v některých oblastech zaostávat, zatímco v jiných se vyvíjí normálně. Specifická stimulace se zaměřuje na oslabené nebo poškozené funkce např. zrak, sluch nebo pohyb (Hradilková 2018, s. 46).

Program stimulace zraku v rané péči, podobně jako fyzioterapie pomáhá zlepšovat nebo obnovovat pohybové funkce člověka. Existuje metoda zaměřená na podporu a posílení zrakových schopností, označuje se jako zraková terapie. Ta zahrnuje různé cviky, speciální postupy a využití pomůcek, které zlepšují zrakové dovednosti a možnosti dítěte. Jejím cílem je zachovat a rozvíjet zrak, což pomáhá dítěti získávat informace, orientovat se v prostoru, pohybovat se samostatně a zvládat běžné každodenní činnosti. Zraková terapie zahrnuje mimo jiné stimulaci zraku a trénink. V rámci rané péče je stimulace zraku obzvlášť důležitá, protože odpovídá potřebám malých dětí. Funkční vyšetření zrak je součástí péče o děti se zrakovým nebo kombinovaným postižením. Jeho cílem je získat přesné informace o tom, jak dítě vidí, a posoudit míru postižení zraku. Vyšetření pomáhá určit, do jaké míry dítě zrak skutečně využívá, a navrhnout postupy pro jeho další rozvoj. Součástí může být např. doporučení rehabilitačních pomůcek nebo kompenzačních metod (Hradilková 2018, s. 77).

Handle přístup není jen o konkrétních aktivitách, které podporují jednotlivé neurovývojové systémy, ale o celkovém přístupu k dítěti a jeho rodině. Nepřistupuje k dítěti na základě diagnózy, ale zaměřuje se na symptomy, jejich příčiny a hlubší pochopení toho, co dané chování dítěte sděluje o jeho potřebách a vztahu k okolnímu světu. Jedinec je vnímán komplexně, přičemž se bere v úvahu jeho zdravotní, sociální i rodinný kontext. Tyto informace pomáhají lépe pochopit, jak jsou ovlivněny jeho neurovývojové systémy U dětí se zrakovým postižením se zaměřuje na hledání způsobů, jak kompenzovat oslabené zrakové vnímání. Důležitým cílem je pomoci dítěti lépe vnímat své tělo, což je pro osoby se zrakovým handicapem náročnější. Práce v rámci handle přístupu zahrnuje např. rozvoj rovnováhy a hrubé motoriky, které jsou úzce propojeny se zrakem, podporu hmatového vnímání. práci s čichem, svalovým napětím a dalšími oblastmi. Každý plán je individuálně přizpůsoben na základě rozhovorů s rodiči, pozorování dítěte a odborných zkušeností. Handle přístup tak nabízí celistvý a empatický způsob, jak podpořit děti se zrakovým postižením v jejich rozvoji (Společnost pro ranou péči 2024).

Cílem terapeutického konceptu sneozelen je vytvořit prostředí, ve kterém se lidé cítí pohodlně a v bezpečí, a které zároveň umožňuje dosáhnout výsledků, jež nejsou možné v běžném, neupravené prostředí, školní třídě nebo jiných prostorách. Koncept sneozelen je komplexní strategií, která podporuje rozvoj jednotlivce ve všech jeho aspektech. Jeho cíle jsou spojeny s vytvářením a rozvojem klíčových kompetencí, na kterých se zaměřujeme při podpoře lidského růstu (Janků 2018, s. 19).

Úspěšnost a efektivitu konceptu podporují konkrétní parametry, které vycházejí z detailně zpracované implementace tří hlavních složek tohoto přístupu. Důležitá je stálá příjemná atmosféra, která je vytvořena originálně a individuálně tak, aby odpovídala specifickým potřebám konkrétní situace. Tato atmosféra reaguje na praktické požadavky a potřeby lidí, pro které je sneozelen navržen, a obsahuje široké spektrum vhodných pomůcek, technik a prostředků. Koncept individuálního přístupu je odborně založen na diagnostice jedince a předpokládá připravenost reagovat na specifické situace a potřeby, které se objevují během práce s danou osobou a v rámci jejího edukačního cíle. Důležitý je progresivní, pozitivní a otevřený přístup terapeuta, který na základě svých odborných znalostí rozumí a respektuje schopnosti člověka, se kterým pracuje, vnímá jeho různorodost a projevuje aktivní empatii vůči všem jeho tělesným a emocionálním signálům (Janků 2018, s. 20).

3.2 Skupinové programy

Centrum LIRA je zvolený modelový příklad organizace, který jako skupinové ambulantní programy uvádí Vizuahrátky, Kluby rodičů a Setkání rodin, tyto programy jsou následně blíže popsané. Několik organizací poskytuje např. setkávání rodin, různé programy pro rodiny, kluby rodičů a další. Tyto informace o poskytování skupinových programů, byly získány na základě dotazníkového šetření a jsou blíže popsány pomocí odborné publikace.

Vizuohrátky jsou program určený pro děti s těžkou zrakovou vadou, které jsou schopné účastnit se programu bez přítomnosti rodičů a rozvíjet své zrakové schopnosti prostřednictvím hravých metod pod vedením zrakových terapeutek. Aktivity v programu jsou navržené tak, aby podporovaly zrakové funkce a dovednosti, zlepšovaly prostorovou orientaci a samostatný pohyb, a zároveň posilovaly další kompenzační smysly, jako je hmat, sluch, čich či vnímání polohy těla. Program se také zaměřuje na rozvoj komunikačních schopností a tematické tvoření. Vizuohrátky jsou přizpůsobeny individuálním schopnostem a potřebám dětí, přičemž se vždy dbá na jejich aktuální stav i celkové naladění skupiny. Setkání probíhají každé dva týdny v herně a dalších prostorách, trvají 60 až 90 minut, přičemž se děti mohou přesunout i do přilehlého parku či na dětské hřiště. Skupina dětí zůstává dlouhodobě stejná, což umožňuje dětem lépe se navzájem poznat a zvyknout si na sebe (Centrum LIRA Hradec Králové).

Rodičovské kluby se konají jednou měsíčně, především v prostorách organizace. Jejich cílem je nabídnout pestrý program pro všechny rodiče a pečující. Obsah se liší, můžou být tvořivé, relaxačních aktivity, cvičení nebo přednášky odborníků. Během programů se snaží

zajistit hlídání dětí, kapacita je však omezená jak pro rodiče, tak pro děti (Centrum LIRA Liberec).

Rodiče také potřebují příležitosti setkávat se s ostatními rodiči a odborníky, aby si mohli vyměňovat zkušenosti a informace. Proto organizace rané péče organizují kromě individuálních konzultací také společné aktivity, semináře s dobrovolníky, setkání a dílny pro rodiče. Také nabízejí pobyty a kurzy určené pro celé rodiny, které jsou často týdenní nebo víkendové. Skupinové pobyty se staly klíčové pro rozvoj a efektivitu rané péče, protože nabízejí rodičům možnost sdílení zkušeností a intenzivní skupinovou aktivitu. Program těchto pobytů má ustálenou strukturu, která zahrnuje dopolední hry a stimulaci dětí s rodiči pod vedením poradců, střídající se s odpoledními individuálními programy, procházkami, přednáškami a nezbytným odpočinkem pro rodiče (Hradilková 2018, s. 19).

Ambulantní formy rané péče nepopisuje mnoho odborných zdrojů, proto bylo především čerpáno z webových stránek rané péče Centrum LIRA a z publikací od Hradilkové a Šándorové. Rozhodně nejsou uvedené všechny ambulantní programy, jsou uvedeny ty, o kterých byly nejvíce dostupné informace. Organizace v dotazníkovém šetření uvedly i další ne příliš známé, specifické programy.

Empirická část

Empirická část bakalářské práce navazuje na část teoretickou, která slouží jako teoretický základ pro tvorbu průzkumného šetření.

4 Cíl bakalářské práce

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat ambulantní programy, které nabízejí organizace poskytující službu rané péče. Tento cíl byl stanoven z více důvodů. Jedním z důvodů byl nedostatek údajů o ambulantních formách rané péče. Také nebylo dohledáno, jaké ambulantní programy organizace nabízejí. Pro zlepšení orientace v této oblasti byla vytvořena tato práce a přehledy. Ze získaných údajů vznikly přehledy v současné době ojedinělé, které přiblíží praxi k teorii. Aby došlo k naplnění cíle, byly stanoveny vhodné průzkumné otázky.

4.1 Průzkumné otázky

K dosažení cíle byly stanoveny tři průzkumné otázky. Na průzkumné otázky lze odpovědět pomocí získaných údajů z dotazníkového šetření. Odpovědi na průzkumné otázky jsou uvedeny v kapitole průzkumná zjištění. Průzkumné otázky jsou:

Poskytují organizace ambulantní formy služby rané péče?

Poskytují organizace spíše individuální nebo skupinové programy?

Jaké konkrétní ambulantní programy organizace nejčastěji poskytují?

5 Metodologie průzkumu

K dosažení stanoveného cíle byla využita kvantitativní metoda, realizovaná pomocí dotazníkového šetření. Tato metoda byla zvolena jako nejvhodnější nástroj pro získání potřebných dat. Gavora (2000, s. 99) uvádí, že dotazník je vhodný pro systematický a hromadný sběr dat. Dotazník umožňuje rychlé získávání potřebných informací a je správným nástrojem pro rychlé zpracování dat.

5.1 Metoda sběru dat

Sběr dat proběhl pomocí dotazníkového šetření. Otázky byly pečlivě vybírány tak, aby došly ke stanovenému cíli a nebyly příliš osobní. Dotazník obsahuje uzavřené, polouzavřené a otevřené otázky. Otázek je celkem 13. Z tohoto počtu je 6 otevřených, 4 polouzavřené a 3 uzavřené. U polouzavřených otázek byla kromě jednotlivých odpovědí přidaná i možnost označit „jiné“ a napsat svou vlastní odpověď. Otevřené otázky nebyly povinné, jelikož se jednalo buď o doplnění předchozí otázky nebo o otázku dobrovolnou. Sběr dat proběhl v on-line prostředí pomocí aplikace Survio.

5.2 Popis průzkumného vzorku

Po celé republice existuje několik organizací poskytujících službu rané péče, všechny mají cílovou skupinu rodiny s dětmi do 7 let a liší se pouze zaměřením na druh zdravotního postižení dítěte. Jako průzkumný vzorek byly osloveny všechny organizace rané péče. Tyto organizace byly nalezeny na stránkách MPSV v Registru poskytovatelů služeb a osloveno jich bylo celkem 49.

Dotazník vyplnilo 31 organizací, návratnost dotazníku tedy činila více než 60 %.

6 Průběh průzkumu

Aby mohl vzniknout průzkum, byl pro získání potřebných dat vytvořen dotazník. Při realizaci dotazníku byl stanoven hlavní cíl a průzkumné otázky, které měly pomoci k dosažení cíle. Dotazník byl vytvořen tak, aby respondentům jeho vyplňování nezabralo příliš mnoho času a obsahoval srozumitelné otázky. Dotazník byl vytvořen v on-line podobě v aplikaci Survio, aby bylo odpovídání pro respondenty co nejjednodušší. Následovalo dohledání e-mailových adres všech organizací, které poskytují službu rané péče. K dohledání organizací byl využit registr poskytovatelů služeb MPSV.

Všechny organizace byly osloveny pomocí úvodního e-mailu s prosbou o vyplnění dotazníku. V e-mailu byl vysvětlen záměr průzkumu a uvedeno, k čemu mají získané informace sloužit. Byl přiložen odkaz na dotazník a zároveň bylo upozorněno na skutečnost, že organizace nemusí uvádět svůj název a rozdělení v přehledu může vzniknout pouze na základě krajové působnosti. Na vyplnění dotazníku byly organizacím poskytnuty dva týdny. Jelikož se blížilo ukončení sběru dat a odpovědí nebylo mnoho, byl organizacím zaslán další e-mail. E-mail byl odeslán s prosbou o vyplnění, aby mohl vzniknout zmiňovaný přehled. V průběhu sběru dat se některé organizace pomocí e-mailu zeptaly na doplňující informace.

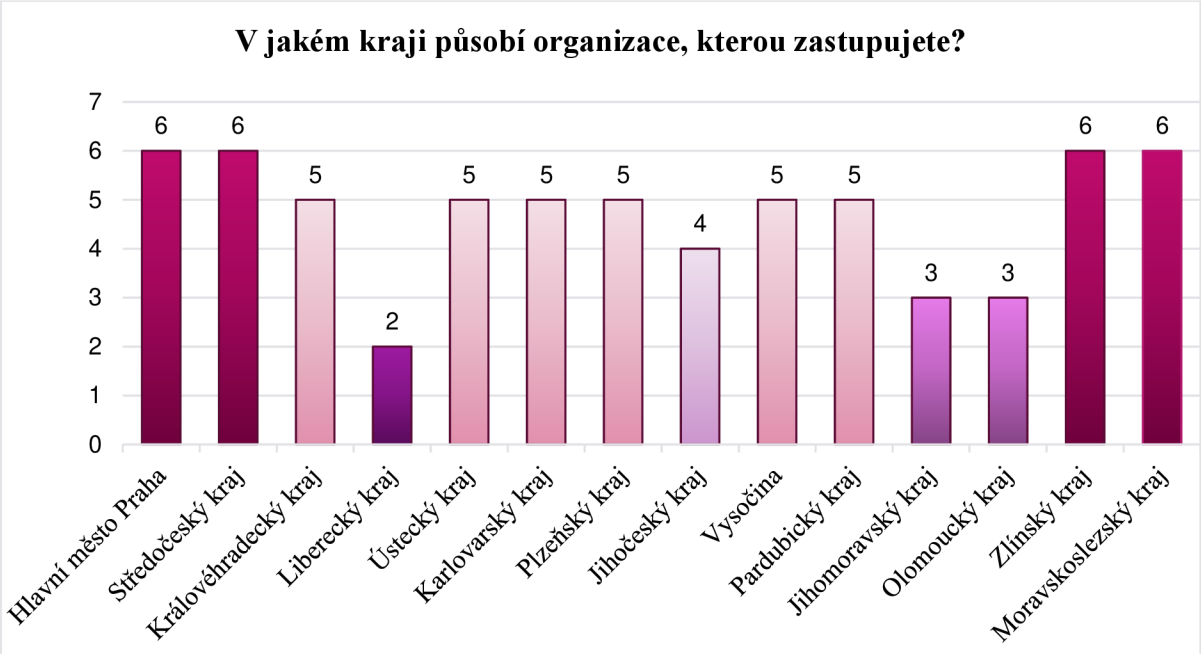
Nakonec se nasbíralo více odpovědí, než bylo během průzkumu očekáváno. Jako poslední proběhlo vyhodnocování společných výsledku ale i individuálních, aby mohl vzniknout zmiňovaný přehled.

7 Průzkumná zjištění

V této kapitole se nachází výsledky průzkumu, grafová vyobrazení, všechny individuální odpovědi organizací i odpovědi na stanovené průzkumné otázky.

Otázka č. 1: V jakém kraji působí organizace, kterou zastupujete?

a) Hlavní město Praha
b) Středočeský kraj
c) Královéhradecký kraj
d) Liberecký kraj
e) Ústecký kraj
f) Karlovarský kraj
g) Plzeňský kraj
h) Jihočeský kraj
i) Vysočina
j) Pardubický kraj
k) Jihomoravský kraj
l) Olomoucký kraj
m) Zlínský kraj
n) Moravskoslezský kraj



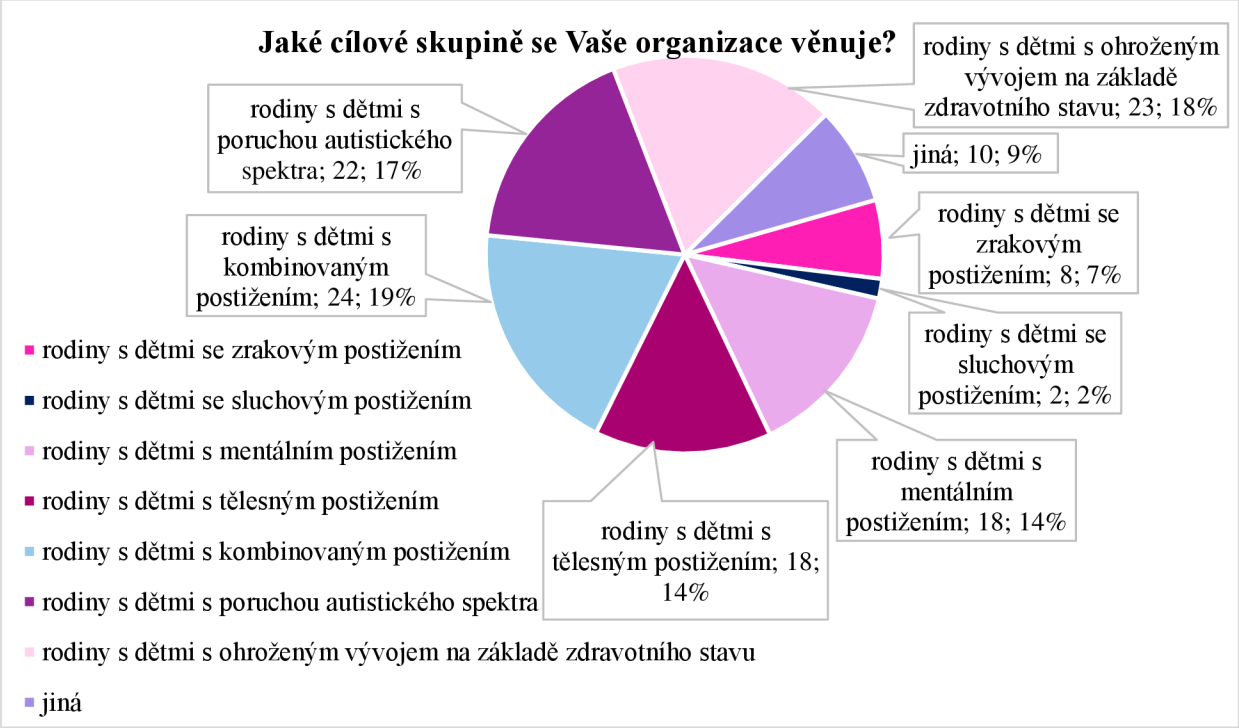
Graf 1: V jakém kraji působí organizace, kterou zastupujete?

Na začátku dotazníku byla položena otázka: V jakém kraji působí organizace, kterou zastupujete? U této otázky bylo umožněno více odpovědí, jelikož některé organizace působí ve více krajích. Odpovědí bylo získáno celkem 66 a z grafu je přehledně vidět, kolik organizací působí, v jakém kraji. Nejvíce organizací působí v hlavním městě Praze, Středočeském kraji, Zlínském kraji a Moravskoslezském kraji, jedná se o šest organizací v každém z uvedených krajů. Druhý nejvyšší počet organizací, které v kraji působí, mají: Královéhradecký kraj, Ústecký kraj, Karlovarský kraj, Plzeňský kraj, Vysočina a Pardubický

kraj, jedná se o pět organizací v každém z krajů. V Jihočeském kraji působí čtyři organizace a v Jihomoravském a Olomouckém kraji tři organizace. Nejmenší zastoupení dvě organizace má Liberecký kraj.

Otázka č. 2: Jaké cílové skupině se Vaše organizace věnuje?

a) Rodiny s dětmi se zrakovým postižením
b) Rodiny s dětmi se sluchovým postižením
c) Rodiny s dětmi s mentálním postižením
d) Rodiny s dětmi s tělesným postižením
e) Rodiny s dětmi s kombinovaným postižením
f) Rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra
g) Rodiny s dětmi s ohroženým vývojem na základě zdravotního stavu
h) Jiná (prosím uveďte)



Graf 2: Jaké cílové skupině se Vaše organizace věnuje?

Jak je viditelné již z grafu, tak každá z cílových skupin, která byla v dotazníku uvedena jako možnost, našla zastoupení. V grafu je uvedeno číslo, které uvádí, kolik organizací danou skupinu označilo jako svou cílovou. Některé organizace přidaly i jiné cílové skupiny. Deset organizací uvedlo, že se věnují i jiným cílovým skupinám a označily možnost „jiné“.

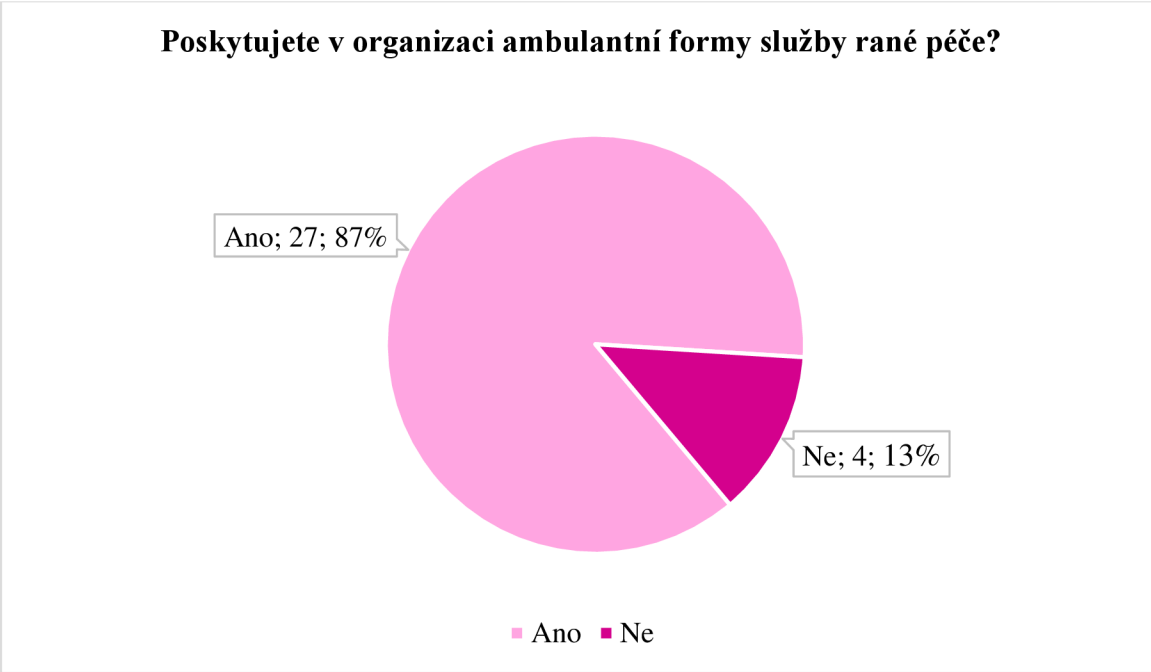
Šest z deseti organizací, které tuto možnost označily, už neuvedly, o jaké jiné cílové skupiny se jedná. Zbylé čtyři z deseti organizací uvedly jiné cílové skupiny:

- Rodiny s dětmi s neurovývojovými poruchami
- Všechny další specifické potřeby
- Rodiny dětí předčasně narozených
- Rodiny s dětmi s paliativními potřebami

Organizace se věnují velké škále cílových skupin. Některé organizace mají více cílových skupin, jiné se zaměřují na konkrétní specifickou skupinu.

Otázka č. 3: Poskytujete v organizaci ambulantní formy služby rané péče?

a) Ano
b) Ne

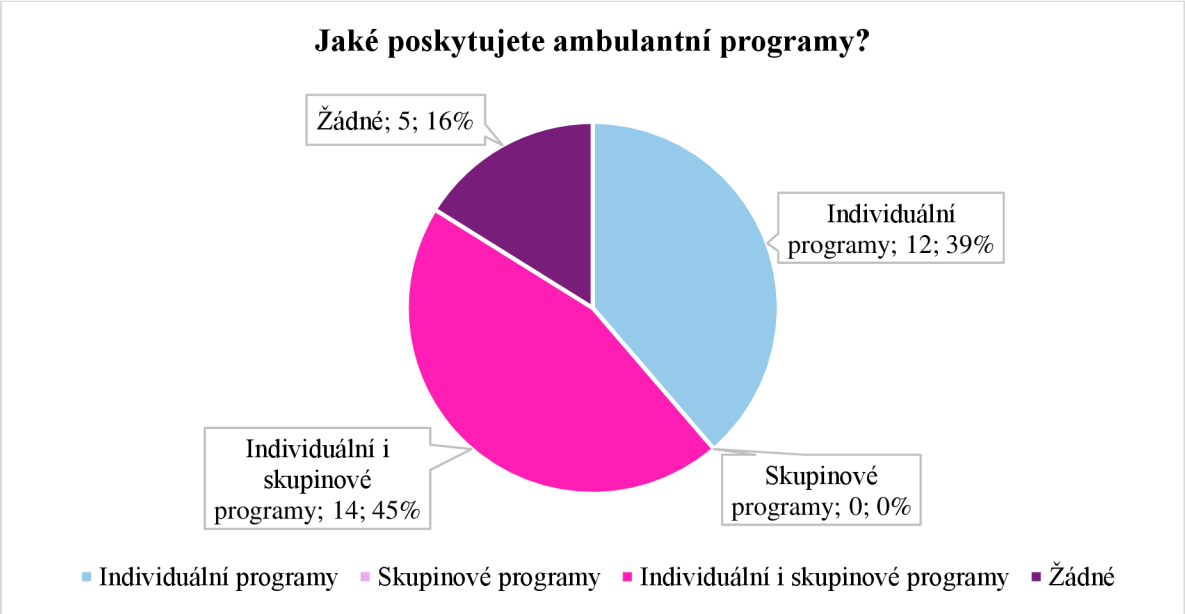


Graf 3: Poskytujete v organizaci ambulantní formy služby rané péče?

Na grafu je vidět, že z 31 organizací ambulantní formu služby rané péče neposkytují pouze 4. Většina, tedy 27 organizací uvedlo, že ambulantní formy poskytují. Může se jednat o možnosti ambulantních konzultací nebo o speciální ambulantní programy. Následující otázky se blíže zaměřují na ambulantní programy. Tato otázka byla stejně jako předchozí otázky povinná.

Otázka č. 4: Jaké poskytujete ambulantní programy?

a) Individuální programy
b) Skupinové programy
c) Individuální i skupinové programy
d) Žádné



Graf 4: Jaké poskytujete ambulantní programy?

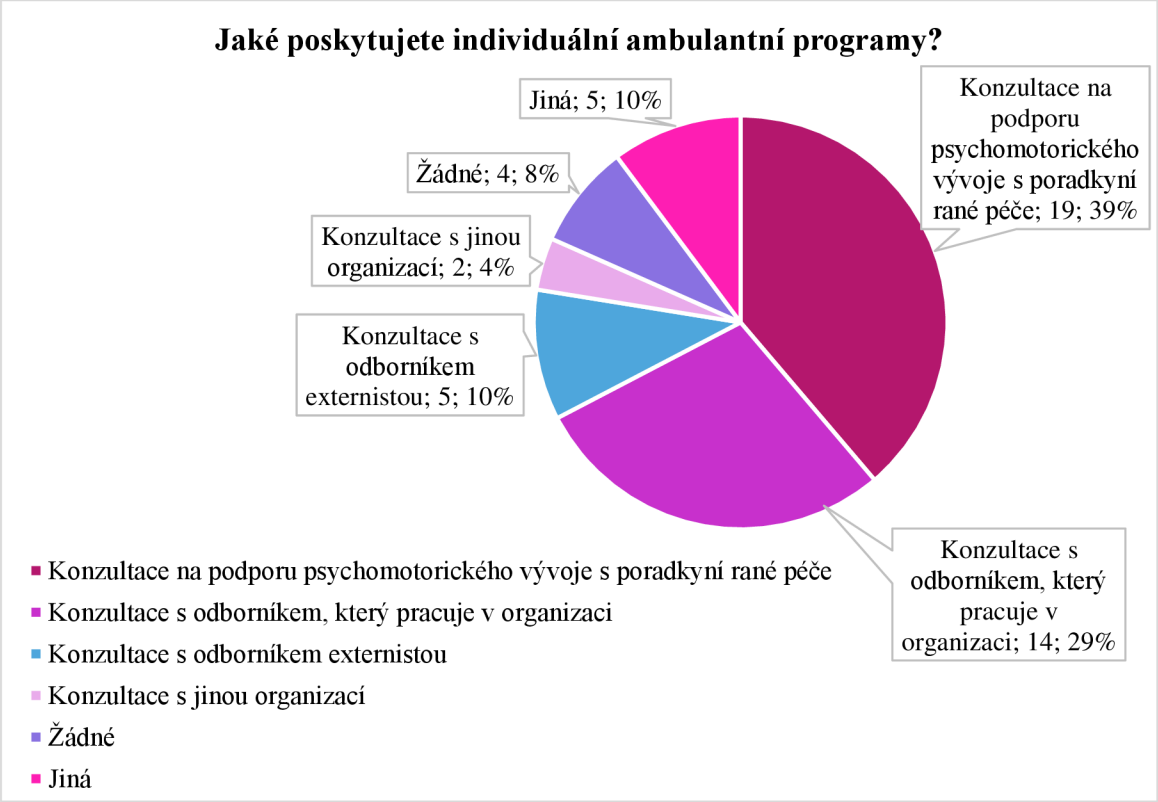
Tato otázka byla povinná a jednou z možností byla odpověď „žádné“, aby mohly odpovědět i organizace, které v předchozí otázce uvedly, že neposkytují ambulantní formy. Tuto odpověď označilo 5 organizací. V předchozí otázce uvedly 4 organizace, že neposkytují ambulantní formy služby. Bylo tedy předpokládáno, že 4 organizace označí, že neposkytují žádné ambulantní programy. Přibyla ale jedna organizace, která tuto možnost uvedla, což může být na základě toho, že nabízí ambulantní formu např. setkávání rodin ale nepovažuje tuto formu jako ambulantní program. Nejčastěji bylo uvedeno, že organizace poskytují ambulantní i skupinové programy. Často také organizace poskytují pouze individuální programy. Žádná z organizací neposkytuje pouze skupinové programy.

Otázka č. 5: Jaké poskytujete individuální ambulantní programy?

a) Konzultace na podporu psychomotorického vývoje s poradkyní rané péče
b) Konzultace s odborníkem, který pracuje v organizaci
c) Konzultace s odborníkem externistou
d) Konzultace s jinou organizací

e) Žádné

f) Jiná (prosím uveďte)



Graf 5: Jaké poskytujete individuální ambulantní programy?

Jak je z grafu viditelné organizace nejčastěji poskytují konzultace na podporu psychomotorického vývoje s poradkyní rané péče. Dále také často poskytují konzultace s odborníkem, který pracuje v organizaci a méně často konzultace s odborníkem externistou. Pouze dvě organizace uvedly, že poskytují konzultace s jinou organizací. Dále byly jako odpovědi označeny i možnosti „žádné“ a „jiná“.

Otázka č. 6: O jaké individuální ambulantní programy se konkrétně jedná?

Tato otázka byla otevřená a nepovinná. Jsou zde uvedeny všechny odpovědi, které byly organizacemi vypsané v přesném znění:

- Canisterapie 2) kurz "Spolu to zvládneme", tj. nácvik sociálních a komunikačních dovedností
- V ambulanci je možné poskytovat běžné poradenství, které obsahuje všechny výše zmíněné činnosti. Zároveň nabízíme práci ve snoezelen místnosti

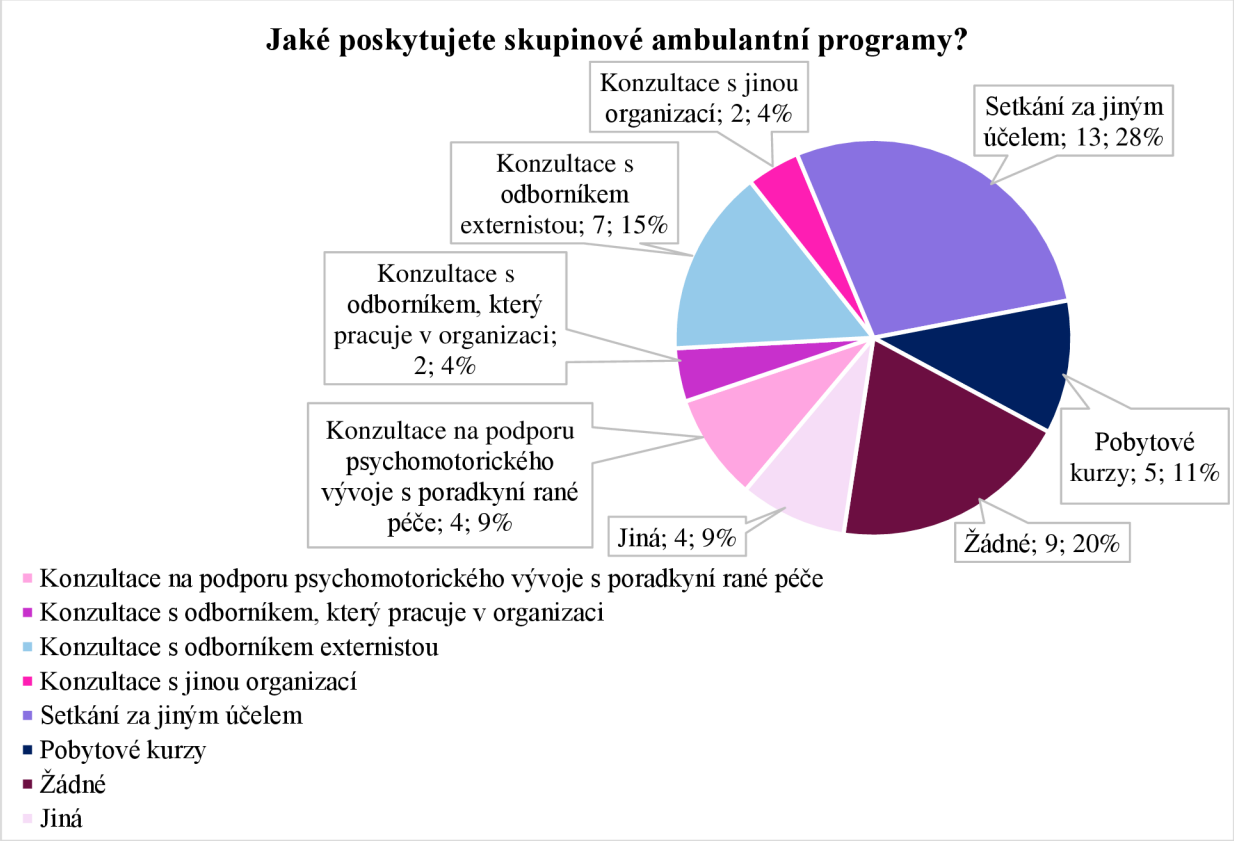
- Tým kolem dítěte, ambulantní konzultace s poradcem, konzultace s logopedem, psychoterapeutem
- Terapeutické programy zaměřené na rozvoj komunikace, hry a senzorického vnímání.
- Stimulace zraku, senzorická integrace, Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování, neuro-vývojová stimulace, handling
- Sociálně právní poradenství
- Snoezelen, vstupní jednání ve středisku, zhodnocení psychomotorického vývoje
- Služba rané péče je poskytována terénní formou doplněnou o formu ambulantní, konkrétně o vstupní a závěrečnou konzultaci rané péče, případně o individuální ambulantní konzultaci
- Senzorická integrace, pobyt v prostředí snoezelen, nácviky pro děti s PAS, program rozvoje zrakového vnímání (zraková stimulace, zrakový trénink, vizuohrátky) konzultace s fyzioterapeutem – posouzení pohybového vývoje; screening symptomatiky poruch autistického spektra, posouzení zrakových funkcí
- Psychologické poradenství
- Posouzení zrakových funkcí, zraková stimulace, konzultace k pohybovému vývoji
- Poskytujeme sociální poradenství, a to například ohledně příspěvků na kompenzační pomůcky, příspěvku na péči a další. S rodinou konzultujeme také možné metody, techniky pro podporu komunikace. Věnujeme se aktivitám s různými pomůckami/hračkami, které mohou podpořit psychomotorický vývoj apod. a také předáváme rodinám kontakty na další odborníky, terapie, které by mohly s dítětem využít. Tyto služby poskytujeme také terénně (rodiny využívají především terénní formu služby)
- Odborné terapie, konzultace s poradkyní s ukázkou nácviků, konzultace s psychologem, muzikoterapie celé rodiny
- Odborné sociální poradenství, jednorázové akce na podporu kontaktů mezi rodinami uživatelů služby, jednorázové akce s "ochutnávkou" a představení konkrétní terapie dostupné v regionu, kde působíme
- Odborné sociální poradenství, individuální práce s dítětem v herně a Snoezelenu
- Nácviky pro psychomotorický rozvoj dítěte konzultace na podporu rodičovských kompetencí nácviky AAK nácviky strukturování nácviky sociálních dovedností dětí
- Mapování schopností a dovedností dítěte rozvoj psychomotorického vývoje rozvoj sociálních dovedností dětí
- Konzultace v ambulanci probíhají dle cílů spolupráce konkrétních klientů

- Konzultace s logopedem, psychologem, výživovým poradcem
- Je to konzultace v prostředí, které přináší výraznější vnímání vjemů – zrakových, sluchových, hmatových, čichových, podporuje pozornost, aktivizuje nebo uklidňuje
- Jedná se o vstupní konzultace při zahájení služby, závěrečné při ukončení služby – požadavek služby na všechny klienty. Případně je možná jednorázově konzultace týkající se kompenzace sluchu nebo pobytu v předškolním zařízení – jen po domluvě s klíčovou poradenskou pracovnicí, využije malá část klientů. Jinak je služba pouze terénní
- Jedná se o pravidelné konzultace rané péče v intervalu 1x za 6 týdnů. Rodina s dítětem se ZP, která je v naší péči, si může vybrat, zda využije k pravidelným konzultacím ambulantní nebo terénní formu poskytování péče.
- Jedná se o běžné konzultace, většinou je to z důvodu, že rodina poptává změnu prostředí.
- Individuální aktivizace s dítětem, pokud se dlouhodobě nedaří nácviky v domácím prostředí, multisenzorická stimulace
- Funkční vyšetření zraku
- Běžná návštěva poradkyně se může uskutečnit buď přímo v rodině, nebo ambulantně na našich pracovištích

Organizace uvedly mnoho odpovědí, ze kterých lze usoudit, že se nad odpovědí zamyslely. Jejich konkrétní odpovědi pomohly ke vzniku přehledů a ukázaly, že každá organizace může nabízet jiné programy. Programy jsou samozřejmě vždy specifické k dané cílové skupině.

Otázka č. 7: Jaké poskytujete skupinové ambulantní programy?

a) Konzultace na podporu psychomotorického vývoje s poradkyní rané péče
b) Konzultace s odborníkem, který pracuje v organizaci
c) Konzultace s odborníkem externistou
d) Konzultace s jinou organizací
e) Setkání za jiným účelem
f) Pobytové kurzy
g) Žádné
h) Jiná (prosím uveďte)



Graf 6: Jaké poskytujete skupinové ambulantní programy?

V této otázce byla možnost označit více odpovědí. Z tohoto grafu lze vyčíst, že skupinové ambulantní programy stejně jako individuální zahrnují různé konzultace. Ať už se jedná o konzultace s odborníkem, či na podporu psychomotorického vývoje. Nejvíce označení získala odpověď: setkání za jiným účelem. Každá z uvedených možností má zastoupení u některé z organizací.

Otázka č. 8: O jaké skupinové ambulantní programy se konkrétně jedná?

- 2x za rok (vždy na jaře a na podzim) pořádáme nácviky sociálních dovedností pro děti ve věku 6 - 8 let, dále pořádáme v našich prostorách pravidelné rodičovské skupiny pro rodiče dětí se ZP
- 2x ročně pobyt
- Canisterapie 2) kurz "Spolu to zvládneme", tj. nácvik sociálních a komunikačních dovedností 3) workshopy/kurzy 4) setkání rodičů a dětí 5) podpůrná skupina pro rodiče
- Vzdělávací akce pro rodiče (semináře, tematické besedy)
- Víkendové pobyty, svépomocné skupiny

- Věnujeme se setkávání rodin, cca 2-3 za rok. Tématem bývá aktivita jako vzdělávání, setkání s externistou, supervize apod. V tomto čase nabízíme také hlídání dětí. Zapojujeme se do projektu Hrdinství, které není vidět v rámci našeho kraje – jedná se o aktivity typu pobytová setkávání, svépomocné skupiny apod.
- Skupinové intervence mají charakter svépomocných setkání, kde se rodiče setkávají pod záminkou volnočasových aktivit, aby mohli navzájem sdílet své zkušenosti.
- Setkávání rodin, přednášky odborníků.
- Setkávání rodin pro možnost sdílení, konzultace s klinickým logopedem, konzultace se speciální MŠ a ZŠ vzdělávající děti v dané lokalitě
- Setkávání rodin.
- Sdílecí rodičovské skupiny
- Rozvoj psychomotorického vývoje rozvoj sociálních dovedností dětí podpůrné skupiny rodičů
- Rodičovské skupiny s cílem vzájemného sdílení poznatků, dobré praxe apod.
- Rodičovské skupiny
- Pobytovou akci ale nepovažujeme za ambulantní program.
- Odborné sociální poradenství, jednorázové akce na podporu kontaktů mezi rodinami uživatelů služby, jednorázové akce s "ochutnávkou" a představení konkrétní terapie dostupné v regionu, kde působíme
- Muzikoterapie
- Kluby rodičů, setkání rodin, pobytový kurz, podpůrná rodičovská skupina pro rodiny dětí s PAS
- Každý rok jiné, dle aktuální skupiny klientů a jejich potřeb
- Dvakrát ročně umožňujeme klientům (rodičům i dětem) společné setkání v některých regionech působnosti služby. Smyslem je vzájemné seznámení, výměna zkušeností atd. Ostatní skupinové aktivity včetně pobytů jsou zajišťovány jinou službou, případně organizací
- Canisterapie, muzikoterapie, tvořivá setkávání, setkávání za účelem sdílení, volnočasová setkávání

U této otázky bylo také mnoho odpovědí. Programy jsou opět velmi rozdílné a specifické, což odpovídá množství cílových skupin, kterým se organizace rané péče věnují.

Otázka č. 9: O jaké ambulantní programy mají klienti největší zájem?

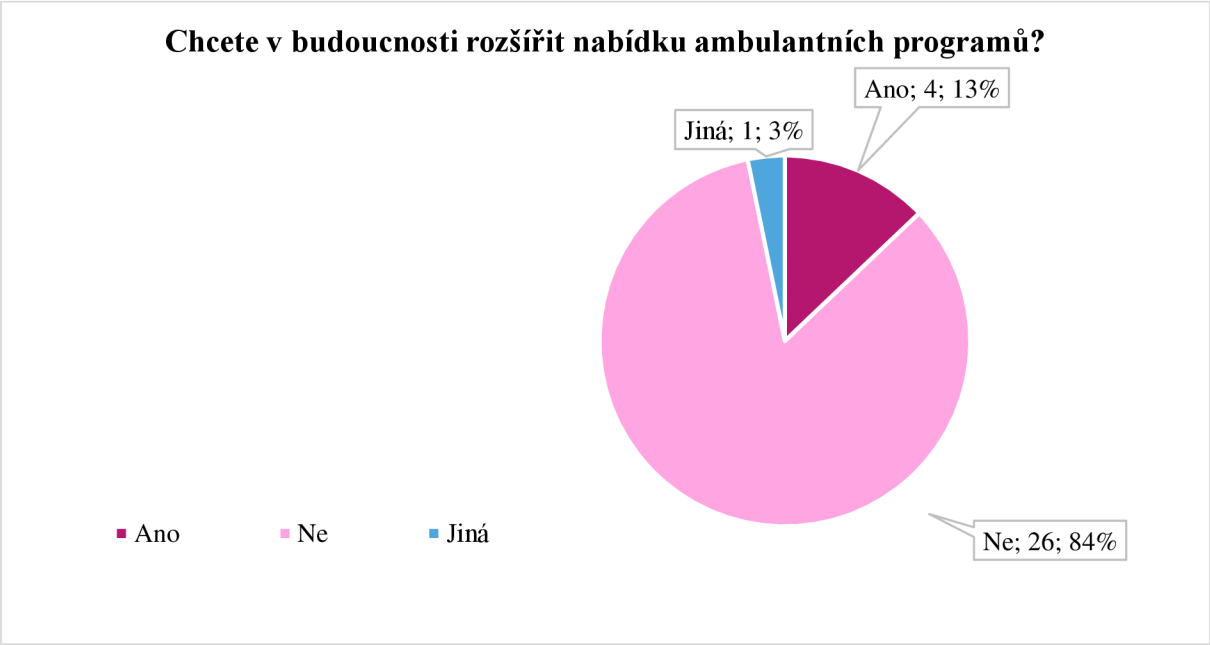
Tato otázka byla otevřená bez povinnosti na ni odpovídat.

- Canisterapie 2) kurz Spolu to zvládneme, tj. nácvik sociálních a komunikačních dovedností 3) podpůrná skupina pro rodiče
- Záleží na rodinné situaci... Pobyty jsou oblíbené, muzikoterapie a logopedie – konzultace nebo pravidelná terapie
- Volnočasová a seznámení se s podpůrnými terapiemi
- Víkendové pobyty
- U obou programů je stejný zájem
- Tzv. Kluby rodičů – možnost setkávání se uživatelů služby v prostředí našeho pracoviště s cílem poznat se s dalšími rodinami, vyměnit si zkušenosti, načerpat inspiraci nebo jen tak pobýt v přijímacím a respektujícím prostředí
- Snoezelen
- Setkávání rodin, konzultaci s logopedem, přednášky odborníků.
- Setkávání rodin
- Senzorická integrace, neuro-vývojová stimulace, handling.
- Všechny výše uvedené
- Odborné sociální poradenství, individuální práce s dítětem v herně a Snoezelenu
- Obecně spíše o jednodenní workshopy, než o víkendové kurzy. Naplněnost ovlivňuje více faktorů (nemocnost, termín, místo...)
- Nelze srovnávat
- Nedisponujeme nabídkou, ale výše popsané aktivity bývají naplněné.
- Nácviky AAK nácviky sociálních dovedností dětí
- Mají zájem o všechny, ale co do počtu zájmu, převažuje hlavně mapování dovedností a schopností dětí
- Konzultace rané péče s poradkyní

Tato otázka sloužila spíše jako doplnění a zajímavost, jelikož každá z organizací disponuje jinou nabídkou programů. Odpovědi jsou hodně rozdílné a skoro žádná z organizací se ve výběru neshoduje.

Otázka č. 10: Chcete v budoucnosti rozšířit nabídku ambulantních programů?

a) Ano
b) Ne
c) Jiná (prosím uveďte)



Graf 7: Chcete v budoucnosti rozšířit nabídku ambulantních programů?

Tato otázka byla povinná a slouží k přehledu o nabídce služeb organizací. Nejvíce organizací (26) uvedlo, že neplánuje rozšířit nabídku ambulantních programů. Důvody mohou být různé. Organizace například ambulantní formy nenabízejí a ani je nabízet nechtějí, nebo o programy není příliš velký zájem, či z kapacitních důvodů. Nebo také mohou již poskytovat dostatek ambulantních programů.

Otázka č. 11: Pokud ano, o jaké programy se jedná?

- Rozvoj komunikace a řeči (jak individuální, tak skupinové podpory dětí formou AAK + formou logo hrátek), rozvoj komunikace a motoriky v rámci canisterapie a terapie s prvky hipoterapie, rozvoj komunikace a pozornosti v rámci terapie s prvky muzikoterapie, pro rodiče pravidelné setkávání s rodinným koučem
- Rozšíření nabídky plánujeme na základě potřeb rodičů, v tuto chvíli se poradkyně školí v řadě metod, které se týkají podpory vývoje dítěte a uvidíme, které z nich by rodiče uvítali i ambulantně
- Program zaměřený na senzorickou integraci
- Budeme rozjíždět doplňkové služby, které ale budou nad rámec rané péče a budou hrazené. Například: neurovývojová stimulace, program Maxík, snoezelen, senzorická integrace a další

Organizace, které odpověděly „ano“, také uvedly, o jaké programy se jedná, díky čemuž můžeme mít představu, jaké mají plány do budoucna.

Otázka č. 12: Jak se nazývá organizace, kterou zastupujete?

Tato otázka také nebyla povinná, ale 28 organizací název organizace uvedlo, tři organizace neuvedly. Názvy organizací jsou následně uvedeny v přehledu, ve kterém se nachází informace o působnosti, cílových skupinách a ambulantních formách.

Otázka č. 13: Prostor pro Vaše další sdělení

- „Upřímně, přes devadesát procent individuální práce probíhá v rodinném prostředí klienta čili v terénu. Skupinové činnosti pořádáme v našich prostorách."
- „Služba rané péče je službou terénní. Tedy ambulantní činnosti ji pouze doplňují v oblastech, kdy je to účelné, jinak nebo samostatně poskytovány nejsou."
- „Raná péče je ze zákona terénní sociální služba. Ambulantní služby jsou pouze doplněním pro klienty terénní sociální služby. Žádný klient tedy nevyužívá pouze ambulantní služby izolovaně – to podle standardů oboru nelze."
- „Raná péče je svým základní charakterem službou terénní, je a měla by být poskytována v domácím prostředí dítěte a jeho rodiny."
- „PRP poskytuje terénní formu pouze."
- „Pracoviště je držitelem platné Garance kvality poskytované Asociací rané péče ČR, z.s. V roce 2022 uspělo v programu „Nadstavbový model kvality sociálních služeb" s hodnocením „Skvěle fungující organizace"."
- „Naše služba je převážně terénní. Ambulantně máme službu zaregistrovanou v pátek od 8:00 do 13:00, ale skoro žádná rodina této možnosti nevyužívá."
- „Dobrý den, ambulantní formu RP nemáme a neplánujeme zavést. Službu realizujeme v terénu, a to v celém Zlínském kraji."

Na průzkumné otázky lze odpovědět pomocí výše uvedených odpovědí z dotazníkového šetření.

Poskytují organizace ambulantní formy služby rané péče?

Tato otázka byla pro tvorbu práce zásadní. Na webových stránkách organizací většinou není uvedeno, zda poskytují i ambulantní formy služby. Z tohoto důvodu bylo předpokládáno, že polovina organizací ambulantní formy neposkytuje. K odpovědi na tuto průzkumnou otázku byla využita otázka z dotazníku č. 3. „Poskytujete v organizaci ambulantní formy služby rané péče?" Z odpovědí vyplývá, že 87 % tedy 27 organizací rané péče ambulantní formy poskytuje a zbývající 4 organizace tedy 13 % neposkytuje. Tento výsledek byl překvapivý a díky

vysokému počtu organizací, které poskytují ambulantní formy bylo získáno více odpovědí do dalších průzkumných otázek.

Poskytují organizace spíše individuální nebo skupinové programy?

Na tuto průzkumnou otázku lze odpovědět pomocí otázky č. 4. z dotazníku „Jaké poskytujete ambulantní programy?“ Jak je vidět z odpovědí, nejčastěji organizace poskytují individuální programy nebo kombinaci programů tedy individuální i skupinové. Žádná organizace neposkytuje pouze skupinové programy. Pouze individuální programy poskytuje 12 organizací a individuální i skupinové poskytuje 14 organizací. Dohromady 26 organizací poskytuje individuální programy, takže odpověď na průzkumnou otázku je zřejmá. Organizace poskytují častěji individuální programy. Zbylý počet organizací tedy 5 neposkytuje žádné ambulantní programy.

Jaké konkrétně ambulantní programy organizace nejčastěji poskytují?

Poslední průzkumná otázka nezískala jednoznačnou odpověď. Každá organizace má specifickou nabídku programů, která souvisí s cílovou skupinou dané organizace. K odpovědi na tuto průzkumnou otázku slouží otázky č. 5., 6., 7. a 8. z dotazníku. Tyto otázky jsou zaměřené na ambulantní programy individuální i skupinové a obsahují i konkrétní odpovědi od organizací. Organizace jako individuální programy nejčastěji uvádějí konzultace na podporu psychomotorického vývoje s poradkyní. Také konzultace s odborníky externími i pracujícími v organizaci. Dále poskytují nácviky, kurzy a pobyt v místnosti Sneozelen. Jako ambulantní skupinový program byla nejčastěji označena odpověď „setkání za jiným účelem“. Dále organizace několikrát uvedly, že pořádají setkání rodičů např. rodičovské skupiny, kluby rodičů nebo i pobytová setkání.

8 Diskuze

Již při začátku zpracovávání bakalářské práce bylo zřejmé, že není mnoho odborných zdrojů, které by se konkrétně zaměřovaly na ambulantní formy rané péče. Existuje několik publikací, které se zabývají ranou péčí, ale ambulantní formy zmiňují jen okrajově nebo vůbec. Nejvhodnějším zdrojem pro získání potřebných informací ke třetí kapitole teoretické části byly: Publikace od Hradilkové s názvem „Praxe a metody rané péče v ČR“ a od Šándorové „Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb“. Déle byly využity webové stránky organizace rané péče Centrum LIRA, tento zdroj přehledně uvádí, jaké nabízí ambulantní programy a poskytuje k nim i jejich srozumitelný popis. Kdyby měla každá organizace poskytující služby rané péče uvedené na svých webových stránkách informace o poskytování ambulantních forem služby, bylo by zpracovávání práce jistě jednodušší. Také by byly voleny jiné otázky do dotazníkové šetření a mohly by se více zaměřit na popis konkrétních programů.

Raná péče zahrnuje široké spektrum služeb a programů, což může být matoucí a nepřehledné. Organizace se specializují na konkrétní cílové skupiny a k nim volí vhodné programy, což komplikuje hledání informací o celkovém zaměření ambulantní formy rané péče. Informace o ambulantní formě rané péče mohou být v některých případech nedostatečné nebo obtížně dostupné z různých důvodů. Ambulantní formy služby umožňují pravidelnou a cílenou terapii nebo nácviky, což hraje klíčovou roli v rozvoji dítěte a jsou často nezbytné pro jejich optimální vývoj. Jedním z důvodů, proč nemusí být informace o ambulantních formách rané péče snadno dostupné, může být nedostatek povědomí mezi rodiči i veřejností. Organizace si mohou chránit své know-how a poskytovat tyto informace pouze pro své klienty ve svých interních dokumentech. Z těchto důvodů nemusí mít mnoho lidí dostatečné informace o tom, co ambulantní formy rané péče obnáší, jaké konkrétní výhody nabízí, a jaký je jejich přínos v porovnání s terénní formou. To může vést k tomu, že rodiče nevědí, na co se zaměřit, nebo jak hledat a vybrat vhodné ambulantní služby rané péče pro své dítě. To ale není žádný problém, jelikož vhodné programy rodině doporučí poradkyně rané péče na základě individuálních potřeb dítěte. Dalším důvodem může být složitost a rozmanitost dostupných programů. Raná péče zahrnuje široké spektrum programů, od rozvoje motorických dovedností a komunikace, až po specifické terapie zaměřené na senzorickou integraci, zrakové vnímání a další oblasti. V neposlední řadě může být problém i v samotné propagaci těchto služeb. Organizace rané péče nemusí mít dostatečné prostředky nebo schopnosti k tomu, aby efektivně

informovaly veřejnost o ambulantních formách. Mnozí rodiče se tak dozvídají o ambulantní rané péči až v okamžiku, kdy naváží spolupráci s ranou péčí.

V průběhu zpracovávání bakalářské práce byly několikrát upraveny otázky, které by mohly být použité v dotazníku. Otázek nemohlo být příliš mnoho, aby organizace nestrávily moc času vyplňováním a chtěly se do průzkum zapojit. Také nemohly být příliš osobní, konkrétní a nesměly narušit bezpečí organizací. Volba otázek tak opravdu nebyla jednoduchá, jelikož na základě odpovědí měl vzniknout přehled, ve kterém by byly uvedeny i názvy organizací. Aby nedošlo k porušení anonymity, musely být organizace dostatečně informovány o tom, že bude jejich název v práci použit. První variantou byla vytvoření neanonymní dotazníky, ale tímto způsobem by nemusela být návratnost vysoká. Další variantou bylo tedy zachovat anonymitu a přiřadit ambulantní programy a jejich dostupnost pouze na základě krajové působnosti. To by ale nemohl být naplněn záměr přehledu, kterým bylo vytvoření dokumentu, ve kterém bude uvedeno, jaká organizace poskytuje, jaké ambulantní programy. Nakonec byla zvolena cesta dobrovolné volby názvu, v dotazníku byla nepovinná otázka na název organizace. Organizace byly již pomocí e-mailu informovány, že uvádět název nemusí, a pokud tak opravdu neučiní, budou jejich odpovědi přiřazeny ke krajové působnosti. Tento způsob ale také není zcela anonymní, jelikož lze při průzkumu organizací nebo při vyhledání „Mapy poskytovatelů rané péče“ dohledat, o jakou organizaci se může jednat. Mapa poskytovatelů rané péče slouží pro rychlé a efektivní vyhledání organizací rané péče. Při výběru kraje na mapě se ukáže, jaké organizace v daném kraji působí, a jaké jsou jejich cílové skupiny. Také se zde nachází odkaz na webové stránky organizací, který usnadní vyhledávání konkrétní organizace. Na mapě se ale nenachází informace a poskytování ambulantní forem služby, což se dá považovat jako nedostatek. Na druhou stranu, tuto mapu většinou využívají rodiny, které hledají vhodnou ranou péči na spolupráci. Těmto rodinám nejvíce záleží na tom, aby pro ně raná péče byla dostupná, jak vzdálenostně, kapacitně, tak i cílovou skupinou. Ambulantní formy slouží opravdu jako bonus. Rodina si totiž často nemůže vybírat mezi několika organizacemi, kdyby ale byla ta možnost, mohla by si vybrat právě na základě dostupnosti ambulantních forem.

Jako navrhované opatření byly vytvořeny přehledy, v posledním z nich se nachází názvy organizací. Uvedení názvu organizací může být vnímáno svým způsobem jako riskantní z důvodu anonymizace. Je potřeba ale znovu říct, že organizace název vyplňovat nemusely a byly seznámeny s tím, že pokud ho uvedou, bude pro potřeby bakalářské práce zveřejněn. Zároveň je důležité zopakovat, že žádné z informací nejsou osobní a neuvádí se zde žádné

informace o konkrétních klientech. Některé organizace dokonce odpověděly, že se průzkumu účastnit nebudou, jelikož se jedná o dostupné a dohledatelné informace. Tyto informace jsou u některých organizací přehledně uvedeny na jejich webových stránkách. Jiné organizace sice mají uvedené, že poskytují i ambulantní formy, ale už není nikde vypsáno, jaké.

Nebyly dohledány odborné publikace, které by se zaměřovaly přímo na ambulantní formy rané péče. Informace o ambulantních formách nejsou nikde uvedeny pohromadě na jednom místě, takže nelze říct, jaké všechny ambulantní programy jsou v rámci rané péče poskytovány. Díky této práci lze ale alespoň vidět, jaké programy mohou být poskytovány. I když je terénní forma hlavní formou poskytování rané péče, ambulantní formy mají rovněž svůj velký přínos, který by rozhodně neměl být opomíjen a informace o ambulantních formách by měly být více dostupné.

9 Navrhovaná opatření

Ambulantní forma rané péče má svůj důležitý podíl na fungování rané páče a rozhodně by si zasloužila více pozornosti, případně rozšíření nabídky poskytovaných programů. Problém může být rovněž v nedostatečné propagaci ambulantních forem, jelikož některé organizace nemají prostředky na efektivní propagaci nebo osvětu. Opatřením by mohlo být vylepšení webových stránek organizací, kde budou přehledněji dostupné všechny informace. Pro zajištění lepší informovanosti by bylo užitečné zlepšit osvětu a vzdělávání jak pro rodiče, tak pro odborníky, kteří se s dětmi v raném věku setkávají. Vhodným opatřením by mohlo také být vytvoření přehledných materiálů, webových stránek a informačních center, které by usnadnily orientaci v dostupných ambulantních službách a možnostech rané péče nejen rodičům.

V diskuzi byly uvedeny možné důvody nedostupnosti informací o ambulantních formách rané péče. Bylo prokázáno, že nejen pro studenty, ale i další širokou a odbornou společnost by mohly mít informace o ambulantních formách velký přínos. Nejedná se pouze o lepší orientaci, ale vlastně o první přiblížení této neprobádané teorie. Pokud člověk nemá s touto službou praktické zkušenosti, není schopný si ani představit, jaké všechny ambulantní programy mohou organizace nabízet. Tím, že byly v práci uvedeny veškeré konkrétní odpovědi organizací, byly služby z praxe přiblíženy teorii.

Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, ambulantní programy jsou realizovány jen v případě, že je na ně potřebná kapacita. Prioritou služby jsou konzultace, které mohou být doplněny právě ambulantními programy. Kapacita závisí i na tom, jak jsou služby financovány, zda mohou organizace shánět externisty na zajištění těchto programů, aby nemusely sahat do svých personálních zdrojů, a zda organizace dostávají finance v dotacích přímo na tyto ambulantní programy. Pokud tomu tak není, je otázkou, jestli by nebylo vhodné tato opatření změnit. Také by mohlo být vhodné posílit jiné služby, např. v oblasti zdravotnictví, školství a dalších, aby vznikaly tyto ambulantní programy. Rodiny by mohly docházet na tyto programy a terapie i v rámci jiných resortů. V resortu zdravotnictví by mohly být programy hrazené např. formou veřejného zdravotního pojištění a ve školství v rámci volnočasových aktivit. Celkově by to mohlo posílit cíl rané péče, kterým je, že se rodiny naučí využívat svých zdrojů v okolí a nebudou závislé na rané péči a její nabídce služeb.

Jak již bylo několikrát uvedeno, informace o ambulantních formách rané péče jsou dostupné pouze v omezené míře a často nejsou uvedeny na jednom místě, což ztěžuje jejich

vyhledávání a možnost shrnutí. Navrhované opatření pro tuto práci získalo konkrétní podobu, a to podobu přehledů pro větší přehlednost, konkrétnost. Na základě zjištěných informací vnikly přehledy, které obsahují nabídku ambulantních programů rozdělené na individuální a skupinové. Tyto přehledy jsou ojedinělé a mohou mít velký přínos pro lepší orientaci v poskytovaných programech. V posledním přehledu jsou vypsané názvy organizací, a k nim přidělená krajová působnost, cílové skupiny a informace o ambulantních formách. Přehledy mohou sloužit pro lepší orientaci v ambulantních formách rané péče pro studenty sociální práce a speciální pedagogiky TUL, i pro odbornou veřejnost. Se vniklými přehledy by se dalo dále pracovat, mohlo by být vysvětleno, co si mohou pod jednotlivými zjištěnými pojmy studenti představit. Co vše obsahují např. vstupní jednání, první návštěva ale i ambulantní programy. Odborné zdroje neuvádí přesný obsah první návštěvy a další specifické formy služby.

9.1 Přehled individuálního programu

V tomto přehledu jsou uvedeny zjištěné ambulantní individuální programy rané péče. K programům je přiřazeno číslo, které program označuje pro následné přidění k přehledu organizací.

Tabulka 1: Individuální programy

Individuální programy	
1.	Vstupní jednání Závěrečná konzultace/poslední konzultace
2.	Poradenství Psychologické poradenství Sociální poradenství Sociálně právní poradenství
3.	Konzultace na podporu psychomotorického vývoje s poradkyní rané péče Konzultace s odborníkem, který pracuje v organizaci Konzultace s odborníkem externistou Konzultace s jinou organizací Konzultace s logopedem Konzultace s fyzioterapeutem Konzultace s psychologem či psychoterapeutem Konzultace s výživovým poradcem

4.	Canisterapie
5.	Kurz "Spolu to zvládneme" tj. nácvik sociálních a komunikačních dovedností Terapeutické programy zaměřené na rozvoj komunikace
6.	Práce ve snoezelen místnosti Snoezelen
7.	Hry Senzorického vnímání Senzorická integrace
8.	Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování
9.	Funkční vyšetření zraku Posouzení zrakových funkcí Stimulace zraku Zrakový trénink Vizuohrátky
10.	Screening symptomatiky poruch autistického spektra
11.	Posouzení pohybového vývoje Konzultace k pohybovému vývoji
12.	Muzikoterapie
13.	Neuro-vývojová stimulace
14.	Multisenzorická stimulace
15.	Mapování schopností a dovedností dítěte Zhodnocení psychomotorického vývoje
16.	Nácviky sociálních dovedností Nácviky pro psychomotorický rozvoj Nácviky pro děti s PAS Nácviky AAK Nácviky strukturování
17.	Handling
18.	Odborné terapie Představení terapií

9.2 Přehled skupinové programy

Přehled uvádí zjištěné ambulantní skupinové programy rané péče. K programům je přiřazeno písmeno, které program označuje pro následné přidění k přehledu organizací.

Tabulka 2: Skupinové programy

Skupinové programy	
A	Konzultace na podporu psychomotorického vývoje s poradkyní rané péče Konzultace s odborníkem, který pracuje v organizaci Konzultace s odborníkem externistou Konzultace s jinou organizací Konzultace s logopedem, psychologem, výživovým poradcem Konzultace se speciální MŠ a ZŠ
B	Tvořivá setkávání
C	Muzikoterapie
D	Canisterapie
E	Kurz "Spolu to zvládneme" tj. nácvik sociálních a komunikačních dovedností Nácvik sociálních dovedností
F	Setkávání rodičů Kluby rodičů Podpůrná rodičovská skupina Svépomocné skupiny
G	Přednášky odborníků Semináře Besedy Kurzy Workshopy
H	Skupinové intervence/supervize
CH	Víkendové pobyty Pobytové kurzy
I	Setkání za jiným účelem

9.3 Přehled organizací

V tomto přehledu jsou uvedeny názvy organizací a k nim přidělená krajová působnost, cílové skupiny a informace o ambulantních formách. Jako poslední informace je uvedeno, jaké poskytují organizace ambulantní programy, rozdělené na individuální a skupinové. Konkrétní programy jsou vypsané v předchozích přehledech a mají přiřazené číslo nebo písmeno, které je následně použito jako zkratka v tomto přehledu.

Tabulka 3: Přehled organizací

Název organizace			
Kraje, ve kterých působí	**Cílové skupiny**	**Ambulantní formy**	**Ambulantní programy**
Auxilium o.p.s.			
Zlínský	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální i skupinové 3., 14 A, F, I
Centrum LIRA			
Královehradecký Ústecký Liberecký	Se zrakovým p. S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální i skupinové 3., 6., 9., 11., 16 F, CH, I
Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s.			
Praha Královehradecký Ústecký, Plzeňský Středočeský Liberecký Karlovarský Jihočeský Pardubický	Se sluchovým p. Jiné	Ano	Individuální i skupinové 1.,3. F, CH, I

Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. Raná péče Morava a Slezsko			
Vysočina Jihomoravský Zlínský Pardubický Olomoucký Moravskoslezský	Se sluchovým p. Jiné	Ano	Individuální 1., 3. CH
Diakonie Uherské Hradiště			
Zlínský	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální i skupinové 2., 3., 6. B, F, I
Diakonie ČCE – Středisko celostátních programů a služeb			
Praha Ústecký Plzeňský Středočeský	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální 3.
Diakonie ČCE – středisko Světlo ve Vrchlabí			
Královehradecký	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální 3., 4., 5. A, D, E, F, G, I
EDA cz, z. ú.			
Praha Ústecký Středočeský Pardubický	Se zrakovým p. S kombinovaným p.	Ano	Individuální 3., 9., 11.
I MY o.p.s.			
Jihočeský	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální i skupinové 3. A, CH, I

Jdeme Autistům Naproti z.s.			
Olomoucký	S PAS Jiné	Ano	Individuální 3., 5., 7.
MOTÝL, z.ú.			
Plzeňský	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální i skupinové 3. E, F
Národní ústav pro autismus, z.ú.			
Praha Středočeský	S PAS Jiné	Ano	Individuální i skupinové 3., 18. F, G, CH
Občanské sdružení Logo z.s.			
Jihomoravský	S PAS S neurovývojovými poruchami	Ano	Individuální i skupinové 2., 3. A, F
Portimo, o.p.s., sociální služba Raná péče			
Vysočina	S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Žádné 2., 18. A, F, G, I
Raná péče Diakonie (jsme součástí Diakonie ČCE – středisko celostátních programů a služeb)			
Praha Ústecký Plzeňský Středočeský	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální 2., 3.
Raná péče Krůček, z. ú.			
Karlovarský	S mentálním p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální i skupinové 3., 15., 16. A, E, F, I

Raná péče Třebíč			
Vysočina	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální i skupinové 3. A, F, G, I
Slezská diakonie			
Moravskoslezský	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ne	Žádné F
Slezská diakonie, Poradna rané péče MATANA			
Moravskoslezský	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální 3. A, G, H, CH
Sociální služby města Havířova, Poradenské středisko pro rodinu a dítě "RaD"			
Moravskoslezský	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální i skupinové 3., 16. F, I
Společnost pro ranou péči, pobočka Brno			
Vysočina Jihomoravský Zlínský	Se zrakovým p. S kombinovaným p. S ohroženým vývojem Předčasně narozené	Ano	Individuální i skupinové 14. B, C, D, F
Společnost pro ranou péči, pobočka České Budějovice			
Vysočina Jihočeský	Se zrakovým p. S kombinovaným p. S ohroženým vývojem	Ano	Individuální i skupinové 3., 7., 8., 9., 13., 17. A, C

Společnost pro ranou péči, pobočka Karlovy Vary			
Karlovarský	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální 1., 3., 6., 15.
Společnost pro ranou péči, pobočka Ostrava			
Moravskoslezský	Se zrakovým p. Jiné	Ano	Individuální 3. A, F, CH, I
Společnost pro ranou péči, pobočka Praha			
Praha Středočeský Karlovarský	Se zrakovým p. S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální 3., 9. F, I
Společnost pro ranou péči, pobočka pro zrak Olomouc			
Zlínský Pardubický Olomoucký	Se zrakovým p. S kombinovaným p. S ohroženým vývojem	Ne	Žádné
Středisko rané péče EDUCO Zlín z. s.			
Zlínský	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem Všechny další specifické potřeby	Ne	Žádné
Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o.p.s.			
Jihočeský	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S ohroženým vývojem S paliativními potřebami	Ano	Individuální 3.,12., 16., 18. CH

Neuveden			
Pardubický	S PAS Jiné	Ano	Individuální i skupinové 2., 3., 6. F, I
Neuveden			
Plzeňský Karlovarský	Se zrakovým p. S kombinovaným p. S ohroženým vývojem	Ne	Žádné
Neuveden			
Moravskoslezský	S mentálním p. S tělesným p. S kombinovaným p. S PAS S ohroženým vývojem	Ano	Individuální 2., 3., 16. A

Závěr

V teoretické části bakalářské práce jsou uvedeny informace důležité ke zvolenému tématu Ambulantní formy rané péče. Na začátku jsou vymezeny základní pojmy úzce související s ranou péčí. Práce se následně zabývá přímo ranou péčí a uvádí veškeré důležité údaje o této sociální službě. Také jsou více přiblíženy cílové skupiny rané péče, a nakonec se práce zaměřuje na ambulantní formy rané péče.

Cílem práce bylo zmapovat ambulantní programy, které nabízejí organizace poskytující službu rané péče. Pro stanovený cíl byla zvolena vhodná metoda kvantitativní pomocí dotazníkového šetření. Díky dotazníkům vznikly potřebné údaje k vytvoření přehledu. K naplnění stanoveného cíle posloužil průzkum, který přinesl mnoho zajímavých informací. Průzkumu se zúčastnila více než polovina oslovených organizací rané péče, což bylo důležité pro následnou tvorbu přehledů.

Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, raná péče je především terénní služba, což potvrdily i reakce organizací při oslovení s prosbou o vyplnění dotazníku. Některé organizace uváděly, že se jedná spíše o terénní službu, a proto ambulantní formu buď nenabízí, nebo ji poskytují v omezené míře. Ze získaných odpovědí vyplynulo, že většina organizací poskytuje i ambulantní formy rané péče, ať už se jedná o konzultace nebo programy zaměřené na rozvoj dítěte.

Cíl bakalářské práce byl splněn, bakalářská práce zmapovala ambulantní programy, které nabízejí organizace poskytující službu rané péče. Ze zjištěných informací byly vytvořeny přehledy, které mohou sloužit jako doplňující materiál k ambulantním formám. Jedná se o ojedinělé přehledy na toto téma. Získané informace jsou přínosem nejen pro tuto bakalářskou práci, ale zároveň mohou pomoci v lepší orientaci v dané problematice nejen studentům. Přínos této práce je důležitý, jelikož poskytuje informace o ambulantních formách přehledně na jednom místě.

Závěrem lze konstatovat, že ambulantní formy služby rané péče mají významnou roli v poskytování rané péče. V budoucnosti snad lze očekávat, že informace o nich budou více dostupné a poskytování ambulantních programů častější.

Seznam použitých zdrojů

BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0693-4.

DOKOUPILOVÁ, I., et al., 2015. *Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku*. Ostatní odborné publikace. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-.4432-1.

DOKOUPILOVÁ, I., et al., 2017. *Rodina a dítě se zdravotním postižením.* Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-262-8.

GAVORA, P., 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.

HÁDKOVÁ, K., 2016. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova. ISBN 978-80-7290-619-2.

HORÁKOVÁ, R., 2012. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0084-0.

HRADILKOVÁ, T., 2018. *Praxe a metody rané péče v ČR: průvodce sociálním modelem.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1386-4.

CHVÁTALOVÁ, H., 2005. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotního postižení*. Vyd. 2. Dana KUTÁLKOVÁ (autor úvodu). Praha: Portál, ISBN 80-7367-013-5.

JANKŮ, K., 2018. *Snoezelen v teorii, v praxi a ve výzkumu*. Vydání: první. Opava: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě. ISBN 978-80-7510-335-2.

KUDELOVÁ, I., KVĚTOŇOVÁ, L., 1996. *Malé dítě s těžkým poškozením zraku: raná péče o dítě se zrakovým a kombinovaným postižením*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-24-9.

KUNHARTOVÁ, M., POTMĚŠIL, M. a POTMĚŠILOVÁ, P., 2017. *Náročné otcovství: být otcem dítěte s postižením*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3600-9.

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

LIRA RANÁ PÉČE HRADEC KRÁLOVÉ, 2023 [online]. [vid. 20. 11. 2024]. Dostupné z: https://centrumlira.cz/rana-pece-hradec-kralove

LIRA RANÁ PÉČE LIBEREC, 2023 [online]. [vid. 20. 11. 2024]. Dostupné z: https://centrumlira.cz/rana-pece-liberec#terenni-sluzby%20.

LUDÍKOVÁ, L., 2014. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4296-9.

LUDÍKOVÁ, L., 2015. *Netradiční pohledy na kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4869-5.

MARKOVÁ, Daniela a CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena, 2020. *Předčasně narozené dítě: následná péče - kdy začíná a kdy končí?* Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1745-1.

MATĚJČEK, Z., 2005. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1056-6.

MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O., et al., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. P. KODYMOVÁ (editor), J, KOLÁČKOVÁ (editor). Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

MICHALÍK, J., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Sociální služby*. [online]. [vid. 20. 7. 2024]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/web/cz/socialni-sluzby-1

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

PIPEKOVÁ, J., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.

POTMĚŠIL, M., 2015. *Osobnost dítěte v kontextu vady sluchu*. Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4729-2.

POTMĚŠILOVÁ, P., 2016. *Pojmotvorný proces u dětí se sluchovým postižením*. 2. vydání. Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4921-0.

PRETIS, M., BARLOVÁ, J. a HRADILKOVÁ, T., 2020. *Raná péče: příručka pro teorii a praxi*. Věra KLOUDOVÁ (překladatel). V Praze: Pasparta. ISBN 978-80-88290-65-0.

SCHOPLER, E., 1999. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Speciální pedagogika. Praha: Portál. ISBN 80-7178-202-5.

SOBOTKOVÁ, Irena, 2007. *Psychologie rodiny*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-250-8

SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNA PRÁCA, 2020. *Raná péče mezi resorty.* In: sociální práce/sociálna práca. [online]. Aktualizováno 19.4.2021. [vid. 4. 8. 2024]. Dostupné z: https://socialniprace.cz/inspirace-pro-praxi/rana-pece-mezi-resorty/

SOCIOLOGICKÁ ENCYKLOPEDIE, 2018. *Rodina.* [online]. [vid. 7. 6. 2024]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Rodina.

SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI, 2024. Jak nám Světluška a nadační fond Kaufland pomáhá svítit na cestu... [online]. [vid. 1. 12. 2024]. Dostupné z: https://www.ranapece.cz/nezarazene/jak-nam-svetluska-a-nadacni-fond-kaufland-pomaha-svitit-na-cestu/

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

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

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

ŠTĚRBOVÁ, D., 2013. *Rodiny s postiženými dětmi: "tak trochu jiné" rodiny? Monografie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3459-9.

VANČURA, J., 2007. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Psychologie. Brno: Společnost pro odbornou literaturu - Barrister & Principal. ISBN 978-80-87029-14-5.

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., a KREJČOVÁ, L., 2009. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1616-2.

VRUBEL, M., RÖDEROVÁ, P. a JÁGEROVÁ, N., 2017. *Education, support and rehabilitation for people with visual impairments*. Petr KOVAŘÍK (překladatel). Brno: Masaryk University. ISBN 978-80-210-8456-8.

ZIKL, P., 2021. *Motorika dětí s lehkým mentálním postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 978-80-246-5015-9.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1: Dotazník

Ambulantní formy služby rané péče

Dotazník je určen k vyplnění pouze respondentům zastupujícím organizace rané péče. Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte se zapojením do průzkumu. Průzkum bude sloužit pro vytvoření přehledu o poskytování ambulantních služeb rané péče. Přehled bude vytvořen pro studenty sociální práce a speciální pedagogiky TUL.

Moc Vám děkuji za Váš čas a ochotu dotazník vyplnit.

* u povinných otázek

1. **V jakém kraji působí organizace, kterou zastupujete? (Vyberte prosím jednu nebo více odpovědí)** *

a) Hlavní Město Praha
b) Středočeský kraj
c) Královéhradecký kraj
d) Liberecký kraj
e) Ústecký kraj
f) Karlovarský kraj
g) Plzeňský kraj
h) Jihočeský kraj
i) Vysočina
j) Pardubický kraj
k) Jihomoravský kraj
l) Olomoucký kraj
m) Zlínský kraj
n) Moravskoslezský kraj

2. **Jaké cílové skupině se Vaše organizace věnuje? (Vyberte prosím jednu nebo více odpovědí)** *

a) Rodiny s dětmi se zrakovým postižením
b) Rodiny s dětmi se sluchovým postižením
c) Rodiny s dětmi s mentálním postižením
d) Rodiny s dětmi s tělesným postižením
e) Rodiny s dětmi s kombinovaným postižením
f) Rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra
g) Rodiny s dětmi s ohroženým vývojem na základě zdravotního stavu
h) Jiná (prosím uveďte)

3. **Poskytujete v organizaci ambulantní formy služby rané péče?** *

a) Ano
b) Ne

4. Jaké poskytujete ambulantní programy? *

a) Individuální programy
b) Skupinové programy
c) Individuální i skupinové programy
d) Žádné

5. Jaké poskytujete individuální ambulantní programy? (Vyberte prosím jednu nebo více odpovědí) *

a) Konzultace na podporu psychomotorického vývoje s poradkyní rané péče
b) Konzultace s odborníkem, který pracuje v organizaci
c) Konzultace s odborníkem externistou
d) Konzultace s jinou organizací
e) Žádné
f) Jiná (prosím uveďte)

6. O jaké individuální ambulantní programy se konkrétně jedná?

Sem napište svou odpověď……

7. Jaké poskytujete skupinové ambulantní programy? (vyberte prosím jednu nebo více odpovědí) *

a) Konzultace na podporu psychomotorického vývoje s poradkyní rané péče
b) Konzultace s odborníkem, který pracuje v organizaci
c) Konzultace s odborníkem externistou
d) Konzultace s jinou organizací
e) Setkání za jiným účelem
f) Pobytové kurzy
g) Žádné
h) Jiná (prosím uveďte)

8. O jaké skupinové ambulantní programy se konkrétně jedná?

Sem napište svou odpověď ……

9. O jaké ambulantní programy mají klienti největší zájem?

Sem napište svou odpověď ……

10. Chcete v budoucnosti rozšířit nabídku ambulantních programů? *

a) Ano

b) Ne

c) Jiná (prosím uveďte)

11. Pokud ano, o jaké programy se jedná?

Sem napište svou odpověď……

12. Jak se nazývá organizace, kterou zastupujete?

Sem napište svou odpověď ……

13. Prostor pro Vaše další sdělení

Sem napište svou odpověď ……