

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Raná péče pro děti se zdravotním postižením, její
význam a zhodnocení v Plzeňském a Jihočeském kraji.**

bakalářská práce

Autor práce: ing. Edita Filipová

Studijní program: Rehabilitace

Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé
a seniory

Vedoucí práce: ing. Petra Samcová

Datum odevzdání práce: 3.5.2013

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 3. 5. 2013

.....

Ing. Edita Filipová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala ing. Petře Samcové za odborné vedení při zpracování bakalářské práce. Mé poděkování za spolupráci patří také ředitelce Střediska pro ranou péči v Plzni, Mgr. Miroslavě Bartošové a všem rodičům, kteří byli ochotni odpovědět na mé otázky a tím mi pomohli výzkum uskutečnit.

Také děkuji svému manželovi za jeho trpělivost a velkou podporu v mém studiu. Největší dík však patří mé dcerce Jitce, neboť bez ní by tato práce ani mé studium na této vysoké škole nebyly nikdy realizovány.

Abstrakt

Raná péče je velmi důležitou složkou péče o děti se zdravotním postižením, je však nutné, aby se o ní rodiče dozvěděli včas, pokud možno hned po narození dítěte, případně co nejdříve po zjištění jeho postižení. Kontakty na ranou péči by měly být pro rodiče snadno dostupné, nejvhodnější by bylo, kdyby byli rodiče o možnostech rané intervence informováni přímo ošetřujícím lékařem, což není vždy pravidlem, jak je možné zjistit z vyhodnocení výzkumných otázek v této bakalářské práci.

Očekávání narození dítěte je obvykle pro celou rodinu velkou událostí. Všichni se těší s nastávajícími rodiči a málokdo si připouští nějaké problémy či komplikace, které by mohly nastat. O to větší šok nastane, když se rodiče ať už během těhotenství nebo po porodu dozví, že jejich toužebně očekávané dítě bude nebo je postižené. Radost, nadšení a plány najednou vystřídají obavy o život a zdraví dítěte, pocity bezmoci a strach z budoucnosti. V této chvíli potřebují rodiče i dítě včasnou odbornou, ale i lidskou pomoc. Pokud se jim této nedostává, jsou vystaveni velkému stresu, který může celou rodinu velmi poznamenat. Prvotní podporu mohou poskytnout právě různé organizace, které se zabývají ranou péčí pro rodiny s dětmi se zrakovým, sluchovým, mentálním, pohybovým a kombinovaným postižením. Mezi tyto organizace patří i střediska rané péče.

Bakalářská práce se zabývá významem a zhodnocením rané péče v Plzeňském a Jihočeském kraji tak, jak to vidí její uživatelé – rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

První kapitola se zabývá teoretickými východisky rané péče. Je zde vymezen pojem raná péče, její vznik a vývoj a také popis organizace a zákonných podmínek. Kapitola je doplněna o rozbor rané péče v Plzeňském a Jihočeském kraji, na který je tato práce zaměřena.

Dále je rozebrána problematika zdravotního postižení, které úzce souvisí s ranou péčí. Uvádí se zde jeho vymezení i vznik a popisují se druhy zdravotního postižení. Neméně důležité jsou informace týkající se rodiny a dítěte se zdravotním postižením. Kapitulu uzavírá téma týkající se společnosti a lidí se zdravotním postižením.

Pro vypracování teoretické části práce byla použita analýza odborné literatury a internetových zdrojů, které se touto tematikou zabývají.

V praktické části jsou vymezeny cíle a metody výzkumného šetření, popisují se zde charakteristiky respondentů a předkládají kazuistické studie. Důležitou součástí je analýza rozhovorů a srovnání získaných dat. Na závěr jsou uvedeny vyhodnocení a závěry šetření.

Práce si klade za cíl zhodnotit služby a spokojenost klientů s ranou péčí ve vybraných oblastech, kterými jsou Plzeňský a Jihočeský kraj. Výzkumné otázky jsou: Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli? Co jste od služby RP očekávali? Co rodičům přinesla raná péče v náročné životní situaci? Co bylo pro rodinu na službě RP nejpřínosnější? Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce? Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby raná péče přestala fungovat? Zvolená výzkumná strategie je kvalitativní. Výzkumný soubor je tvořen 10 rodinami (5 z Plzeňského kraje a 5 z Jihočeského kraje). Metodou získávání dat je polostandardizovaný rozhovor. Práci doplňují kazuistiky dětí a jejich rodin. Metodou zpracování dat je kvalitativní obsahová analýza.

Z rozhovorů s rodiči vyplynulo, že služby rané péče všem rodinám velmi pomohly, přestože někteří zpočátku netušili, co by měli očekávat. Hlavním přínos všichni spatřovali v docházce poradkyně rané péče k nim domů a v názorné ukázce jak s dítětem pracovat, hrát si a dál ho rozvíjet. Zapůjčené pomůcky a hračky by si většina rodin nemohla dovolit pořídit nebo by je ani nenapadlo, že by taková pomůcka nebo hračka mohla být pro dítě vhodná. Velkou pomocí byla pro všechny i psychická podpora, poskytnutí dalších kontaktů na odborníky a setkávání s dalšími rodiči. Nikdo z dotazovaných neuvedl žádný problém nebo negativní připomínku, která by se k poskytování služeb rané péče vztahovala.

Překvapujícím zjištěním však bylo, jak se rodiny o službách rané péče dozvěděli. Někteří se o této formě pomoci dozvěděli od lékařů nebo již v porodnici (ve 4 případech, v jednom případě v lázních). Jedna maminka ale např. uvedla, že si kontakty musela najít sama na internetu, protože právě lékaři ji v té době nikam nenasměrovali, neporadili. Polovina dotazovaných rodičů získala informace od svých

známých, z televize nebo se snažili pomoc vyhledat sami. Určitě by byla vhodná informační provázanost mezi obory, aby ve chvíli, kdy je rodičům sdělena diagnóza týkající se postižení jejich dítěte, byli nasměrováni na vhodnou formu pomoci v rámci Středisek rané péče. Je zřejmé, že spousta lidí nemá o této službě žádné povědomí. Raná péče podporuje celou rodinu, maximálně využívá jejího vnitřního potenciálu, akceptuje rodinu v její jedinečnosti. Poradci rané péče se snaží poskytnout rodinám takové množství informací, aby se mohli stát rovnocennými partnery odborníkům a aby uměli formulovat své potřeby, pomáhají rodičům vyrovnat se s obrovskou zátěží, kterou pro ně dítě se specifickými potřebami může znamenat.

Práce bude využívána pro potřeby Středisek rané péče – zhodnocení poskytovaných služeb, které byly pro bývalé (nebo současné) klienty nejdůležitější.

Klíčová slova:

- dětská mozková obrna
- dítě s postižením
- raná péče
- rodina
- služby rané péče
- střediska rané péče
- zdravotní postižení

Abstract

Early intervention is a very important component of care for children with disabilities; it is vital that parents learn about its importance as soon as possible after the child's birth or, as soon as possible after having discovered the child's disability. Contacts on early intervention providers should be easily accessible to parents; if possible, they should be informed on the availability of early intervention by the attending physician. However, this only rarely happens, as is witnessed by the evaluation of the research processed in this thesis.

Expected childbirth is usually a big event for the whole family. The family members share the excitement with the parents-to-be and hardly anybody takes into account possible problems or complications that might arise. The greater the expectations, the greater the shock when the parents, either still during the pregnancy or after the childbirth learn that their baby is or will be differently abled. Their expectation, enthusiasm and plans are suddenly replaced with concerns for the life and health of the child, feelings of helplessness and anxiety about the future. At this point, both the parents and the child need timely and professional help, and last but not least, compassion and understanding. If they fail to get these, they are under great stress, which can affect the whole family to a great extent. There are various organisations and institutions specialising in early intervention for families with children with visual, hearing, mental, mobility and multiple disabilities that can provide the parents with initial support. Early Intervention Centres (EIC) rank among such organisations.

The present thesis deals with the importance and evaluation of early intervention in Pilsen Region and the Region of South Bohemia as seen from the client's point of view, i.e. from the point of view of the families with children with visual and multiple impairments. The thesis has been divided into a theoretical and a research parts.

The first chapter deals with the theoretical basis of early intervention. The notion of early intervention is defined there; further to this, it gives an account of its origin and development, its distribution and legal conditions. The chapter is supplemented by an

analysis of early intervention in Pilsen Region and the Region of South Bohemia, on which this work is focused.

Further the present thesis discusses the issue of disability, which is closely related to early intervention. It deals with the definition of disability, the causes of its emergence, and it describes different types of disability. It also contains important information for families with children with disabilities. The concluding part of this chapter analyses the position of people with disabilities in the society.

The theoretical part of the thesis has been based upon the analysis of available specialist publications and Internet sources.

In the research part of the thesis are defined the objectives and methods of the research, the characteristics of respondents are presented and the case studies published. Analysis and comparison of the data gathered in interviews is an important part of the research. The chapter concludes with the evaluation and conclusions of the research.

The present thesis aims to evaluate the service and clients' satisfaction with early intervention service in the two selected regions. The research questions set for the research have been as follows: How long have you been using the EI, how did you learn about it? What did you expect from EI? How did the parents who found themselves in a difficult situation benefited from early intervention? What was the most beneficial thing about EI service for your family? Did the EI service fulfil your expectations, were the goals of the cooperation accomplished? What would be the consequences for the families, should EIC cease to exist? To evaluate the outputs, qualitative research strategy has been chosen. The research group has included 10 families (5 of Pilsen Region and 5 of the Region of South Bohemia). A semi-structured interview has been chosen as the method of the data eliciting. The data have been processed by a qualitative content analysis.

As the interviews with parents have shown, early intervention services proved very helpful to all of the families, although initially some of the parents did not know what they should expect. The main benefit everyone saw as the early intervention advisor attending them at home, showing them how to work and play with their child and how to develop its abilities. The parents also appreciated the opportunity to borrow tools and

toys that most of them either would be not able to afford to buy or they would not even think such things may be used effectively as toys or tools for their child. Everyone appreciated the psychological support they were provided with as well as the contacts on other specialists and experts; last but not least, they all enjoyed the opportunity to meet other parents. None of the respondents did note any problem nor gave any suggestion on how early intervention as presented to them should be altered or improved.

What was surprising, however, was the ways of how the parents learned about early intervention services. Some of them heard about this form of assistance from doctors in the hospital (in 4 cases), in one case in the spa. One of the mothers pointed out that she had to look up the contacts on the Internet, as the doctors were unable to give her any advice in that respect. Half of the interviewed parents received information from their friends, from TV or tried to look for help on their own. This shows that the clinical fields should be interlinked much better in order to provide the parents with information regarding their child's disability at the moment of setting the diagnosis and direct them to seek assistance with an EIC. It is obvious that a lot of people have no awareness of this service. Early intervention supports the whole family, makes the most of its internal potential and accepts the family in its uniqueness. Early Care Advisors strive to provide as much information to the families as possible so that they can become equal partners to the professionals and are able formulate their needs. Last but not least, they help parents cope with the enormous burden a child with special needs can mean for them.

The thesis will be used for the needs of Centres of Early Intervention to assess the provided services and identify those that were the most important to their clients, both former and current.

Key words:

- child cerebral palsy
- child with disabilities
- early intervention

- family
- services of the Early Intervention
- the Centre of Early Intervention
- disability (handicap)

Použité zkratky

ČCE – českobratrská církev evangelická

DMO – dětská mozková obrna

FN Plzeň – Fakultní nemocnice Plzeň

MŠ – mateřská škola

PMR – psychomotorická retardace

RP – raná péče

SPC – speciálně pedagogické centrum

SPRP – společnost pro ranou péči

ZŠ – základní škola

OBSAH

ÚVOD.....	12
1. SOUČASNÝ STAV.....	14
1.1 Vymezení pojmu raná péče	14
1.2 Vznik a vývoj rané péče	16
1.2.1 Cíle rané péče	17
1.3 Organizace rané péče	18
1.3.1 Zákonné podmínky rané péče.....	21
1.4 Raná péče v Plzeňském a Jihočeském kraji	22
1.4.1 Asociace pracovníků v rané péči (APRP)	26
1.5 Zdravotní postižení.....	26
1.5.1 Vymezení zdravotního postižení.....	26
1.5.2 Vznik zdravotního postižení.....	27
1.6 Druhy zdravotního postižení	28
1.6.1 Klasifikace podle jednotlivých druhů postižení	33
1.7 Rodina a dítě se zdravotním postižením	34
1.8 Společnost a lidé se zdravotním postižením	35
2. CÍLE A HYPOTÉZY	37
2.1 Cíl práce	37
2.2 Hypotézy	37
3. METODIKA	38
3.1 Metody a techniky sběru dat	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	38
3.3 Realizace výzkumu	39
4. VÝSLEDKY	40
4.1 Kazuistické studie a výsledky rozhovoru v rodinách v Plzeňském kraji	40
4.2 Kazuistické studie a výsledky rozhovoru v rodinách v Jihočeském kraji.....	50
4.3 Analýza rozhovorů a srovnání získaných dat	58
5. DISKUZE	65
6. ZÁVĚR	69
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	71
8. KLÍČOVÁ SLOVA	76
9. PŘÍLOHY	77
9.1 Příloha č.1.....	77

ÚVOD

Téma bakalářské práce Raná péče pro děti se zdravotním postižením, její význam a zhodnocení v Plzeňském a Jihočeském kraji, jsem si zvolila hlavně proto, že mám se spoluprací s ranou péčí osobní zkušenosti a sama jsem si vyzkoušela, jak užitečnou a důležitou práci poradkyně rané péče vykonávají.

Každý člověk by si přál mít jednou krásnou a spokojenou rodinu. Dovršením tohoto ideálu jsou bezesporu děti. Očekávání narození dítěte je obvykle pro celou rodinu velkou událostí. Všichni se těší s nastávajícími rodiči a málokdo si připouští nějaké problémy či komplikace, které by mohly nastat. O to větší šok nastane, když se rodiče ať už během těhotenství nebo po porodu dozví, že jejich toužebně očekávané dítě bude nebo je postižené. Radost, nadšení a plány najednou vystřídají obavy o život a zdraví dítěte, pocity bezmoci a strach z budoucnosti. V této chvíli potřebují rodiče i dítě včasnou odbornou, ale i lidskou pomoc. Pokud se jim této nedostává, jsou vystaveni velkému stresu, který může celou rodinu velmi poznamenat. Prvotní podporu mohou poskytnout různé organizace, které se zabývají ranou péčí pro rodiny s dětmi se zrakovým, sluchovým, mentálním, pohybovým a kombinovaným postižením. Mezi tyto organizace patří i střediska rané péče.

Předkládaný text se zabývá ranou péčí pro děti se zdravotním postižením, jejím významem a zhodnocením v Plzeňském a Jihočeském kraji. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část se zabývá teoretickými východisky rané péče. Je zde vymezen pojem raná péče, její vznik a vývoj a také popis organizace a zákonných podmínek. Kapitola je doplněna o rozbor rané péče v Plzeňském a Jihočeském kraji, na který je tato práce zaměřena.

Dále je rozebrána problematika zdravotního postižení, které úzce souvisí s ranou péčí. Uvádí se zde jeho vymezení i vznik a popisují se druhy zdravotního postižení. Neméně důležité jsou informace týkající se rodiny a dítěte se zdravotním postižením. Kapitulu uzavírá téma týkající se společnosti a lidí se zdravotním postižením.

Pro vypracování teoretické části práce byla použita analýza odborné literatury a internetových zdrojů, které se touto tematikou zabývají.

V praktické části jsou vymezeny cíle a metody výzkumného šetření, popisují se zde charakteristiky respondentů a předkládají kazuistické studie. Důležitou součástí je analýza rozhovorů a srovnání získaných dat. Na závěr jsou uvedeny vyhodnocení a závěry šetření.

Práce si klade za cíl zhodnotit služby a spokojenost klientů s ranou péčí ve vybraných oblastech, kterými jsou Plzeňský a Jihočeský kraj. Výzkumné otázky jsou: Co rodičům přinesla raná péče v náročné životní situaci? Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby raná péče přestala fungovat? Zvolená výzkumná strategie je kvalitativní. Výzkumný soubor bude tvořen 10 rodinami (5 z Plzeňského kraje a 5 z Jihočeského kraje). Metodou získávání dat je polostandardizovaný rozhovor. Práci doplňují kazuistiky dětí a jejich rodin. Metodou zpracování dat je kvalitativní obsahová analýza.

Text bude využíván pro potřeby středisek rané péče – zhodnocení poskytovaných služeb, které jsou pro současné nebo bývalé klienty nejdůležitější.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Vymezení pojmu raná péče

Pojem raná péče (můžeme se setkat i s termíny včasná péče nebo raná intervence) odpovídá překladům výrazů, které se používají v zahraničí (německy die Frühförderung a anglicky early intervention). Vznikl v roce 1993, kdy si pokročilá praxe týkající se rané péče v naší republice žádala své české pojmenování. Termín „raná“ vytvořila se svými spolupracovnicemi Terezie Hradilková, která je považována za průkopnici v oblasti rané péče. Tento termín byl vybrán proto, aby došlo ke zdůraznění stěžejního období ve vývoji dítěte – tedy od narození do 4 let. Přestože výraz intervence vystihuje podstatu služeb rané péče přesněji, působí odtazitě a expertně. Proto byl upřednostněn pojem „péče“. Je důležité si uvědomit, že v českých podmínkách slovo „péče“ v tomto označení představuje soustavu služeb, nejen péči poskytovanou konkrétní osobě ve smyslu zabezpečování jejich základních životních potřeb (1, s. 9-13).

První roky života jsou pro dítě velmi důležité. Právě do tří let věku jsou kompenzační možnosti mozku tak obrovské, že umožňují rozvíjet náhradní mechanismy i u dětí, jejichž vývoj v určité oblasti vykazuje vážný handicap. Možnosti dítěte se v určitých oblastech mohou uzavřít nebo výrazně snížit, pokud se toto vývojové období zanedbá. Člověk se totiž nejrychleji rozvíjí a přizpůsobuje změnám právě v raném dětství (2).

Výše zmíněná T. Hradilková formuluje **ranou péči** jako „*soustavu služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace*“ (3, s. 6).

Platnou definici rané péče vymezuje **zákon č. 206/2009 Sb.** následovně: „*Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je*

ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho potřeby“ (4).

Původní definici rané péče, dnes již neplatnou, uváděl **Zákon č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách v § 54 takto: „*Raná péče je terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho potřeby*“ (5).

Střediska pro ranou péči vymezují ranou péči jako: “*terénní sociální službu poskytovanou rodinám, ve kterých se narodilo a vyrůstá dítě se zdravotním postižením. Tato služba se zaměřuje na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte a současně bere ohled na požadavky každého jednotlivce. Služba je terénní zejména kvůli tomu, aby lidé, kteří ji využívají, byli v prostředí, které je jim blízké a ve kterém se cítí jistě. Právě v tomto prostředí jsou totiž děti nejlépe schopny využívat všechny své možnosti, schopnosti a nadání*“ (6).

Podle Matouška O. je **raná péče** „*soubor propojených sociálních, zdravotnických a sociálních služeb. Poskytuje se předškolním dětem, které jsou smyslově, fyzicky nebo mentálně postižené nebo je z jiného důvodu vážně ohrožen jejich vývoj. Péče zahrnuje i rodiny těchto dětí*“ (7, s. 168).

M. Vítková, další česká autorka zabývající se touto problematikou, popisuje **ranou péči** následovně: „*Ranou podporou dítěte se rozumí všechna opatření (intervence, aktivity, speciální edukace) odborně použitá, která slouží ke zlepšení organických funkcí, vybudování přiměřených způsobů chování a k vývoji osobnosti*“ (8, s. 98).

Důležitost včasné diagnostiky, která je pak předpokladem odpovídající lékařské péče a speciální intervence v raném věku dítěte vyzdvihuje D. Přinosilová (9, s. 154).

Informace ze zahraničí potvrzují, že prvních 5 let života dítěte je velmi důležitých. Vše, co během těchto let dítě dělá a prožívá, tvoří základ pro jeho další vývoj. Hlavním prvkem včasné intervence nejsou odborníci, ale rodiče dítěte. Zapojení rodiny je totiž důležitým prvkem vedoucím k úspěchu. Pokud rodiče pracují s dítětem i doma, pomáhají mu tak zlepšit jeho schopnosti a možnosti. Raná péče může rozvíjet dítě z hlediska tělesného, kognitivního, sociálního, emocionálního vývoje a rozvoje řeči

a sebeobsluhy. Díky včasné podpoře může dítě ve svém vývoji mnohdy „dohnat“ vrstevníky (10).

1.2 Vznik a vývoj rané péče

Ve většině evropských zemí byla zakládána specializovaná zařízení, která mohla postiženým dětem poskytnout speciální péči. Předpokládalo se, že se tím vyřeší rodičovská starost. Stále častěji se však začali ozývat rodiče, kteří se nechtěli vzdát výchovy svých dětí kvůli jejich handicapu. Sítila různá rodičovská hnutí a vyžadovala jinou formu pomoci, zejména v 70. a 80. letech minulého století. Rodiče chtěli podporu, která by jim dopomohla k tomu, aby mohli a uměli vychovávat své dítě doma, bez ohledu na jeho zdravotní postižení. Významnou roli sehráli zvláště rodiče dětí se zrakovým postižením. Také odborníci si na základě různých výzkumů uvědomovali důležitost rodinného prostředí pro vývoj dítěte. Touto problematikou se díky tomu začaly zabývat příslušné úřady a vládní instituce. Postupně docházelo k uznání nároku rodin na odpovídající služby a vytvářely se zákonné normy, konkrétní formy pomoci a financování těchto služeb (11).

Co se týká České republiky, zde vývoj rané péče vedl jiným směrem než v zemích západní Evropy, a to zejména kvůli odlišnému společenskému i politickému klimatu před rokem 1989. Běžnou praxí bylo, že na potřeby rodin dětí s handicapem nebyl brán zřetel a děti byly většinou umístěny do ústavů sociální péče. Přestože odborný potenciál byl srovnatelný s tím zahraničním, ostatní podmínky byly nesrovnatelné. Jakékoliv iniciativy vedoucí k prosazení potřeb občanů nebyly přijímány dobře. Aktivity zaměřené na změny v oblasti péče o děti s postižením vycházely především od speciálních pedagogů, kteří se problematikou zabývali. Poradenství pro rodiče se vzhledem ke zkušenostem z praxe rozšiřovalo a vyvíjela se komplexní služba nejen pro děti s postižením, ale i pro potřeby ostatních členů rodiny (11).

Nejstaršími pracovišti rané péče v naší zemi jsou střediska v Praze (původní název Poradna pro rodiče předškolních zrakově postižených dětí, posléze Středisko rané péče Praha SPRP, nyní Raná péče EDA, o. p. s.) a Brně (původně Tyflopedická poradna, nyní

Středisko rané péče Brno SPRP). Jejich působení je více než dvacetileté, ale jejich historie sahá před rok 1989. Někteří z jejich pracovníků byli již kolem roku 1984 aktéry prvních dobrovolnických aktivit pro rodiny dětí se zrakovým postižením (12).

Vyskočil T. (13) popisuje ve své prezentaci vývoj rané péče v České republice následovně:

- 1986 -1989 - poradenství formou dobrovolnické aktivity, rozšiřování vlivu českých odborníků a vlivu ze zahraničí
- 1990 vznik SRP Praha, Brno
- 1992 Středisko rané péče Diakonie ČCE Praha – pro celou ČR
- 1993 - 1994 vznik SRP Olomouc, Liberec, České Budějovice, Ostrava, Metodické centrum
- 1997 Společnost pro ranou péči – pro celou ČR
- 1998 Středisko rané péče TAMTAM – pro celou ČR
- 2002 vznik SRP Plzeň
- Vznik dalších středisek rané péče, které nejsou navázány na Společnost pro ranou péči.

1.2.1 Cíle rané péče

Společnost pro ranou péči vymezuje následující cíle:

- rodiče (pečující osoby) dětí se zdravotním postižením v raném věku dítěte získávají podporu a služby rané péče výhradně v domácím prostředí
- rodiče (pečující osoby) dětí se zdravotním postižením mají včas po zjištění postižení informace, podporu a komplexní služby rané péče
- rodiče (pečující osoby) se cítí být kompetentní ve výchově a podpoře vývoje dítěte se zdravotním postižením
- veřejnost, odborníci, komunity jsou si vědomi, že děti se zdravotním postižením mají právo vyrůstat v rodině a rodina pro to potřebuje podporu společnosti (14).

Vítková, M. (15, s. 130) uvádí jako cíl rané péče dostupnost pro všechny děti, které ji potřebují a její plošné pokrytí celé republiky, aby byla tzv. „bezděrová“.

Střediska pro ranou péči (Liberec, Plzeň, EDA Praha) považují za cíl splnění následujících bodů:

- *„Veřejnost i odborníci vědí o službách rané péče.*
- *Rodina je o službách včas informována.*
- *Rodina získá veškeré dostupné informace:*
 - *o metodách, pomůckách a postupech práce s dítětem, které má postižení nebo jehož vývoj je ohrožen;*
 - *o svých právech a nárocích (dávky a výhody sociálního zabezpečení, získávání rehabilitačních a zdravotních pomůcek);*
 - *o dalších službách a zařízeních (respirační péče, předškolní zařízení, speciálně pedagogická centra atd.);*
 - *o kontaktech na odborníky.*
- *Rodiče umí používat vhodné metody podpory svého dítěte.*
- *Dítě dosáhne maximálního možného rozvoje svých schopností a dovedností.*
- *Rodina se cítí jistá v samostatném rozhodování o možnostech a budoucnosti své a svého dítěte a způsobech péče o ně“ (16).*

Cílem rané péče je dle již výše zmíněné Hradilkové, T. (1, s. 9) *„předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace“.*

1.3 Organizace rané péče

Základní charakteristiky rané péče

- **„komplexnost“:** zaměření na celou rodinu dítěte s postižením
- **„terénní forma“:** základem jsou konzultační návštěvy odborníka - poradce rané péče v domácnosti klienta
- **„kontinuum“:** služby jsou poskytovány jednomu klientovi (rodině) dlouhodobě, většinou několik let; součástí je také poskytování informací o návazných službách, případně dalších možných formách pomoci
- **„vysoká odbornost“,** srozumitelná pravidla, standardy

- „*tradice*“: služby rané péče pro rodiny dětí se zrakovým a kombinovaným postižením jsou u nás poskytovány již od roku 1990
- „*spolupráce*“: poskytování informací a služeb, stejně jako depistáž, probíhá ve spolupráci s dalšími odborníky (lékaři, sociálními pracovníky...) (17)

Klienti rané péče

Hradilková, T. (1, s. 12) uvádí, že mezi klienty rané péče můžeme zařadit:

- „*dítě se zdravotním postižením*“ ve věku od narození do čtyř let, případně do nástupu do předškolního zařízení, a jeho rodiče;
- „*dítě s kombinovaným postižením*“ ve věku od narození do 6 let, případně do nástupu do školního zařízení, a jeho rodiče;
- „*rizikové dítě*“, jehož vývoj je ohrožen, od narození do dvou let; a jeho rodiče;

Další definici klientů služeb rané péče obsahují Standardy kvality sociálních služeb (Asociace pracovníků v rané péči). Podle ní je klientem rané péče dítě a jeho rodiče, jestliže:

- *je u dítěte zjištěno zdravotní postižení* (smyslové, tělesné, mentální nebo kombinované);
- *je zdravý vývoj dítěte ohrožen v důsledku sociálního prostředí* (pokud dítěti a jeho rodičům nebude poskytnut komplex služeb rané intervence, hrozí jeho odebrání z rodiny do ústavní péče) (18).

Výše zmíněné Standardy také uvádí, že služby rané péče jsou rodině poskytovány od zjištění rizika či postižení, případně ohrožení dítěte v průběhu prenatálního období, až do doby, kdy pomínou důvody pro jejich poskytování, maximálně však do nástupu dítěte do předškolního či školního zařízení. Obvykle tedy:

- *do dosažení věku čtyř let* (u dítěte s ohrožením vývoje či zdravotním postižením)
 - *do dosažení věku sedmi let* (u dítěte s kombinovaným zdravotním postižením)
- (18)

„*Klienty rané péče tedy jsou rodiče či jiné pečující osoby a dítě, které je ohroženo ve svém vývoji.*“ (1, s. 12)

Tým odborníků

Dle T. Hradilkové (19, s. 73) jsou to kromě rodičů v jednotlivých fázích tyto odborníci:

- a) *fáze diagnostiky* – lékaři (neonatolog, pediatr, neurolog či jiný specialista) a další zdravotničtí pracovníci;
- b) *fáze doporučení klienta pro ranou péči* – sociální pracovník, lékaři;
- c) *fáze týmového posouzení* – speciální pedagog, psycholog, fyzioterapeut;
- d) *fáze domlouvání míry a charakteru pomoci a služeb* – sociální pracovník, speciální pedagog – poradce rané péče, další odborníci, kteří poskytují služby či péči (lékaři, sociální pracovník, stacionář, případně další);
- e) *fáze poskytování služeb rané péče* – speciální pedagog, fyzioterapeut, ergoterapeut, muzikoterapeut, pediatr, lékař specialista, psycholog, sociální pracovník;
- f) *fáze ukončení rané péče* (většinou je charakterizována přechodem do vzdělávacího zařízení) – pracovník rané péče, pracovník vzdělávací instituce, případně další.

Průběh služby rané péče

Poskytovatelé rané péče dělají vše pro to, aby se informace o různých formách pomoci dostaly k rodinám co nejdříve, nejlépe hned potom, co se rodiče dozví, že jejich dítěti byly diagnostikovány takové zdravotní problémy, které mohou ohrozit jeho vývoj. Pořádají informační kampaně, oslovují odborné lékaře, pediatry i sociální pracovníky v dané oblasti. Rodiče mohou projevit zájem o službu: telefonicky, písemně, e-mailem nebo osobně přímo návštěvou pracoviště. Následně získají komplexní informace o nabídce příslušného pracoviště. Předpokladem pro zahájení služby je vyjasnění si představy a potřeby rodiny v souladu s nabídkou služeb. Klienti jsou seznámeni s pravidly, kterými se řídí poskytování služby. Podstatou rané péče jsou konzultační návštěvy odborníka (poradce rané péče) v rodině klienta. Náplň konzultací vyplývá z určeného plánu služby a aktuálních potřeb rodiny v souvislosti s péčí o dítě a jeho výchovou. Mezi doplňkové služby (dle daného pracoviště) patří např. pořádání setkání rodičů. Raná péče může být ukončena kdykoliv dříve, buď jakmile jsou splněny vyjednané cíle služby nebo jakmile rodina získá dojem, že již službu nepotřebuje.

Pokud mají rodiče zájem, může poradce poskytnout podporu při vyhledávání následné péče (20).

1.3.1 Zákonné podmínky rané péče

Z pohledu legislativy lze zjistit, že zákon mluví o rané péči teprve v roce 2005 a to ve formě vyhlášky č. 72 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, kdy součástí standardních činností společných speciálně pedagogických center se stává „*včasná intervence*“. Zde ani v žádném jiném legislativním opatření však bohužel nenajdeme další informace (21).

O rané péči se hovoří až v roce 2006, v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s platností od 1. ledna 2007. Tímto zákonem byla raná péče zařazena mezi sociální služby. Ani zde však není příliš informací, zmínku najdeme pouze v § 54, kde je vymezena definice a pojmenování základních činností rané péče. Definice je zmíněna v podkapitole 1.1 této práce (4).

Výše zmíněné základní činnosti jsou dále rozvinuty ve vyhlášce č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, kde § 19 říká, že základní činnosti, které jsou poskytovány v rámci rané péče se zajišťují v rozsahu následujících úkonů:

„a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

- *zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte s postižením nebo znevýhodněním;*
- *specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám;*
- *podpora a posilování rodičovských kompetencí;*
- *upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny;*
- *vzdělávání rodičů, například formou individuálního a skupinového poskytování informací a zdrojů informací, seminářů, půjčování literatury;*
- *nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte;*

- *instrukce při nácviu a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, senzorické, motorické a sociální;*
- b) ***zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:***
 - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob;*
 - *podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů;*
- c) ***sociálně terapeutické činnosti:***
 - *psychosociální podpora formou naslouchání;*
 - *podpora výměny zkušeností;*
 - *pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny;*
- d) ***pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:***
 - *pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů;*
 - *doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte“*
(22).

1.4 Raná péče v Plzeňském a Jihočeském kraji

Dostupnost rané péče se na území České republiky liší podle konkrétní cílové skupiny. Ta je určena podle typu postižení dítěte. Raná péče je poskytována různými subjekty – ve většině případů to jsou nestátní neziskové organizace, které zřídila buď občanská sdružení, nebo církevní organizace. Každý poskytovatel má přesně vymezenou cílovou skupinu, se kterou umí a bude pracovat, a území, kam je schopen v rámci poskytování služby dojíždět (17).

Raná péče v Plzeňském kraji

Ranou péčí zde poskytuje **Středisko pro ranou péči Plzeň o.p.s.**, které má působnost nejen v **Plzeňském**, ale i **Karlovarském** kraji. Cílovou skupinou jsou rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením od narození do 7 let. Kapacita je 55 rodin (23).

„Poskytujeme odborné služby, podporu a pomoc rodinám, ve kterých vyrůstá dítě se zrakovým či jiným postižením nebo ohrožením vývoje v raném věku. Stavíme na vlastních silách a schopnostech každého člena rodiny. Snažíme se umožnit rodičům nebo zákonným zástupcům vychovávat dítě v jeho přirozeném prostředí a podpořit vývoj dítěte tak, aby dokázalo plně využít všechny své možnosti, schopnosti a nadání“ (24).

Cíle Střediska pro ranou péči Plzeň o.p.s. jsou následující:

- Veřejnost i odborníci vědí o službách rané péče.
- Rodina je o službách včas informována.
- Rodina získá veškeré dostupné informace:
 - metodách, pomůckách a postupech práce s dítětem, které má postižení nebo jehož vývoj je ohrožen;
 - svých právech a nárocích (dávky a výhody sociálního zabezpečení, získávání rehabilitačních a zdravotních pomůcek);
 - dalších službách a zařízeních (respitní péče, předškolní zařízení, speciálně pedagogická centra atd.);
 - kontaktech na odborníky.
- Rodiče umí používat vhodné metody podpory svého dítěte.
- Dítě dosáhne maximálního možného rozvoje svých schopností a dovedností.
- Rodina se cítí jistá v samostatném rozhodování o možnostech a budoucnosti své a svého dítěte a způsobech péče o ně (23).

Poskytované služby

Středisko se řídí následujícími zásadami: partnerství, respektu, diskrétnosti, komplexnosti a nestrannosti.

Terénní služby – konzultace v rodině (tvoří min. 80% všech služeb), návštěva poradce rané péče v domácím prostředí (1x za 1-3měsíce – stimulace dítěte, poradenství a konzultace pro rodiče)

Ambulantní konzultace - konzultace s fyzioterapeutkou, instruktorkou stimulace zraku či dalšími odborníky ve Středisku – instruktáž rodičů, stimulace dítěte a také komplexní posouzení vývoje dítěte a potřeb rodiny

Doprovod - společná konzultace s rodiči u lékaře, na úradě, doprovod do instituce...

Akce společné pro více rodin - semináře pro rodiče, setkávání rodičů s dětmi, podpora svépomocných aktivit

Půjčování hraček, pomůcek, literatury, instruktážních videí, audiokazet, CD...

Zasílání informačních materiálů a pozvánek na akce

Telefonické poradenství rodičům a konzultační činnost, telefonická krizová intervence

Zprostředkování kontaktu na návazné služby: pomoc při vyhledávání předškolního vzdělávacího zařízení pro dítě (SPC, MŠ, stacionář...)

Instruktáž pracovníků zařízení, kam dítě nastupuje nebo dochází (25).

Raná péče v Jihočeském kraji

Ranou péči v Jihočeském kraji zajišťuje **Středisko rané péče SPRP České Budějovice**, které je organizační jednotkou **o. s. Společnost pro ranou péči**. Tato organizace má celorepublikovou působnost. Poskytuje terénní služby rané péče, podporu a pomoc rodinám, ve kterých vyrůstá dítě se zrakovým a/či jiným postižením v raném věku. Mimo jiné realizuje program Provázení, který podporuje schopnosti, síly a cíle každého člena rodiny. Snaží se o to, aby jejich služby vedly k posílení kompetencí, zodpovědnosti a nezávislosti rodičů (zákonných zástupců) při výchově dětí. Chtějí umožnit rodině vychovávat dítě v jeho přirozeném prostředí a žít běžný život (26).

Mezi jejich **hlavní cíle** patří:

- snížení negativního vlivu postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a na jeho vývoj
- zvýšení vývojové úrovně dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy
- posílení kompetence rodiny a snížení její závislosti na sociálních systémech
- vytvoření podmínek sociální integrace pro dítě, rodinu i společnost (26)

Cílovou skupinou jsou **rodiny dětí s postižením zraku** a **rodiny dětí se zrakovým a kombinovaným postižením od narození nejvýše do 7 let**.

Do působnosti Střediska rané péče SPRP České Budějovice spadá **Jihočeský kraj** a kraj **Vysočina** (okres Pelhřimov, Havlíčkův Brod)

Středisko rané péče SPRP České Budějovice poskytuje bezplatné služby i služby za úhradu (26).

Bezplatné služby:

- konzultace v domácím prostředí klientů (tvoří 75% ze všech nabízených služeb)
 - speciálně vyškolení odborníci navštěvují klientské rodiny v jejich přirozeném prostředí, podporují vývoj dítěte, poskytují podporu a odborné konzultace rodičům a provázejí je při výchově dětí v jejich přirozeném prostředí
- ambulantní konzultace ve Středisku – funkční vyšetření zraku
- půjčování vhodných hraček, speciálních pomůcek, literatury, videa a CD
- telefonické poradenství, zasílání materiálů
- doprovod klientů k odbornému vyšetření, jednání
- semináře, přednášky – informace o rané péči pro odbornou i laickou veřejnost
- zprostředkování kontaktů s dalšími odborníky (26)

Služby za úhradu:

- týdenní kurz pro klientské rodiny
- funkční vyšetření zraku pro klienty – vyžádané vyšetření klienty nad standard či kapacitu Střediska
- publikace vydávané Společností pro ranou péči (26)

V současnosti je situace taková, že byl od 1. února 2013 vyhlášen stop stav v přijímání nových klientů, z důvodu závažné finanční situace, kvůli které byla snížena kapacita pracoviště.

Poradkyně rané péče XY poskytla následující informace týkající se toho, jak bude středisko postupovat při stop stavu. „*U zájemců o službu se provede první konzultace v rodině. Po podepsání žádosti o službu bude zahájeno vstupní jednání se zájemcem, při kterém rodiče obdrží základní sociální poradenství, zprávu ze vstupního jednání a zprávu z posouzení zrakového vnímání. Dohoda o poskytování služby nebude v tento okamžik sjednána. Tímto se rodina stává čekatelem, než dojde k uvolnění místa, bude evidována v seznamu čekatelů. Rodiny budou zařazeny do péče dle pořadí prvních*

kontaktů. Pokud bude rodina nezbytně potřebovat konzultaci, je tato možná ambulantní formou ve středisku rané péče.“

1.4.1 Asociace pracovníků v rané péči (APRP)

„APRP je celostátní profesní organizace. Jejím posláním je prosazovat obor rané péče jako terénní sociální služby. Sdružuje odborníky a pracovníky z oboru, jejichž zaměstnavatelské organizace prokázaly, že poskytují služby svým klientům v souladu s uznávanou úrovní služeb rané péče, která je popsána v druhových standardech rané péče.

Má vypracovaný systém zjišťování kvality služby. Pracovištím, která naplňují kritéria druhových standardů rané péče, uděluje osvědčení o kvalitě - tzv. garanci“ (27).

Cíle

- Sledování, podpora a zvyšování kvality služeb rané péče.
- Prezentace a prosazování oboru rané péče a služby pro laickou i odbornou veřejnost a potencionální klienty.
- Ochrana a hájení zájmů jednotlivých pracovníků rané péče.
- Zvyšování prestiže profese poradce rané péče a zajišťování vzdělávání pracovníků

Činnosti

- Poskytování vzájemné odborné podpory (supervize) a dalšího vzdělávání.
- Poskytování odborné garance kvality služeb rané péče na základě šetření na pracovišti.
- Odborná a publikační činnost, šíření informací mezi odbornou a laickou veřejnost, mezinárodní spolupráce (27).

1.5 Zdravotní postižení

1.5.1 Vymezení zdravotního postižení

V životě se setkáváme s velkým množstvím dětí, které mohou být zdravé, nemocné nebo s různým stupněm postižení. Pojem postižení se průběžně vyvíjel a měnil, ale i dnes můžeme v tomto termínu nacházet určitou nejednotnost. Pro názornost je uvedeno několik definic a pojetí.

Vágnerová, M. (28, s. 161) vymezuje zdravotní postižení jako „ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému“. Následkem toho dochází k narušení, omezení či úplnému chybění některých kompetencí.

„Dříve se postižení vnímalo spíše jako kategorie, byl diagnostikován defekt, a podle druhu a stupně postižení následovalo opatření“ (29, s. 36).

Výše zmíněný Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách uvádí: „Zdravotním postižením se myslí tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, v jejichž důsledku jsou nebo mohou být osoby závislé na pomoci druhých“ (4).

Pedagogický slovník popisuje, že postižený „je jedinec postižený nějakým druhem trvalého tělesného, duševního, smyslového nebo řečového poškození, které mu bez speciální pomoci více-méně znemožňuje splňovat požadavky běžného vzdělávacího procesu a proudu“ (30, s. 171).

Zjednodušeně lze říci, že **postižení je trvalý, závažný stav, vyskytující se v každé populaci, kdy se jedná o snížení funkční schopnosti zapříčiněné získanou nebo vrozenou vadou, která jedince omezuje v každodenním životě.**

1.5.2 Vznik zdravotního postižení

Příčiny vzniku jakéhokoli postižení, ať už smyslového, mentálního či pohybového, mohou být různé. Určitý podíl představují poruchy genetických dispozic, tzn. dědičnost a vlivy působící v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Může vzniknout také v důsledku onemocnění či úrazu. Obecně tedy rozlišujeme kategorii vrozených a později získaných postižení.

- **Vrozené postižení** (resp. v raném věku získané) – ve větší míře ovlivňuje vývoj dítěte, které nemůže získat určité zkušenosti; na druhé straně je jedinec na svůj handicap adaptován a není pro něj tak subjektivně traumatizující (přestože si postupně uvědomuje, že ostatní lidé mají další možnosti, které on nemá a chtěl by mít, ale neumí si představit získané výhody).
- **Později získané postižení** – větší psychické trauma, člověk srovnává a uvědomuje si, co ztratil, svůj stav považuje za téměř nepřijatelný; z objektivního hlediska má výhodu zachování dřívějších zkušeností (28, s. 162).

Vrozená postižení existují tedy od narození dítěte nebo od časného dětství, nemusí být ale vždy na dítěti hned po narození patrná. Je to z toho důvodu, že „*funkce, jejichž poškození se má projevit, se u dítěte rozvíjejí postupně*“. Např. specifické poruchy učení se většinou objeví až po nástupu povinné školní docházky (31, s. 172).

Zahraniční zdroj uvádí, že víc než miliarda lidí žije s nějakým druhem postižení. To je asi 15% celkové světové populace. 2,2% - 3,8% osob starších 15 let má obtíže s fungováním v běžném životě. Podíl na zvyšování míry postižení má stárnutí populace (proces stárnutí začíná u některých skupin osob se zdravotním postižením dříve) a nárůst počtu chronických chorob. Lidé s postižením se mnohdy setkávají na cestě ke zdravotní péči s překážkami, jako jsou např. příliš vysoké náklady, omezená dostupnost služeb, fyzické překážky (přístup do budov, parkování atd.) a nedostatečné znalosti a dovednosti zdravotních pracovníků (32).

1.6 Druhy zdravotního postižení

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (§ 16) považuje za žáky se zdravotním postižením žáky s „*mentálním, tělesným, zrakovým a sluchovým postižením, s vadami řeči, se souběžným postižením více vadami, autismem a vývojovými poruchami učení nebo chování*“. Definuje sice žáky se zdravotním postižením, ale vymezení skupin postižení se dá vztáhnout i na děti s postižením obecně (33).

Mentální postižení

„*Termíny jedinec s mentální retardací a jedinec s mentálním postižením se v současné české psychopedii používají jako synonyma. Samotný syndrom je pak nazýván mentální retardace*“ (34, s. 75).

Autorka dále uvádí, že lehkou mentální retardací má asi 80-85% jedinců, kteří jsou většinou schopni účelně si osvojit řeč a dosáhnout plné samostatnosti v oblasti sebeobsluhy a vedení domácnosti (34, s. 37).

Vágnerová, M. (28, s. 289) definuje mentální retardaci jako „*neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován.*“

Další definicí, přibližující termín mentální retardace širší veřejnosti, je definice následující: „*Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální i postnatální etiologií.*“ Autor dále uvádí, že mentální postižení je širší pojem než mentální retardace. Mentální postižení tedy můžeme chápat jako zastřešující pojem označující všechny osoby s inteligenčním kvocientem pod 85 (35, s. 12).

Tělesné postižení

Jankovský, J. (29, s. 32) uvádí, že, „*tělesným (somatickým) postižením rozumíme v obecné rovině takové postižení, které se projevuje buďto dočasnými anebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka (dítěte)...*“

V souvislosti se získaným tělesným postižením D. Opatřilová a D. Zámečnicková (36, s. 11) uvádějí, že „*významným faktorem, který ovlivňuje kvalitu života tělesně postiženého je rozsah a stupeň pohybového omezení, kdy rozhodujícím faktorem se stává úroveň soběstačnosti. Tato je dána schopností lokomoce a samostatné sebeobsluhy.*“

Jedinec s tělesným postižením je dle Pedagogického slovníku: „*osoba postižená defekty pohybového a nosného ústrojí (kostí, kloubů, svalů aj.) nebo poruchou nebo poškozením nervového ústrojí, jestliže se projevuje porušenou hybností*“ (30, s. 247). Omezení motorického projevu má nepříznivý vliv na tělesný, smyslový i rozumový vývoj člověka, zejména v dětském věku.

Tělesným postižením tedy rozumíme takové vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností, ať tato poškození vznikají na základě dědičnosti, nemoci nebo úrazem. Jako příčiny přicházejí v úvahu vnitřní faktory a vnější vlivy. Omezení (snížení) motorického výkonu vzhledem k tělesnému postižení však může působit, a často také působí na vývoj celé osobnosti. Podle

postižené části těla rozlišujeme skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace.

Všechny pohybové vady mohou být různého stupně (15, s. 39-40).

Zrakové postižení

„Zrakově postižení lidé tvoří heterogenní skupinu, porucha jejich zrakových funkcí může být různě závažná, kvalitativně odlišná, může vzniknout v různém období a je spojená s rozdílným rizikem vzniku kombinovaného postižení“ (28, s. 195).

Nejčastěji uváděným kritériem pro diferenciaci osob se zrakovým postižením je **stupeň zrakové ostrosti**, na jehož základě lze hovořit o dělení na **osoby slabozraké, osoby se zbytky zraku a osoby nevidomé**. Je velmi důležité přihlížet k době vzniku a příčině vzniku poruchy nebo skupiny vad. Podle doby vzniku dělíme zrakové vady na **vrozené a získané**. Z hlediska příčiny vzniku jsou děleny na **orgánové a funkční** (37, s. 35-36).

Dle Vágnerové (28, s. 198-199) dítě se zrakovým postižením je omezeno nebo úplně neschopno snadno a přesně vnímat vizuální informace, což má velký vliv na rozvoj poznávacích procesů. Rozlišujeme tři stupně závažnosti zrakového postižení: slabozrakost, praktická nevidomost (zbytky zraku) a nevidomost (může být zachován světlocit).

Zrakové postižení zasahuje stejně jako jiná postižení celou osobnost jedince a jeho psychický vývoj. Důsledky zrakového postižení mohou vyústit v „senzoricou deprivaci“ (38, s. 230).

Sluchové postižení

Horáková (39, s. 10) uvádí, že „*označení sluchové postižení se týká velmi heterogenní skupiny osob, která je diferencovaná především podle stupně a typu sluchového postižení*“. Tento pojem vymezuje základní skupiny osob a to „*neslyšící, nedoslýchavé, ohluchlé*“. Každá z těchto skupin představuje různou kvalitu. Její konkrétní strukturu vymezují další faktory: „*nejčastěji kvalita a kvantita sluchového postižení, věk, kdy*

k postižení došlo, mentální dispozice jedince, péče, která mu byla věnována a další přidružené postižení. “

„Sluchové vady v podobě nedoslýchavosti postihují 2-3% dětí a těžší postižení způsobuje opožděný a nedokonalý vývoj řeči; při hluchotě, která se objevuje u 1%dětí, se řeč nevyvine vůbec a vzniká hluchoněmota“ (40, s. 141).

Odborná literatura klasifikuje sluchové poruchy nejčastěji *„podle velikosti sluchové ztráty, podle místa vzniku vady a podle doby, kdy k sluchové vadě došlo“ (41, s. 11).*

Vady řeči

V současné době se již ve většině publikací používá termín narušená komunikační schopnost.

Klenková uvádí stále používanou definici narušené komunikační schopnosti dle Lechty: *„Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfológickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“ (42, s. 108).*

Určité projevy, které jsou u dítěte fyziologické nelze považovat za narušenou komunikační schopnost. Např. v období 3. - 4. roku se může vyskytnout fyziologická neplynulost (dysfluence). Zde se pro jistotu doporučuje konzultace s odborníkem. Jisté nedostatky v gramatické složce řeči, tzv. fyziologický dysgramatismus, který se vyskytuje asi do 4 let života dítěte, také nelze pokládat za narušenou komunikační schopnost. Za tu nelze považovat ani nesprávnou výslovnost, vynechávání nebo záměnu hlásek při výslovnosti v období, kdy se jedná o jev fyziologický – fyziologická dyslalie (43, s. 53).

Problémy, které děti s narušenou komunikační schopností mají, jsou různé a odvíjí se od jejího typu. Jeden však mají společný. Mohou působit jako jedinci s mentálním postižením, ať už pro obtíže ve vyjadřování nebo porozumění řeči (28, s. 245).

Souběžné postižení více vadami

V případě kombinovaného postižení je *současně narušeno několik funkcí (systémů). Jedná se o komplikovanou situaci, jejíž řešení je závislé jednak na vlastní kombinaci postižení u daného jedince (dítěte) a dále na tom, které z těchto postižení dítě nejvíce znevýhodňuje*. Na těchto faktorech závisí léčba, sociální péče a edukace (29, s. 54-55).

Ludíková (44, s. 8-9) uvádí, že *„kategorie osob s kombinovanými vadami představují ze všech úhlů pohledu nejsložitější skupinu, která ale je současně stále ještě nejméně propracovanou oblastí speciálně-pedagogické teorie i praxe*“. Dále zmiňuje, že mezi nejčastěji používané termíny u nás patří *„vícenásobné postižení, kombinované postižení a kombinované vady*“ (jsou používány jako synonyma).

„Hluchoslepotu je jedinečné postižení, vzniklé kombinací zrakové a sluchové vady, které způsobuje potíže v přístupu k informacím, komunikaci a mobilitě“ (45, s. 149).

Rodiče dětí se současným postižením zraku a sluchu mohou využít služby středisek rané péče pro zrakově postižené nebo středisek rané péče pro sluchově postižené. Možné jsou konzultace s pracovníky speciálně pedagogického centra (dále SPC) při Mateřské škole speciální v Berouně nebo SPC při Základní škole a mateřské škole pro sluchově postižené v Olomouci. V těchto dvou školských zařízeních je primárně zajišťována výchovně – vzdělávací péče pro žáky s hluchoslepotou (39, s. 142-143).

Autismus

Autismus je pervazivní (všepromikající) vývojová porucha, v současnosti se používá i termín poruchy autistického spektra (PAS). Projevy jsou velmi rozmanité, nelze najít 2 jedince s autismem, kteří by měli stejné projevy. Postižení se však projeví ve třech oblastech (triáda) – komunikace, sociální chování (interakce) a představivost (imaginace) (46, s. 130).

Autismus je pro veřejnost poněkud záhadným postižením, které je spojeno se zvláštním chováním a extrémní uzavřeností. Až v 80% případů jsou poruchy autistického spektra spojovány s mentální retardací. Zvláštní poruchou je však Aspergerův syndrom, který má typicky autistické projevy, ale bez celkového opoždění vývoje a bez mentální retardace. Příčiny autismu nejsou dostatečně prozkoumány, ale

jedná se pravděpodobně o neurologicky podmíněné poruchy, které souvisí s odchylkami v činnosti určitých částí mozku. Potvrzeny jsou i genetické vlivy a tzv. multifaktoriální etiologie (47, s. 117-119).

První příznaky autismu se projevují již v raném dětství. Tato porucha bývá nejčastěji diagnostikována do 3let věku. Autistické dítě se vyvíjí od začátku odlišně. Velmi důležité je včasné odhalení poruchy a komplexní terapie (28, s. 327).

Vývojové poruchy učení a chování

Od výrazu vývojové se v nejnovější literatuře ustupuje a užívá se spíše označení **specifické poruchy učení nebo chování**. Termín specifické poruchy učení je nadřazen pojmům, které vyjadřují poruchu v určité oblasti: dyslexie (čtení), dysgrafie (psaní), dysortografie (pravopis), dyskalkulie (počítání), dysmuzie (hudebnost), dispinxie (kreslení), dyspraxie (schopnost vykonávat složité úkony). Dyslektické obtíže se projevují zejména s nástupem do základní školy (48, s. 153-155).

„Specifické vývojové poruchy učení. Heterogenní skupina poruch, které se projevují obtížemi při nabývání a užívání dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení (dyslexie), psaní (dysgrafie, dysortografie), matematické usuzování nebo počítání (dyskalkulie), dále poruchy soustředění aj. Některé typy poruch vznikají na podkladě lehké mozkové dysfunkce“ (30, s. 224).

Podle typu postižení vyžadují jednotlivé kategorie dětí i dospělých speciální formy vzdělávání a výchovy a pomoci při začleňování do společnosti. Z tohoto hlediska se speciální pedagogika dělí na 6 oborů, které jsou uvedeny níže.

1.6.1 Klasifikace podle jednotlivých druhů postižení

- **„Psychopedie** – (speciální) pedagogika osob s mentálním postižením;
- **Somatopedie** – (speciální) pedagogika osob s tělesným postižením, s chronickým a dlouhodobým onemocněním;
- **Logopedie** – (speciální) pedagogika osob s narušenou komunikační schopností;
- **Surdopedie** – (speciální) pedagogika osob se sluchovým postižením;
- **Oftalmopedie** – (speciální) pedagogika osob se zrakovým postižením;

- *Etopedie – (speciální) pedagogika osob s poruchami chování;*
- *Edukace jedinců s více vadami (kombinovaným postižením);*
- *Specifické poruchy učení nebo chování“ (49, s. 97);*

1.7 Rodina a dítě se zdravotním postižením

Na rodinu s postiženým dítětem je nutné nahlížet v několika rovinách. Nejprve je potřeba rozebrat životní situaci rodiny s postiženým dítětem. Důležité je jak rodina narození dítěte prožívá, zpracovává a jaké úkoly plní, co se týká vývoje takového dítěte. Na podkladě předchozích zjištění lze stanovit odbornou pomoc, kterou je potřeba realizovat ve spolupráci jak na úrovni jednotlivých rodin, tak na úrovni společenské (50, s. 39).

První sdělení diagnózy vyvolává u rodičů šok, smutek a úzkost a vede k rozvoji obranných mechanismů. Rodiče se tak rázem ocitnou v realitě, na kterou nebyli připraveni. Prožívají hluboké zklamání. Rodina však vždy prochází několika následujícími **fázemi**:

- **Šok a iracionální myšlení a cítění** – rodiče mají pocity derealizace a zmatku, mnohdy reagují zcela nepřiměřeně.
- **Popření** (nebo útěk ze situace) – „není to pravda“
- **Smutek, zlost, úzkost, pocit viny** – časté je hledání viníka u druhých, agresivní pocity (vztahují se buď na partnera, nebo jsou zaměřeny proti zdravotnickému personálu); vlastní pocit viny (hledá se v rodině genetická zátěž, podezření je všude), hluboký zármutek, sebelítost. Agrese může přejít do stadia depresí, někdy se objevují sklony k sebeobviňování, studu, „stáhnutí se“ do ústraní. Zde je velmi důležité, aby rodiče mohli otevřeně vyjádřit své pocity a byl jim poskytnut dostatek informací a času na vysvětlování při rozhovorech s nimi a projevení zájmu o ně samé.
- **Stadium rovnováhy** – snižují se úzkosti a deprese, snaha o racionální hodnocení situace. Řeší, jak by mohli pomoci a aktivně se účastnit na léčbě.

- **Stadium reorganizace** – situace je rodiči přijímána, vyrovnávají se s faktem nemoci a přijímají dítě takové, jaké je. Hledají optimální cesty do budoucnosti. Někdy dochází k vzájemnému rozchodu rodičů. Pokud však tuto krizi překonají, stmeluje je to a posiluje v jiných oblastech (46, s. 49-50).

Jankovský (29, s. 60) fáze doplňuje o fázi nulitní, která dle něj předchází stadiu šoku. Tvrdí, že člověk si možnost narození dítěte s postižením v obecné rovině uvědomuje, ale u sebe si tuto možnost nepřipouští.

Podle Krejčířové (51, s. 69) pro rodiče dítě s postižením neznamena „jen očekávání problémů, které s tímto dítětem nastanou, ale znamená i ztrátu původního obrazu dítěte, tj. dítěte, jaké očekávali, na jaké se těšili a k němuž měli již vytvořený většinou hluboký vztah.“

„Dítě s postižením má omezenou celou řadu společenských aktivit (kulturních, sportovních, pracovních). Nemůže si hrát rovnocenně se svými vrstevníky, společně navštěvovat předškolní a školní zařízení, mít nejrůznější zájmy. Tím se porušuje sociální integrace. Dítě s postižením vyžaduje péči svého okolí, své rodiny a zároveň je pro ni značnou psychickou, sociální i ekonomickou zátěží. Vyžaduje od společnosti uspokojování svých potřeb, znamená to však ztrátu produktivní síly, neboť porušená integrace mu nedovoluje plně se začlenit“ (40, s. 165).

1.8 Společnost a lidé se zdravotním postižením

J. Slowík (45, s. 151) poukazuje na fakt, že „současný pohled na člověka s postižením nehodnotí jeho vady a omezení, naopak se zaměřuje na pozitivní a zachované schopnosti a možnosti“. Podstatné je podle něj vědět, jak potenciál jedince s kombinací několika druhů znevýhodnění využít nejen k jeho osobnímu rozvoji, ale také ke zvýšení jeho participace ve společnosti. Je tedy třeba hledat vhodné metody pro sociální integraci, respektive pro inkluzivní začlenění do společnosti a místní komunity.

S dítětem s postižením je potřeba jednat vždy zcela samozřejmě, jakoby to bylo dítě zdravé. Nesnažit se mu dávat najevo výjimečnost jeho postižení ani naši pomoc. To může být pro osoby v blízkosti postiženého dítěte velmi těžké, je třeba vyvarovat se projevům soucitu, bolesti či zklamání nad osudem dítěte.

Co se týká mentálního postižení, „*pro současný stav je charakteristické, že známe mnoho o příčinách a prevenci mentální retardace, ale zakořeněné společenské zvyklosti, předpojatost a lhostejnost větší části společnosti vede k neustálému odmítání osob s mentální retardací*“ (46, s. 42).

Dle Vítkové, M. (15, s. 29) se v současnosti „*prosazuje myšlenka preventivní péče*“, jejímž základním principem je lépe postižení předcházet, než je pak napravovat.

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zhodnocení služeb a spokojenosti klientů s ranou péčí ve vybraných oblastech (Plzeňský a Jihočeský kraj). Cílem teoretické části je popsat teoretická východiska rané péče, vymezit pojem raná péče, její vznik a vývoj a také popis organizace a zákonných podmínek, kapitola je doplněna o rozbor rané péče v Plzeňském a Jihočeském kraji. Teoretická část pokračuje problematikou zdravotního postižení, které úzce souvisí s ranou péčí, popisuje se zde jeho vymezení, vznik, druhy zdravotního postižení. Neméně důležité jsou informace týkající se rodiny a dítěte se zdravotním postižením. Kapitulu uzavírá téma týkající se společnosti a lidí se zdravotním postižením.

V praktické části jsou vymezeny cíle a metody výzkumného šetření, popisují se zde charakteristiky respondentů a předkládají kazuistické studie. Důležitou součástí bude analýza rozhovorů a srovnání získaných dat.

V závěru jsou uvedeny vyhodnocení a závěry šetření. Výsledky bakalářské práce mohou být využity jako podkladový materiál pro zlepšení služeb rané péče v obou sledovaných krajích.

2.2 Hypotézy

Hypotéza nebyla stanovena, protože byl zvolen kvalitativní výzkum. Zvolená výzkumná strategie je tedy kvalitativní. Pro tento účel byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli?
2. Co jste od služby RP očekávali?
3. Co rodičům přinesla RP v náročné životní situaci?
4. Co bylo pro rodinu na službě RP nejpřínosnější?
5. Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce?
6. Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby RP přestala fungovat?

3. METODIKA

3.1 Metody a techniky sběru dat

Ke sběru dat byl použit kvalitativní výzkum. Kvalitativním výzkumem se nedosahuje výsledků statistickými metodami, ale vyprávěním, nasloucháním a kladením otázek (52). Rozhovor neboli interview je taková technika sběru informací, při které jsou potřebné informace od zkoumaných osob (respondentů) získávány prostřednictvím záměrně cílených otázek, kladených respondentovi ze záznamového archu „face to face“ (tváří v tvář). Technika rozhovoru patří k nejkvalitnější technice. Rozhovor je možno definovat jako systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které klade tazatel (53).

Autorka vybrala metodu dotazování – techniku polostandardizovaného (polořízeného) rozhovoru. Jedná se o rozhovor, při němž jsou některé části standardizovány (přesně stanovené) a jiné části mají charakter nestandardizovaného rozhovoru (volné). Jde o nejčastěji používanou techniku.

Rozhovor byl vždy uveden nejprve identifikačními otázkami, které zahrnují pohlaví, věk, typ zdravotního postižení dítěte, způsoby léčby, ale i rodinný stav a počet dětí v rodině. Teprve následně byly získávány odpovědi na výzkumné otázky. Snahou bylo dodržet sled otázek tak, aby na sebe navazovaly, ne vždy to bylo možné, protože dotazovaný se často sám rozpovídal a tím byly získány odpovědi na otázky v přeházeném pořadí.

Odpovědi dotazovaných byly zapisovány na záznamový arch. Tyto archy jsou uloženy v soukromém archivu autorky.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je sestaven z deseti rodin, z nichž 5 je z Plzeňského kraje a 5 rodin má bydliště v Jihočeském kraji. Jedná se o rodiny, které využívaly služby rané péče nejméně 2 roky nebo stále ještě se střediskem rané péče spolupracují a byly ochotny se výzkumu zúčastnit.

Kritérium pro výběr cílového souboru byl tedy souhlas rodičů se zapojením do výzkumu a spolupráce se střediskem rané péče v současnosti nebo nejméně po dobu dvou let v minulosti. Všichni dotazovaní byli na začátku informováni, jak bude výzkum probíhat, svolili s návštěvou autorky u nich v rodině. Samozřejmostí bylo ujištění, že nikde nebudou uvedena jejich jména nebo iniciály z důvodu zachování anonymity.

3.3 Realizace výzkumu

V akademickém roce 2011/2012 jsem začala sbírat podklady pro svoji bakalářskou práci studiem literatury. Pro účely mého výzkumu jsem se nejprve obrátila na Středisko rané péče Plzeň o.p.s., které jsem znala na základě naší dřívější spolupráce, kdy jsem využívala jejich služeb jako klient se svou dcerkou. Středisko jsem následně využila i ke své odborné praxi. Paní ředitelka i ostatní pracovníci střediska mi ochotně pomohli s realizací výzkumu. Paní ředitelka vytipovala na základě mých požadavků vhodné rodiny a pomohla mi s domluvením schůzek. Vlastní setkání s vybranými rodinami probíhalo v průběhu akademického roku 2012/2013.

Druhá část výzkumu probíhala v Jihočeském kraji, kde s výběrem rodin, které tvoří výzkumný vzorek, pomohla vedoucí mé bakalářské práce – ing. Petra Samcová ze Střediska rané péče SPRP České Budějovice, které je organizační jednotkou Společnosti pro ranou péči o. s..

Vlastní výzkum probíhal formou setkání s rodinami, kdy jedna návštěva, při které rodič (rodiče) odpovídali na výzkumné otázky, trvala v rozmezí 60 – 90 minut. Všechna setkání byla velmi příjemná.

4. VÝSLEDKY

4.1 Kazuistické studie a výsledky rozhovoru v rodinách v Plzeňském kraji

Kazuistiky, lépe snad charakteristiky rodin, stejně jako rozhovory s rodiči dětí s postižením, vznikaly na základě jejich sdělení. Někteří byli sdílnější, proto je charakteristika rozsáhlejší, jiní méně. Každá rodina měla navíc možnost vyjádřit se i mimo dané otázky, pokud se chtěla podělit o další informace.

Rodina A - Adam , rok narození 2008

RA: Adámek žije v neúplné rodině s maminkou a babičkou. Bydlí v bytě na vesnici nedaleko krajského města. Maminka pracuje, denně dojíždí za prací mimo obec. Tatínek opustil rodinu po necelém roce od narození Adámka, nevyrovnal se s jeho postižením, s rodinou se vůbec nestýká. Žádný zájem o syna neprojevuje. O Adámka převážně pečuje babička, kterou však už tato péče velmi zmáhá. Maminka by ráda umístila Adámka do denního stacionáře. Je tu ale problém s dopravou, nemají vlastní auto a každodenní cestování je vzhledem k postižení Adámka téměř nemožné.

OA: Adámkovi je v současné době téměř 5 let. Jedná se o první dítě v rodině. Narodil se v 36. týdnu těhotenství. To bylo ukončeno kvůli nepravidelným srdečním ozvám plodu a kvůli hrozící hypoxii. Porod byl veden klešťovým způsobem, po něm zjištěna DMO. Adámek má DMO - kvadruparetickou formu, CVI (kortikální poruchu zraku), epilepsii – v současné době dobře kompenzovanou léky. Je trvale upoután na lůžko a tím pádem zcela závislý na péči matky a babičky. Neumí sám přijímat potravu, nyní je krmen sondou přímo do žaludku.

Maminka kontaktovala středisko rané péče, když byl Adámkovi rok (po odchodu otce od rodiny). Od té doby navštěvuje poradkyně rané péče rodinu doma v pravidelných intervalech (1-1,5 měsíce). Adámek je, i přes své zdravotní problémy, usměvavý, komunikuje s okolím různými zvuky, ze kterých lze dobře poznat, jestli se jedná o spokojený nebo nespokojený výraz. Při funkčním vyšetření zraku bylo zjištěno, že dobře reaguje na výrazné podněty, nejvíce ty světelné, ale nenavazuje oční kontakt.

Dokáže zareagovat na směr pohybu ruky nebo předmětů. Nejraději má plyšové hračky, které velmi rád mačká a hladí, proto se velká část práce zaměřuje na rozvoj hmatového vnímání. Velmi dobře reaguje na hudební podněty, oblíbil si i hračky hrající různé melodie, dokáže stisknout i klávesy dětského piánka. Babička jezdí s Adámkem do lázní, přestože to pro rodinu znamená značnou finanční zátěž. Adámkovi ale lázně velmi pomáhají, zvláště rehabilitace v bazénu, která se mu moc líbí. Pracovnice rané péče se zaměřuje i na psychickou podporu rodiny, snaží se pomoci s vyhledáním vhodného stacionáře, kam by bylo možné Adámka umístit.

Výzkumné otázky – odpovídá babička Adámka, maminka byla v práci:

1. Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli?

„O této službě jsme se dozvěděly od kamarádky dcery (matka Adámka). Službu tedy využíváme téměř 4 roky.“

2. Co jste od služby RP očekávali?

„Byly jsme na tom psychicky velmi špatně, protože od dcery zrovna odešel manžel, nevěděly jsme, co si s malým počít, na koho se obrátit, potřebovaly jsme hlavně poradit, co máme dělat, na co máme nárok ohledně nějakých příspěvků, co vše můžeme pro malého udělat.“

3. Co rodičům přinesla RP v náročné životní situaci?

„Konečně jsme měly pocit, že nám někdo chce pomoci, že nejsme všem jen lhostejní.“

4. Co bylo pro rodinu na službě RP nejpřínosnější?

„K nezaplacení jsou návštěvy paní XY (poradkyně rané péče) u nás doma, nejdůležitější asi byla ta psychická pomoc, podpora, uklidnění, že to není beznadějně, paní XY nás naučila, jak si máme s Adámkem hrát, přesvědčila nás, že ho lze naučit hodně věcí, poskytla nám spoustu užitečných rad a informací.“

5. Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce?

„Ano, víc než jsme očekávaly, konečně nám někdo řekl, co a jak máme s Adámkem dělat, aby se někam posunul.“

6. Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby RP přestala fungovat?

„Asi bychom byly velmi zoufalé a nevěděly co si s Adámkem počít dál, neměly bychom potřebné informace, kontakty na odborníky, nevěděly bychom jaké hračky a pomůcky Adámkovi koupit a na spoustu z nich bychom ani neměly peníze.“

Rodina B – Blanka, rok narození 2005, spolupráce s ranou péčí ukončena 2010

RA: Blanka žije v úplné rodině. Oba rodiče pracují. Blanka je třetí, nejmladší dítě, má starší sestru (22 let) a staršího bratra (10 let), kteří jsou zdraví. Je chtěné, plánované dítě, maminka prodělala před jejím narozením mimoděložní těhotenství. Starší sestra studuje v Praze, s rodinou se vídá jen občas, bratr je pro Blanku obrovskou inspirací a „tahounem“ vpřed. Velmi dobře si spolu rozumí, bratr se o ni dokáže velmi pěkně postarat, zabavit ji, zapojit do svých her.

OA: Těhotenství probíhalo bez problémů, ale byla doporučena amniocentéza (mamince bylo v době těhotenství 36 let). Ta však neodhalila žádný problém. Porod byl v termínu, záhlavím. Blanka vážila 2 900 g, měřila 51 cm, nekříšena, Apgar skóre 10-10-10. Nic nenavštěvovalo tomu, že nastanou nějaké problémy. Druhý den po porodu bylo mamince sděleno, že je Blanka „trochu hypotonická“ a bude se s ní muset cvičit Vojtova metoda. Ultrazvukové vyšetření v šesti týdnech odhalilo zvětšené mozkové komory, hydrocephalus (plnění komor mozkomíšním mokem) byl ale vyloučen. Genetické vyšetření nepotvrdilo žádnou genetickou vadu. Blanka byla od narození usměvavé pohodové miminko, ale její motorický vývoj byl opožděný, lékaři maminku uklidňovali, že je čas, že každé dítě se vyvíjí jinak. V půl roce byla Blanka hospitalizována kvůli rotavirové infekci. V nemocnici podstoupila magnetickou rezonanci hlavičky, která potvrdila nejen zvětšené mozkové komory, ale i hypoplastické corpus callosum (mozkové spojení obou hemisfér, které umožňuje přenos vzruchů z jedné hemisféry

do druhé). Nikdo z lékařů mamince nevysvětlil, co tato diagnóza znamená. Když byl Blance cca 1 rok, absolvovala oční vyšetření, kdy lékařka mamince sdělila, že její holčička je prakticky slepá. S tím se však maminka nesmířila, pomocí internetu si sehnala další specialisty a kontakt na Středisko rané péče. Když bylo mamince později sděleno, že Blanka má těžkou vývojovou vadu nožiček a pravděpodobně nebude nikdy chodit, sehnala zkušenou fyzioterapeutku, která s ní denně cvičila. Později k ní přibyla i logoterapeutka a muzikoterapeutka. Po absolvování pobytu v lázních a hipoterapeutického pobytu v Krkonoších, který Blance velmi pomohl, koupila maminka koně, kterého s pomocí vyhledaných odborníků připravila pro hipoterapeutické ježdění. To provozují s Blankou do současné doby. Má nejen úžasný fyzický, ale i pozitivní psychický vliv nejen na Blanku, ale i na její maminku. S pomocí střediska rané péče se maminka naučila stimulovat Blanku novými podněty díky půjčovaným hračkám a získala nové informace při setkání s rodiči. Se Střediskem rané péče ukončila činnost ve 4 letech dcery, kdy se jí podařilo zaintegrovat Blanku do mateřské školy běžného typu. V současné době Blanka nenosí ani brýle, vidí velmi dobře, chodí, dokonce i začíná běhat. Navštěvuje první třídu ZŠ – má asistenta pedagoga. Je to šikovná, neustále pozitivně naladěná holčička. Maminka se nadále intenzivně věnuje integraci dětí.

Výzkumné otázky – odpovídá maminka Blanky:

1. Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli?

„Kontakt jsem si vyhledala sama na internetu, nikdo z lékařů mě v té době nikam nenasměroval, Blance byl asi rok, služeb rané péče jsme využívali cca 3 roky“

2. Co jste od služby RP očekávali?

„Hlavně jsem chtěla rozšířit si znalosti, získat nové informace, jak můžu Blance pomoci, posunout ji dál.“

3. Co rodičům přinesla RP v náročné životní situaci?

„Získali jsme spoustu námětů, informací, získali větší přehled, psychickou podporu, inspiraci, kontakty na další odborníky, setkání s dalšími rodiči.“

4. Co bylo pro rodinu na službě RP nejpřínosnější?

„Tak hlavně vědomí, že v tom nejsme sami, možnost si popovídat o problémech, které na nás s narozením dítěte s postižením dolehly, nové nápady a „vychytávky“ pro práci s Blankou, ocenili jsme výběr a půjčování hraček a také konečně o nás a naše problémy někdo projevil opravdový zájem.“

5. Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce?

„Určitě, cílem naší spolupráce byla co největší samostatnost Blanky, což se naplnilo už její integrací do mateřské školy.“

6. Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby RP přestala fungovat?

„Tak určitě pro mnoho rodin by to byl závažný problém, mnoho rodin nemá možnost kupovat dítěti drahé hračky a pomůcky nebo s dítětem někam dojíždět, pracovníce rané péče přijedou až domů, umí poradit, povzbudit, uklidnit, rodiny by měly určitě ztížený přístup k tolik důležitým informacím.“

Rodina C - Cyril, rok narození 2008

RA: Cyril žije v úplné rodině s maminkou, tatínkem a starší sestrou – 8 let, zdráva. Žije v bytě v panelovém domě v krajském městě. Oba rodiče pracují, maminka na částečný úvazek, tatínek se o děti stará pouze, když je maminka v práci. Občas vypomáhá babička (matka matky), ale protože sama ještě pracuje, vypomáhá pouze o víkendech nebo v odpoledních a večerních hodinách. Starší sestra navštěvuje 2. třídu základní školy, s mladším bratrem si hraje, ale má již své kamarády ve škole. Maminka jezdí s Cyrilem do lázní, po jejich absolvování vždy pozoruje zlepšení. Doma se snaží cvičit Vojtovu metodu, ale stresuje ji Cyrilův nářek a to, že vůbec nechce spolupracovat.

OA: Cyril se narodil asi týden po termínu porodu, po bezproblémovém těhotenství. Porod musel být vyvolán, chlapec se narodil s pupeční šňůrou omotanou okolo krku, musel být kříšen. Po porodu diagnostikována DMO, spastická hemiparéza vpravo, mikrocephalie. V necelém roce diagnostikována i oční vada – hypermetropia astigmatismus, atrophie papillae zrakového nervu. Cyril je hyperaktivní chlapeček,

dokáže se velmi rychle pohybovat, neustále něco zkoumá, rozebírá. Je společenský, zpočátku nedůvěřivý. Chodit začal přibližně ve dvou letech, dnes již zvládá i chůzi do schodů – přidržuje se stěny nebo zábradlí, ze schodů chodit nechce, bojí se. Dokáže se sám najíst, pije z hrnečku, má rád stavebnici lego a auta na dálkové ovládání. Nebaví ho prohlížení obrázků v knížce. Opožděný je i vývoj řeči – vývojová dysartrie na podkladě DMO. Poradkyně ze Střediska rané péče cíleně pomáhá s rozvojem zrakových dovedností cílenou stimulací zraku, s rozvojem jemné motoriky a komunikace. V současné době Cyril navštěvuje speciální mateřskou školu pro děti se zrakovým postižením. Maminka má ale pocit, že mu školka moc nepomáhá, že se jeho vývoj příliš neposunuje.

Výzkumné otázky – odpovídá maminka Cyrila:

1. Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli?

„O rané péči jsem se dozvěděla brzy po narození Cyrila od kamarádky, která má holčičku s postižením a byla se službami rané péče velmi spokojená. Spolupráci jsme ukončili loni, když Cyril nastoupil do speciální mateřské školy – využívali jsme službu 4 roky.“

2. Co jste od služby RP očekávali?

„Pomoc v začátku, aby se mnou někdo mluvil a řekl mi, co a jak mám s malým dělat, po negativních zkušenostech z porodnice, kdy mi nikdo nic neřekl, jsem potřebovala odbornou radu, vedení, informace.“

3. Co rodičům přinesla RP v náročné životní situaci?

„Úžasný byl empatický přístup poradkyně rané péče, už jsem se necítila tak ztracená se svým problémem.“

4. Co bylo pro rodinu na službě RP nejpřínosnější?

„Hodně důležité pro mě bylo, že služba je poskytována zdarma a že poradkyně přijela za námi domů, také stálý přísun nových, neokoukaných hraček a také to, že nám paní vždy ukázala, jak máme s hračkou zacházet, aby hra byla pro Cyrila přínosem. Ocenila jsem i setkání s ostatními rodiči, vzájemnou podporu a sdílení informací.“

5. Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce?

„Ano, nad očekávání - myslím, že mi spolupráce se střediskem rané péče pomohla víc, než jsem se odvážila doufat. To, co jsme řešili, malého vždy posunulo, Cyril se na „tetu“ (poradkyně rané péče) vždy moc těšil.“

6. Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby RP přestala fungovat?

„Tak určitě bych byla mnohem bezradnější, hůř bych sháněla dostupné informace, nemohla bych si dovolit tak drahé hračky, mnohé z nich by mě zase ani nenapadlo koupit, protože bych nevěděla, že jsou pro malého vhodné, Cyril by určitě nedělal takové pokroky.“

Rodina D – Deniska, rok narození 2010

RA: Úplná rodina, maminka, tatínek, Deniska je zatím jedináček, ale rodiče jí plánují pořídit sourozence. Maminka se o ni celodenně stará. Tatínek pracuje, ale s péčí o Denisku pomáhá – večer ji koupe, o víkendu chodí na procházky s kočárkem, aby si maminka aspoň trochu odpočinula. S péčí dle možností pomáhají i prarodiče. Maminka jezdí s Deniskou do lázní a na letní pobyty se Střediskem rané péče. Byli i na hipoteraupetickém pobytu, kde se Denisce velmi líbilo a chtějí si ho zopakovat.

OA: Těhotenství probíhalo naprosto bez problémů, všichni se těšili na zdravé krásné miminko. V 38. týdnu byla maminka hospitalizována pro „tvrdnutí břicha“, lékaři se rozhodli porod uměle vyvolat. Porod byl těžký, protrahovaný. Když se konečně Deniska narodila, musela být kříšena. Vážila 2 800g, měřila 49 cm. Během prvních dnů po porodu mamince lékaři sdělili, že Deniska má DMO – hypotonickou formu a že zřejmě nevidí. Následovalo mnoho vyšetření, problémy se hromadily. Deniska nechtěla sát, maminka ji dokrmovala lžičkou. Maminka dlouho nevěřila, že by Deniska neviděla. Reagovala na světlo, pohyb, měla plynulé pohyby očí. Diagnóza však zněla CVI (kortikální poškození zraku), asi v roce se přidal strabismus, byla zjištěna slabozrakost a krátkozrakost. V současné době dokáže Deniska sedět ve speciálně upravené židličce, vleže se s lehkou pomocí přetočí z břicha na záda a zpět, umí říct několik jednodušších

slov (mama, tata, ham, dej, pít). Dokáže polykat mixovanou stravu, pít z lahve s dudlíkem. Denně cvičí Vojtovu metodu, navštěvují dětský stacionář, zatím jen na několik hodin týdně. Maminka vítá veškeré možnosti a informace, díky kterým by Denisku mohla stimulovat a zlepšovat její stav. Velmi si chválí spolupráci se Střediskem rané péče a ochotu, empatii a odbornost jejich pracovníků.

Výzkumné otázky – odpovídají maminka a tatínek Denisky:

1. Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli?

„O rané péči jsme se dozvěděli od paní doktorky z neonatologického oddělení, kam s Deniskou docházíme v podstatě pár týdnů po jejím narození, služeb Střediska využíváme téměř 3 roky.“

2. Co jste od služby RP očekávali?

„Podporu, pomoc, informace, kontakty na další odborníky. Byli jsme nešťastní, zoufalí, netušili jsme, co můžeme očekávat, jak se k postižení naší malé postavit, kde žádat o nějakou finanční podporu.“

3. Co rodičům přinesla RP v náročné životní situaci?

„Byla to taková naše I. sociální pomoc.“

4. Co bylo pro rodinu na službě RP nejpřínosnější?

„Všechno – rady, kontakty, empatický přístup poradkyně, setkání s ostatními rodinami a tím pádem vědomí, že v tom nejsme sami, půjčování hraček, to, že nás paní z rané péče naučila, jak si máme s malou hrát Prostě všechno nám velmi pomohlo.“

5. Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce?

„Ano, to v každém případě.“

6. Jaké by byly důsledky pro rodinu, kdyby RP přestala fungovat?

„Tak na to nechceme ani pomyslet – nedostatek informací, nevěděli bychom jak k malé přistupovat, jakými hračkami ji stimulovat, nesetkali bychom se s tolika úžasnými lidmi, nezískali tak rychle kontakty na odborníky – psychologa, neurologa.“

Rodina E – Emil, rok narození 2006

RA: Úplná rodina, maminka, tatínek, Emil téměř 7let, mladší bratr 3 roky, starší bratr 11 let, žijí v rodinném domě na vesnici poblíž krajského města. Tatínek pracuje, maminka se stará o děti a domácnost. Ve vesnici žijí i rodiče matky, kteří se snaží s péčí o Emila také pomáhat.

OA: Emil se narodil v 29. týdnu těhotenství císařským řezem. Vážil 1100g. Po týdnu musel na operaci kvůli perforaci střev – udělán vývod. Následné období bylo pro rodinu velmi těžké – Emilovi dělali spoustu vyšetření, maminka se musela naučit ošetřovat vývod střeva, postupně se přidávaly další a další diagnózy – DMO, epilepsie, postižení zraku. Emil má za sebou 3 operace střev a má středně těžké mentální postižení. Hodně jim pomohla spolupráce se Střediskem rané péče, v současné době mu bude 7 let a budou spolupráci ukončovat. Jsou domluvení, že Emil nastoupí do první třídy speciální školy. Chlapec stále nedrží dobře hlavičku, pořád mu přepadá na jednu stranu. Nesedí, neleze ani se neplazí, dokáže se přetočit, ale na bříšku vydrží jenom chvilku. Vojtovu metodu už s maminkou necvičí, ale dojíždí na cvičení 1x týdně na rehabilitaci do nemocnice, kde také chodí na logopedii. Emil hodně rozumí tomu, co se mu řekne, umí říct pár slov (máma, táta, děda, bába, volá jmény na bratry), řekne počáteční slabiky některých slov. Na mamince je znát únava, ráda by se věnovala i bratrům Emila, ale sama přiznává, že je toho na ní moc. Doufá, že se Emilovi bude ve škole líbit a ona bude mít čas věnovat se mladšímu i staršímu bratrovi.

Výzkumné otázky – odpovídá maminka Emila:

1. Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli?

„O rané péči jsem se dozvěděla od lékařky, asi z neonatologie, už si to přesně nepamatuji, ale bylo to asi, když bylo malému půl roku, spolupracujeme 6 let.“

2. Co jste od služby RP očekávali?

„Potřebovala jsem psychickou podporu, pomoc v začátku, informace.“

3. Co rodičům přinesla RP v náročné životní situaci?

„Spoustu věcí, hlavně ty informace, ale i kontakty na užitečné lidi, pocit zázemí.“

4. Co bylo pro rodinu na službě RP nejprínosnější?

„To, že za námi přijela poradkyně rané péče až domů, naučila mě, jak mám malého stimulovat, jak si s ním hrát, přivezla vždy nové hračky, kluci si zvykli s nimi hrát spolu s Emilem, bylo fajn vidět, jak si společně hrají, ocenila jsem i kontakty na odborníky, to že mi paní poradila, kam se obrátit s žádostí o různé příspěvky.“

5. Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce?

„Ano, splnila, naučili jsme se s Emilem pracovat, komunikovat, kluci ho berou naprosto normálně.“

6. Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby RP přestala fungovat?

„Tak určitě bych si připadala ztracenější, asi bych si nedokázala zjistit sama všechny tolik potřebné informace hodně mně pomáhala setkání s ostatními rodinami, pocit, že člověk v tom není sám.“

4.2 Kazuistické studie a výsledky rozhovoru v rodinách v Jihočeském kraji

Rodina F – František, rok narození 2009

RA: František žije v úplné rodině s maminkou, tatínkem a straším bratrem – 8 let, zdrav. Žijí v rodinném domě v krajském městě. Maminka vozí denně Františka do speciální mateřské školky, ve stejném zařízení i pracuje. Tatínek také pracuje, ve volném čase mamince pomáhá – hraje si s dětmi. U staršího syna řešili výchovné problémy, žárlí na mladšího brášku, neposluchá, ignoruje pokyny, provokuje, vzteká se.

OA: František se narodil v termínu po bezproblémovém těhotenství. Během porodu alterace ozev, hypoxie, porucha dechové adaptace, genetická stigmata (dle matky byl „šíleně ošklivý, křivé, jakoby pomuchlané rysy obličeje“), centrální poškození zraku. Od počátku neprosplival, centrální svalová hypotonie, opakované hospitalizace. V pěti měsících genetické vyšetření odhalilo Dandy-Walkerův syndrom, což je vzácné vrozené neurologické onemocnění mozku a hypoplasii mozečku. Je často zahleněný – dodržují s maminkou bezmléčnou dietu. František má lehce opožděný psychomotorický vývoj (lehká až středně těžká PMR). Je společenský, usměvavý, šikovný. Chodit začal přibližně ve dvou letech, dnes (4 roky) zvládá i chůzi do schodů – přidržuje se zdi nebo zábradlí. Dokáže se sám najíst, pije z hrnečku. Prohlíží si knížky, sleduje pohádky v televizi, hraje si s hračkami. Poradkyně ze Střediska rané péče pomáhala podporovat rozvoj zrakových dovedností cílenou stimulací zraku. Co se týká rozvoje komunikace – František moc nemluví, má opožděný vývoj řeči, možná i vývojovou vadu řeči. Není vyloučena sluchová vada. Rodina komunikuje s Františkem za pomoci kartiček a ukazování. Maminka je velmi snaživá, empatická a realistická. Jezdí s Františkem do lázní – vždy po jejich návštěvě zaznamená velký posun ve vývoji syna.

Výzkumné otázky – odpovídá maminka Františka, tatínek přítomen, ale do rozhovoru se nezapojil, věnoval se dětem:

1. Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli?

„O rané péči jsme se dozvěděli v lázních, když bylo Cyrilovi 9 měsíců, službu tedy využíváme téměř 3 roky.“

2. Co jste od služby RP očekávali?

„Popravdě řečeno, nevěděla jsem, co mám očekávat.“

3. Co rodičům přinesla RP v náročné životní situaci?

„Asi hlavně podporu, pocit, že na to nejsme sami.“

4. Co bylo pro rodinu na službě RP nejpřínosnější?

„Pro mě osobně byl nejpřínosnější kontakt s ostatními rodinami, vzájemná výměna zkušeností, ale také to, že se nám podařilo zlepšit sourozenecké vztahy mezi Františkem a jeho starším bratrem. Velmi jsem ocenila i půjčování hraček, i to, že poradkyně přijela za námi domů.“

5. Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce?

„Na to, že jsem na začátku nevěděla, co mám očekávat, jsem byla příjemně překvapena, co vše nám raná péče dokázala nabídnout a v jak široké oblasti nám dokázala pomoci.“

6. Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby RP přestala fungovat?

„Určitě ztíženější přístup k informacím, hračkám, neměli bychom takový kontakt s ostatními rodinami, které mají podobné problémy, asi bych na tom byla psychicky hůře.“

Rodina G - Gábinka, rok narození 2009

RA: Gábinka žije v úplné rodině. Je jedináček, nemá sourozence, rodiče mají strach mít další dítě – genetický problém v rodině. Celodenně o ni pečuje maminka, tatínek pomáhá, momentálně je bez zaměstnání, snaží se, aby se maminka mohla trochu

realizovat i sama, ale ta nerada dcerku opouští. Žijí spolu s prarodiči v rodinném domku na okraji krajského města.

OA: Gábinka se narodila v 35. týdnu těhotenství, vážila 1850 g. Po narození prodělala stafylokokovou infekci. O jejím postižení byli rodiče informováni bezprostředně po porodu. Má vrozené vývojové vady sítnice a cévnatky, kolobom duhovky na pravém oku, centrální hypotonický syndrom, dle genetického vyšetření chybí část 9. chromozomu a má zřejmě středně těžkou sluchovou vadu – používají sluchadla, která je nutné fixovat na hlavě čepičkou, neboť si je Gábinka vytrhává.

Gábinka je ležící, posledního půl roku posun v motorice, lépe drží hlavičku, rodiče pozorují zvýšenou pohyblivost, natahuje se, snaha se posadit. Maminka s ní 4x denně cvičí Vojtovu metodu. Jednou ročně jezdí do Janských lázní – po nich pozoruje motorické i psychické zlepšení dovedností. Gábinka lokalizuje zrakem předměty, otáčí hlavu i oči, navazuje oční kontakt. Prý dobře reaguje na i-pad, rodiče se snaží sehnat sponzorský dar na jeho zakoupení. V poloze na zádech si hraje s hračkou a bouchá do hraček, které jsou na ni zavěšeny. Gábinka nekomunikuje, vydává zvuky a náhodné slabiky, strava mixovaná podávaná po lžičce (viditelné problémy s polykáním) nebo z láhve. Gábinku navštěvuje poradkyně rané péče cca od jednoho roku života, kdy proběhlo i funkční vyšetření zrakových funkcí. Bylo doporučeno podporovat celkový vývoj zrakových dovedností cílenou stimulací zraku – používání barevných, kontrastních hraček a předmětů.

Výzkumné otázky – odpovídá maminka Gábinky, doplňuje i tatínek:

1. Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli?

„O rané péči jsme se dozvěděli od očního lékaře Gábinky, cca v roce života, využíváme ji tedy cca 3 roky.“

2. Co jste od služby RP očekávali?

„Hlavně jsme potřebovali poradit, pomoci, jak máme s malou zacházet.“

3. Co rodičům přinesla RP v náročné životní situaci?

„Získali jsme spoustu námětů, informací, získali větší přehled, podporu, inspiraci.“

4. Co bylo pro rodinu na službě RP nejprínosnější?

„Tak jak už jsme říkali, důležitá byla pro nás podpora a získané informace, ale i hračky, které nám poradkyně vozila k zapůjčení, které bychom si vzhledem k naší finanční situaci nemohli dovolit pro Gábinku koupit. Hlavně jsme ocenili, že poradkyně přijede za námi domů, protože cestování s Gábinkou je velmi náročné. Hodně nám pomohla i setkání s ostatními rodiči – společné akce, kde jsme si mohli vyměňovat zkušenosti a vzájemně se psychicky podpořit.“

5. Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce?

„Ano, jsme spokojeni.“

6. Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby RP přestala fungovat?

„Zcela určitě bychom neměli tolik informací, Gábinka by neměla tolik motivujících hraček, byli bychom mnohem víc izolováni.“

Rodina H - Hanička, rok narození 2009

RA: Hanička žije v úplné rodině - maminka, tatínek, starší bratr - 9 let, starší sestra – 7 let, všichni zdraví. Navštěvují základní školu v místě bydliště, rodina žije v centru města ve velkém bytě. Maminka pečuje o děti převážně sama, otec pracuje mimo město, přijíždí domů jen na víkend. S péčí o děti pomáhá v případě potřeby babička (matka matky). Sourozenci si s Haničkou rádi hrají.

OA: Haničce jsou v současné době téměř 4 roky. Jedná se o třetí dítě v rodině. Narodila se v 37. týdnu těhotenství, jednalo se o rizikové těhotenství, prenatálně diagnostikován Turnerův syndrom se srdeční vadou. Matce byla nabídnuta možnost umělého přerušení těhotenství, to však rodina odmítla. Ihned po narození zjištěna vývojová vada obou očí, operace provedena 10. den po narození. V roce a půl nasazena terapie růstovým hormonem, která pokračuje do současnosti. První schůzka s pracovníci rané péče proběhla s maminkou již 12. den po porodu na neonatologickém oddělení. Ve dvou

měsících věku Haničky proběhlo komplexní posouzení služeb rodiny a funkční vyšetření zraku. Hanička reagovala na výrazné podněty, nejvíce světelné, zaregistrovala podnět, ale nenavazovala oční kontakt. V jednom roce věku již Hanička reagovala přesně směrově nejen na osvit, ale i na směr pohybu ruky či předmětů.

Rodině jsou poskytovány pravidelné konzultace v rodině (1x za 1 - 1,5 měsíce), do současné doby proběhly 2 kontrolní funkční vyšetření. Hanička lokalizuje předměty na vzdálenost 30 cm a osoby na cca 1.5 m, navazuje oční kontakt, předměty fixuje, dokáže na ploše vyhledat několik předmětů o velikosti 0,5 cm na vzdálenost 30 cm. V rodině probíhá pravidelná zraková stimulace, taktilní podněty – rozvoj hmatového vnímání, podpora motorických dovedností, sluchového vnímání. Pracovnice rané péče se zaměřuje i na podporu rodiny, řešení sociálně právních otázek, které vyplývají z péče o dítě s postižením. Dále se zaměřuje na podporu hrubé motoriky, kde Hanička dělá opravdu velké pokroky – v současné době samostatně chodí, dokonce běhá, venku je opatrná, orientuje se podle zdí (dotýká se rukou), pamatuje si známou trasu, ale když napadne sníh, tak je orientace horší. Zaměření i na zrakovou stimulaci – snaha o maximální možné využití zbytkového vidění a na hmatové vnímání, rozvoj jemné motoriky – používá již pinzetový úchop, vkládá a vyndává válečky do dírek na světelném panelu. Má ráda různé blikající hračky, rozeznává barvy.

Co se týká sebeobsluhy, zvládá pít z hrnečku a dát si jídlo z vidličky do úst, ale zatím nedokáže odhadnout množství, takže jí maminka musí dávat na talířek vždy jen jedno sousto, aby se nedávila. Umí si obout boty, ale nerozliší pravá – levá, s oblékáním potřebuje pomoci. V současné době se hodně rozmluvila – ve dvou letech pouze slova máma, táta, slabikovala, dnes již širší slovní zásoba, hodně opakuje – pozitivní jsou podněty od starších sourozenců.

Do budoucna je nutné se zaměřit na předbraillovskou přípravu, rozlišování a pojmenovávání předmětů, osob, zlepšit prostorovou orientaci.

Hanička je od narození zvyklá na návštěvu poradkyně rané péče a při konzultacích dobře spolupracuje. Rodina má zájem o docházku do běžné mateřské školy, nástup od příštího roku.

Výzkumné otázky – odpovídá maminka Haničky:

1. Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli?

„O této službě jsme se dozvěděli již v porodnici od lékaře, pár dní po narození Haničky proběhla první konzultace – ještě v nemocnici (12. den, na neonatologickém odd. – informace od poradkyně rané péče). Službu tedy využíváme téměř 4 roky.“

2. Co jste od služby RP očekávali?

„To, že se budeme mít na koho obrátit, informace, že nám pomohou jak připravit starší děti na to, že Hanička téměř nevidí, že nám poradí jaké pomůcky využívat, jak s dítětem pracovat.“

3. Co rodičům přinesla RP v náročné životní situaci?

„Hlavně pocit, že jsme v tom nezůstali sami.“

4. Co bylo pro rodinu na službě RP nejpřínosnější?

„Netradiční hračky, které nám poradkyně ukázala a které byly přizpůsobené na míru pro Haničku, setkání s rodinami, které se ocitly v podobné situaci jako ta naše, návštěvy v rodině, v domácím prostředí – nemuseli jsme nikam cestovat – Hanička se velmi bojí autobusu.“

5. Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce?

„Rozhodně, vždy si na začátku roku stanovíme cíle, kterých chceme v práci s Haničkou dosáhnout, provádíme pravidelná zhodnocení, jestli se to daří nebo ne.“

6. Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby RP přestala fungovat?

„Vývoj Haničky by určitě postupoval mnohem pomaleji, neměli bychom takový přístup k informacím, hračkám, byli bychom mnohem více izolováni – takhle se častěji setkáváme i s ostatními rodinami, které pečují o dítě s postižením.“

Rodina I – Ivánek, rok narození 2006

RA: Ivánek je z dvojčat, bratr je zdravý, bydlí společně s maminkou a tatínkem v bytě na malém městě. Bratr navštěvuje běžnou MŠ v místě bydliště, Ivánka vozí školní minibus do speciální MŠ mimo místo bydliště. O děti a chod rodiny se stará převážně

maminka, otec pracuje, zabezpečuje rodinu finančně, ale mamince s dětmi ani s domácností nepomáhá. Občas pomohou prarodiče. Maminka by si ráda našla práci, ale protože bydlí na malém městě a hlavně nemá nikoho, kdo by jí pomohl s péčí o děti, jsou její možnosti hodně omezené.

OA: Ivánek se narodil jako jedno z dvojčat na konci 8. měsíce těhotenství, které bylo rizikové – maminka musela brát léky na udržení plodu. Porod císařským řezem, maminka si nepamatuje, který ze synů byl po porodu kříšen. Ivánek měřil 38 cm a vážil 930g. Kojený byl cca do půl roku, pak kvůli nemoci odstaven. Má DMO, spastickou diparézu (ochrnuté dolní končetiny), středně těžkou mentální retardaci, lehký strabismus. Vzhledem ke svému postižení je nechodící, ale komunikativní, usměvavý chlapeček. Maminka ho krmí, ale je schopen jíst i sám, zvládá i pevnou stravu. Maminka jezdí s Ivánkem pravidelně do lázní, které mu hodně pomáhají. S bratrem si rozumí, mají společné (zdravé kamarády). Se Střediskem rané péče spolupracují cca 4 roky, letos budou spolupráci ukončovat. Maminka už je hodně vyčerpaná, začíná se u ní projevovat únava.

Výzkumné otázky – odpovídá maminka Ivánka, tatínek přítomen, do rozhovoru se místy zapojoval:

1. Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli?

„O rané péči jsme se dozvěděli z televize z pořadu Sama doma, když byly Ivánkovi 3 roky.“

2. Co jste od služby RP očekávali?

„Hlavně informace, že nám řeknou co a jak, jak se postavit k problémům, také že se potkáme s lidmi, kteří mají podobné problémy, protože na malém městě, kde žijeme, takovou možnost nemáme.“

3. Co rodičům přinesla RP v náročné životní situaci?

„Setkání s jinými rodiči, podporu, návod na řešení různých situací, pomoc s podáváním žádostí.“

4. Co bylo pro rodinu na službě RP nejpřínosnější?

„Hlavně to, že jsem se mohla na někoho obrátit o radu, kontakty, informace, také hlavně, že poradkyně přijela za námi domů, že jsem se nemusela s malým nikam vláčet, oceňovala jsem, jak si s malým rozuměla. Také hračky a pomůcky, a že nám ukázala, jak si s malým hrát.“

5. Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce?

„Ano, je škoda, že bude naše spolupráce končit.“

6. Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby RP přestala fungovat?

„Určitě bychom neměli tolik informací potřebných k péči o malého nebo bychom se k nim dopídili až třeba pozdě, rozhodně bychom byli víc izolovaní, měli méně kontaktů, cítila bych se víc na všechno sama.“

Rodina J – Jiřík, rok narození 2008

RA: Jiřík žije v úplné rodině, s maminkou, tatínkem a mladším bratrem (2 roky). Žijí v bytě na malém městě. Tatínek pracuje, maminka se stará o děti a domácnost.

OA: Jiřík se narodil ve 36 týdnu císařským řezem, akutní hypoxie, 10 minut kříšen, otok mozku, 3. den po porodu dostal epileptické křeče, krvácení do mozku. Zjištěny zvětšené mozkové komory, hydrocephalus, zaveden „shunt“. Přechodně došlo ke zlepšení epilepsie, ale brzy se opět vrátily záchvaty, v současné době kompenzován léky. Jiřík má středně těžké mentální postižení, centrální poruchu zraku – kvůli ní se maminka obrátila na Středisko rané péče, když byl Jiříkovi 1 rok. Často bývá nemocen, takže jen minimálně navštěvuje různé dětské akce a zařízení (baby kluby), od září by ho chtěla maminka zařadit do MŠ běžného typu s asistentkou – má to předběžně domluvené s ředitelkou školy. Jiřík poslední dobou více spolupracuje, maminka věří, že zařazení do běžného kolektivu bude pro něj přínosem.

Výzkumné otázky – odpovídá maminka Jiříka, (rozhovor často rušen dětmi, maminka musela zasahovat do jejich hry a děti uklidňovat):

1. Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli?

„O rané péči jsem se dozvěděla už při studiu na škole ještě dříve, než se Jiřík narodil, Středisko rané péče jsem kontaktovala po zjištění oční vady Jiříka, to mu byl asi rok.“

2. Co jste od služby RP očekávali?

„Doufala jsem, že mi pomůžou v rozvoji schopností Jiříka a že získám informace, na co vše máme např. nárok, jak mám s Jiříkem pracovat.“

3. Co rodičům přinesla RP v náročné životní situaci?

„Pomoc při řešení různých situací, pomoc s podáváním žádostí, zajímavé hračky a náměty pro práci s Jiříkem.“

4. Co bylo pro rodinu na službě RP nejpřínosnější?

„Nejdůležitější byly pro mě informace, hračky a pomůcky, že mi poradkyně ukázala, jak mám s malým pracovat, hrát si, hodně oceňuji, že poradkyně přijíždí k nám domů, rozhodně bych nezvládala s dvěma dětmi někam dojíždět já.“

5. Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce?

„Z větší části ano, jen mě mrzí, že Jiřík dělá menší pokroky, než jsem očekávala.“

6. Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby RP přestala fungovat?

„No, myslím, že bych měla velký problém sehnat některé informace a také bych nevěděla, jak mám s malým zacházet, jak ho motivovat a učit.“

4.3 Analýza rozhovorů a srovnání získaných dat

Nejprve budou rozebrány získané informace týkající se Plzeňského a Jihočeského kraje zvlášť. Poté budou srovnány tyto dva kraje mezi sebou.

Rodiny v Plzeňském kraji.

Rozhovory s rodiči se týkaly 5 dětí narozených v letech 2005 – 2010. Jednalo se o 2 dívky a 3 chlapce. Pouze jeden chlapec žije v neúplné rodině, ostatní děti v úplné.

Tento chlapec je jedináček stejně jako jedna dívka, které ale rodiče plánují pořídit sourozence. Ostatní děti mají nejméně jednoho sourozence. Všichni jsou zdraví. Dva chlapci se narodili předčasně, ostatní v termínu (nebo krátce před ním nebo po něm). Všechny maminky, kromě jedné, uvedly, že porod byl komplikovaný a po něm se dozvěděli prvotní diagnózu týkající se postižení jejich dítěte. Jedna z výše uvedených maminek sdělila, že porod proběhl bez problémů a informace týkající se postižení se dozvíдалa průběžně během prvního roku života dítěte.

Rodiče byli rozhovorům nakloněni, někteří byli sdílnější, jiní méně. Na výzkumné otázky odpovídaly většinou maminky, v jednom případě maminka i s tatínkem a v jednom babička dítěte.

1. Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli?

Služby Střediska rané péče byly využívány ve dvou případech asi 3 roky, v dalších dvou případech asi 4 roky a u jednoho dítěte přibližně 6 let. Informace o rané péči byly získány dvakrát od kamarádky, dvakrát od lékařky a v jednom případě si kontakt vyhledala maminka sama.

2. Co jste od služby RP očekávali?

Zde se rodiče v mnoha bodech shodovali. Zpočátku si někteří z nich neuměli představit co vlastně očekávat. To hlavní, co následně uváděli, byla psychická podpora, pomoc v začátcích, získání jakýchkoliv informací týkajících se toho, co a jak s dítětem dělat, jak mu pomoci. Chtěli se také dozvědět, na co mají nárok z hlediska finanční podpory a získat kontakty na další odborníky.

3. Co rodičům přinesla RP v náročné životní situaci?

Rodiče měli pocit, že jim někdo chce pomoci, že konečně nejsou každému lhostejní. Velmi si cenili empatického přístupu poradkyně rané péče, psychické podpory, které se jim dostávalo a pocitu zázemí. Získali řadu informací, námětů a inspirace pro práci se svými dětmi. Také často uváděli, jak přínosná pro ně byla setkání s ostatními rodiči,

kteří řeší stejné problémy jako oni. Ranou péči také jedna maminka popsala jako první sociální pomoc.

4. Co bylo pro rodinu na službě RP nejpřínosnější?

Zde se odpovědi rodičů často opakovaly. Uváděli, že nejpřínosnější pro ně byly návštěvy poradkyně rané péče u nich doma, psychická pomoc a podpora, poskytnutí rad a informací. Důležité bylo i to, že si mohli s někým popovídat, že o ně někdo projevil zájem. Velký přínos viděli v setkávání s ostatními rodinami a zejména v půjčování hraček a poskytnutí nápadů a vychytávek jak si s dítětem hrát a pracovat. Velkou výhodou bylo podle nich také to, že je raná péče poskytována zdarma.

5. Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce?

V této otázce se všichni dotazovaní shodli v tom, že služba rané péče splnila jejich očekávání (mnohdy nad rámec jejich představ) a naplnily se cíle spolupráce.

6. Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby RP přestala fungovat?

Rodiče používali slova typu „*zoufalství, bezradnější, ztracenější, ani pomyslet.*“ Je zřejmé, že život by si bez služeb rané péče už nechtěli ani představit. Tuto variantu považují za závažný problém. Pro většinu z nich je nepředstavitelné, že by za ranou péčí museli někam dojíždět. Všeobecně uvádějí, že by měli horší přístup k informacím a ke kontaktům na odborníky, nemohli by si dovolit kupovat hračky a pomůcky (nebo by je ani nenapadlo zrovna takové koupit). Nevěděli by, jak k dětem přistupovat, jak je stimulovat a jak s nimi pracovat a dále je rozvíjet.

Rodiny v Jihočeském kraji.

V Jihočeském kraji tvořilo „výzkumný vzorek“ také 5 dětí (2 dívky a 3 chlapci narozeni v letech 2006 - 2009), jejichž rodiče odpovídali na dané otázky. Všechny děti pochází z úplných rodin a kromě jedné holčičky (rodiče mají obavu mít další dítě) mají všichni sourozence. Jeden chlapec dokonce dvojče. Všichni jsou zdraví. Těhotenství

jednotlivých maminek byla ve většině případů riziková. Pouze jeden chlapec se narodil v termínu, ostatní předčasně. U všech se vyskytly komplikace při porodu. Poté se rodiče dozvídali o postiženích svých dětí. Pouze u jedné holčičky byla část diagnózy známá již v těhotenství.

Rodiče byli, stejně jako v Plzeňském kraji, sdílní, i když někteří více a někteří méně. Na otázky odpovídala ve všech případech maminka dítěte, u dvou dětí se zapojil i tatínek, v jednom případě byl přítomen, ale věnoval se dětem a nezapojil se.

1. Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli?

Služby, které Středisko rané péče poskytuje, využívají 3 děti asi 3 roky a 2 děti 4 roky. Povědomí o rané péči získávali rodiče poměrně rozmanitě. Ve 2 případech prostřednictvím lékaře (v porodnici a u očního lékaře v 1 roce věku dítěte). V jednom případě v lázních v 9 měsících věku dítěte a v dalším případě prostřednictvím pořadu České televize – Sama doma, když dítěti byly již 3 roky. Jedna maminka uvedla, že o rané péči věděla již od studia na škole (před narozením dítěte), vyhledala ji v 1 roce věku dítěte, když mu byla zjištěna oční vada.

2. Co jste od služby RP očekávali?

Někteří rodiče původně nevěděli, co by měli od služby RP očekávat. Chtěli ale získat informace, jak se postavit k problému, jak s dítětem pracovat, jaké pomůcky využívat a jak rozvíjet jeho schopnosti. Potřebovali pomoc a radu jak zacházet s dítětem. Očekávali také možnost setkávat se s rodinami s podobnými problémy a podporu týkající se přípravy starších dětí na fakt, že jejich malý sourozenec je postižený.

3. Co rodičům přinesla RP v náročné životní situaci?

Rodiče uváděli shodně podporu, pocit, že „v tom“ nejsou sami, pomoc v různých situacích (např. vyřízení žádostí...), získání informací, námětů, inspirace a přehledu v dané problematice. Přínosem bylo také setkávání s ostatními rodinami a zapůjčování hraček a pomůcek.

4. Co bylo pro rodinu na službě RP nejpřínosnější?

Nejpřínosnější byli dle rodičů návštěvy poradkyně rané péče u nich doma. Zde jim ukázala, jak si s dítětem hrát, jak pracovat a poskytla jim cenné informace, rady a kontakty. Zapůjčení různých hraček a pomůcek pro rozvoj schopností dítěte uvádějí rodiče jako velké plus. Příjemná byla také vzájemná rodinná setkání, kde si mohli popovídat a vyměnit zkušenosti. Byla zde také zmíněna pomoc při zlepšení sourozeneckých vztahů.

5. Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce?

Zde se rodiče vyjádřili souhlasně. Služby rané péče splnily jejich očekávání a cíle spolupráce byly naplněny. Pro jednu rodinu šlo o příjemné překvapení, druhá lituje, že služba již končí. Pouze jedna maminka uvedla, že očekávání a cíle se z větší části splnily, avšak dítě dělá menší pokroky oproti očekávání.

6. Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby RP přestala fungovat?

Pro rodiny by to znamenalo, jak uvedli rodiče, ztížený přístup k informacím, pomůckám a hračkám. Rodiče by neměli takovou možnost kontaktovat ostatní rodiny s postiženými dětmi. Také zde bylo uvedeno, že by kvůli menšímu počtu kontaktů měli pocit izolace a samoty. Jedna maminka uvedla, že by byla v horším psychickém stavu nebýt služeb rané péče.

Plzeňský a Jihočeský kraj – srovnání

Případové studie v obou krajích se týkali 10 dětí (4 dívek a 6 chlapců) narozených v letech 2005 – 2010. Služby rané péče využívají v obou krajích rodiny těchto dětí většinou již 3-4 roky v jednom případě dokonce 6 let. Informace týkající se rané péče se dostávaly k rodičům většinou od lékařů a kamarádek, v jednom případě v lázních či z televize. Dvě maminky našly Středisko rané péče samy vzhledem ke zjištění diagnózy jejich dětí.

Co se týká toho, co rodiče od služeb rané péče očekávali, zde se rodiče v obou krajích shodují. Zpočátku vůbec nevěděli, co očekávat. Cítili ale potřebu získat informace, pomoc a podporu v jejich současné situaci. Doufali, že pomocí této služby se dozvědí, jak s dítětem zacházet, jak si s ním hrát, pracovat a dále jej rozvíjet. Chtěli zjistit, na co vlastně mají nárok v souvislosti s financemi a získat kontakty na další odborníky.

V Plzeňském i Jihočeském kraji rodiče souhlasně vypovídali, že jim raná péče poskytla pomoc a podporu, také řadu informací, námětů a inspirací pro život s postiženým dítětem. Díky setkávání s poradkyní rané péče a ostatními rodiči s podobnými zkušenostmi získali pocit, že v tom nejsou sami, že je někdo vnímá a naslouchá jim. Jako důležitou také shodně označili pomoc s vyřizováním různých formalit jako podávání žádostí apod. a zapůjčování hraček a pomůcek, které by si někteří rodiče (jak se v odpovědích mimo jiné objevilo) nemohli dovolit.

Pokud jde o přínos služeb rané péče pro rodinu, i zde se výpovědi rodičů opakovaly v tom smyslu, že nejpřínosnější byly návštěvy poradkyně rané péče u nich doma. Stejně tak jako cenné informace, rady a podpora v nelehké životní situaci. Už to, že si mohli s někým promluvit a vyjádřit své pocity a obavy pro ně moc znamenalo. V Plzeňském kraji bylo rodiči také zmíněno, že je pro ně velkou pomocí i fakt, že služby rané péče jsou poskytovány zdarma. V Jihočeském kraji jedna rodina uvedla, že pro ně byla důležitá také pomoc poradkyně v oblasti sourozeneckých vztahů.

Žádná rodina se ani v jednom z krajů nevyjádřila, že by byla se službou rané péče nespokojená nebo že by se nenaplnily vymezené cíle spolupráce. Pouze jedna maminka v Jihočeském kraji uvedla, že přestože se její očekávání a cíle z větší části splnily, dítě dělá menší pokroky, než očekávala.

Poslední výzkumnou otázkou bylo, jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby raná péče přestala fungovat. Všichni rodiče se zde vyjadřovali v podobném duchu. Svůj život bez pomoci rané péče si už neumějí představit. Byl by to pro ně zásadní problém. Nevěděli by, jak s dítětem pracovat, jak si s ním hrát a posilovat jeho schopnosti a dovednosti. Neměli by takový přístup k informacím, hračkám, pomůckám, kontaktům na odborníky atd. Pravděpodobně by na tom byli hůře psychicky a cítili by se izolovaní,

protože jsou pro ně důležitá i setkání s ostatními rodiči. Co se týká výše zmíněné izolovanosti rodiny, byl zde zřejmý rozdíl ve výpovědích rodičů. V Plzeňském regionu hovořila o významu kontaktů jedna rodina, ale v Jihočeském kraji 4 – 5 rodin.

5. DISKUZE

Práce si kladla za cíl zhodnotit služby a spokojenost klientů s ranou péčí ve vybraných oblastech, kterými byly Plzeňský a Jihočeský kraj. Výzkumné otázky byly následující: *Jak dlouho jste službu rané péče využívali nebo využíváte, odkud jste se o ní dozvěděli? Co jste od služby RP očekávali? Co rodičům přinesla raná péče v náročné životní situaci? Co bylo pro rodinu na službě RP nejprínosnější? Splnila služba RP Vaše očekávání, naplnily se cíle spolupráce? Jaké by byly důsledky pro rodiny, kdyby raná péče přestala fungovat? Zvolená výzkumná strategie byla kvalitativní. Výzkumný soubor tvořilo 10 rodin (5 z Plzeňského kraje a 5 z Jihočeského kraje). Metodou získávání dat byl polostandardizovaný rozhovor. Práci doplňovaly kazuistiky dětí a jejich rodin. Metodou zpracování dat byla kvalitativní obsahová analýza.*

Z rozhovorů s rodiči vyplynulo, že služby rané péče všem rodinám velmi pomohly, přestože někteří zpočátku netušili, co mají od služby očekávat. Hlavní přínos všichni spatřovali v docházce poradkyně rané péče k nim domů. Tzn., že rodiče oceňovali zejména to, že jde o terénní službu, kterou legislativně vymezuje *zákon č. 206/2009 Sb.*, kterým se mění *zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* (4). Velkou pomoc pro ně znamenala názorná ukázka jak s dítětem pracovat, hrát si a dál ho rozvíjet. To je pochopitelné, protože valná většina rodičů by vůbec nevěděla, jak k dítěti, které má specifické potřeby, přistupovat. S daným postižením se mnozí nikdy nesetkali, takže ani nemohou vědět, co obnáší. Výše zmíněný rozvoj interakce mezi rodiči a dítětem, ale také stimulace vývoje dítěte vychází, mimo jiné, ze Standardů kvality sociálních služeb (18). Zapůjčené pomůcky a hračky podporující rozvoj dítěte by si většina rodin kvůli finanční náročnosti nemohla dovolit pořídit nebo by je ani nenapadlo, že by taková pomůcka nebo hračka mohla být pro jejich dítě vhodná. Velkou pomocí byla pro všechny rodiny i psychická podpora, poskytnutí dalších kontaktů na odborníky a setkávání s dalšími rodiči. Protože jak se říká, sdílená starost je poloviční starost.

Nikdo z dotazovaných nevedl žádný problém nebo negativní připomínku, která by se k poskytování služeb rané péče vztahovala.

Autoři publikací týkajících se rané péče se shodují v jednom základním stanovisku. Poskytování rané péče by mělo nastat co nejdříve po zjištění rizika, postižení nebo ohrožení vývoje jejich dítěte. To je pochopitelné, protože čím dříve je odpovídající péče poskytnuta, tím lepších výsledků lze dosáhnout. Realita je však často jiná. Někteří rodiče se sice o postižení svého dítěte dozvěděli již v porodnici nebo krátce po narození dítěte, ale někteří např. až v průběhu prvního roku až tří let života dítěte.

Dagmar Přinosilová, působící jako odborná asistentka na Katedře speciální pedagogiky na Masarykově univerzitě v Brně, upozorňuje ve svých publikacích na fakt, že je nezbytná včasná diagnostika (9). S tím nelze než souhlasit. Ve skutečnosti se ale na tento fakt často zapomíná. Až v současné době funguje např. v Plzeňském kraji doporučování služeb rané péče lékaři Neonatologického oddělení FN Plzeň. V Jihočeském kraji je spolupráce s lékaři ohledně doporučení služeb rané péče, jak vyplynulo z rozhovorů s rodiči, o něco horší.

Také Jiří Jankovský upozorňuje na nezastupitelný význam rané péče, protože opravdu včasná aplikace komplexní péče (systému ucelené rehabilitace) má významný vliv jak v oblasti terapeutické, tak edukační (29).

7 dětí z výzkumné skupiny bylo narozeno předčasně, proto naprosto souhlasím s názorem Asociace pracovníků v rané péči, že je velmi důležitá včasná diagnostika odchylek neuromotorického a neurosenzorického vývoje předčasně narozených a perinatálně ohrožených dětí během prvních tří měsíců života a zahájení příslušných intervenčních programů (27).

Polovina, tzn. 5 dětí z výzkumné skupiny, má diagnostikovanou určitou formu cerebrální parézy (dětské mozkové obrny). Také Jaroslava Kolářová zdůrazňuje důležitost včasné diagnózy ohrožení vývojem syndromu dětské obrny, která by měla být stanovena nejpozději koncem 3. měsíce 1. roku života dítěte. Praxe tomu, bohužel, v mnoha případech neodpovídá, takže pokud lékař včas zastavení vývoje neodhalí, porucha se fixuje a začíná být zjevná až po 6. měsíci věku, někdy i později, kdy už období pro zahájení léčby je méně výhodné (40). Průkopnice v oblasti rané péče, Terezie Hradilková uvádí, že nejdůležitější období ve věku dítěte, v rámci rané péče, je od narození do 4 let. Dále uvádí, že kompenzační možnosti mozku jsou obrovské do

věku 3 let dítěte. V tomto období je tudíž možné udělat největší pokroky ve vývoji dítěte (1). Naproti tomu Votava vzhledem k včasné diagnostice poukazuje na fakt, že určitá vrozená postižení existují sice od narození dítěte nebo od časného dětství, ale nemusí být na dítěti hned po narození patrná. A to z toho důvodu, že určité funkce, u kterých se má poškození projevit, se u dítěte rozvíjí postupně (31).

I z vlastní zkušenosti zastávám názor, že první roky života dítěte jsou opravdu nejdůležitější. Dochází k maximálnímu rozvoji osobnosti ve všech jeho složkách. Čím dříve je postiženému dítěti poskytnuta optimální péče, tím větších úspěchů ve svém rozvoji může dosáhnout. Přestože se poskytovatelé rané péče snaží o celkovou osvětu v této problematice, ve skutečnosti existuje mnoho rodičů, ke kterým se informace dostanou později, než by bylo potřeba. To potvrzují i četné internetové diskuse, kde si většinou maminky sdělují své zkušenosti a litují, že se k informacím nedostaly dříve.

Důležité však také je, jakým způsobem se rodiče o možnostech služeb rané péče dozvědí. V tomto výzkumné šetření vyvodilo překvapující zjištění. Někteří rodiče se o této formě pomoci dozvěděli od lékařů nebo již v porodnici (ve 4 případech, v jednom případě v lázních). Jedna maminka ale např. uvedla, že si kontakty musela najít sama na internetu, protože právě lékaři ji v té době nikam nenasměrovali a neporadili, na koho by se měla s žádostí o pomoc obrátit. Polovina respondentů získala informace od svých známých, z televize nebo se snažili pomoc vyhledat sami.

Pro rodiče je zjištění diagnózy často velkým šokem a jednotlivé rodiny se s touto skutečností vyrovnávají různě. Vždy však prochází určitými fázemi. Někteří se snaží okamžitě hledat různé formy pomoci a jiní zpracovávají informace, týkající se zdravotního stavu svého dítěte déle. Vše je velmi individuální. Text publikace Bartoňové, Bazalové, Pipekové se s tímto tvrzením shoduje. Dále uvádí, že rodiče se ocitnou rázem v neočekávané realitě a rozvíjí se u nich obranné mechanismy. Poukazuje také na to, že služby rané péče nejsou pouze pro děti se specifickými potřebami, ale poskytují podporu i jejich rodičům a sourozencům (46).

Určitě by byla vhodná informační provázanost mezi obory, aby ve chvíli, kdy je rodičům sdělena diagnóza týkající se postižení jejich dítěte, byli nasměrováni na vhodnou formu pomoci v rámci Středisek rané péče. Je zřejmé, že spousta lidí nemá

o této službě žádné povědomí. Touto problematikou by se mohlo zabývat další výzkumné šetření.

Rodiče shodně uvedli, že služby rané péče splnily jejich očekávání a mnohdy jej předčily. Cíle spolupráce byly dle nich naplněny.

Vedle informací považují rodiče za nejpřínosnější konzultace v rodině, zapůjčování pomůcek a hraček (včetně ukázek), přizpůsobení se časově režimu rodiny a také individuální a lidský přístup poradců.

Je pochopitelné, že o případném zániku služeb rané péče nechtějí rodiče dětí ani slyšet. Je to pro ně neocenitelný zdroj informací, kontaktů a podpory. Bez něj by se cítili bezradní a v izolaci.

6. ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce se zabývala ranou péčí pro děti se zdravotním postižením, jejím významem a zhodnocením v Plzeňském a Jihočeském kraji. Text je rozdělen na část teoretickou a praktickou.

Část teoretická se zabývá teoretickými východisky rané péče. Rozebírá se zde pojem raná péče, její vznik a vývoj a také popis organizace a zákonných podmínek. Kapitola obsahuje také rozbor rané péče v Plzeňském a Jihočeském kraji, na které je tato práce zaměřena. Ranou péčí v Plzeňském kraji poskytuje Středisko pro ranou péči Plzeň o.p.s., které má působnost nejen v Plzeňském, ale i Karlovarském kraji. Ranou péčí v Jihočeském kraji zajišťuje Středisko rané péče SPRP České Budějovice, které je organizační jednotkou o. s. Společnost pro ranou péči. Dále se teoretická část zabývá problematikou zdravotního postižení, které úzce souvisí s ranou péčí. Je zde rozepsáno jeho vymezení i vznik a uvádí se druhy zdravotního postižení. Stejně tak jsou nezbytné informace týkající se rodiny a dítěte se zdravotním postižením. Kapitulu ukončuje téma zabývající se společností a lidmi se zdravotním postižením.

Aby mohla být vypracována teoretická část práce, byla využita analýza odborné literatury a internetových zdrojů, které se danou tematikou zabývají.

V praktické části jsou vytyčeny cíle a metody výzkumného šetření, dále charakteristiky respondentů a jsou zde předloženy kazuistické studie. Nezbytnou součástí práce je analýza rozhovorů a srovnání získaných dat.

Na závěr se uvádí vyhodnocení a závěry šetření. Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit služby a spokojenost klientů s ranou péčí ve vybraných oblastech, kterými byly Plzeňský a Jihočeský kraj. Tento cíl bakalářské práce byl naplněn. Z rozhovorů s rodiči vyplynulo, že služby rané péče všem rodinám velmi pomohly, přestože někteří zpočátku netušili, co by měli od služby očekávat. Rodiče jak v Plzeňském, tak v Jihočeském kraji se shodovali, že si svůj život bez pomoci rané péče už ani neumějí představit. Pokud by služeb rané péče nemohli využívat, byl by to pro ně zásadní problém. Nevěděli by, jak s dítětem pracovat, jak si s ním hrát a posilovat jeho schopnosti a dovednosti. Neměli by takový přístup k informacím, hračkám, pomůckám,

kontaktům na odborníky atd. Pravděpodobně by na tom byli hůře psychicky a cítili by se izolovaní, protože jsou pro ně důležitá i setkání s ostatními rodiči.

Práce bude využívána pro potřeby Středisek rané péče – zhodnocení poskytovaných služeb, které jsou pro bývalé nebo současné klienty nejdůležitější.

Na úplný závěr této práce bych ráda citovala jednu z myšlenek, které ve své knize uvádí Ivana Fitznerová a která i mně velmi pomohla v době, kdy se zdálo být psychicky neúnosné přijmout fakt, že patřím k matkám, které se musí vyrovnat s tím, že se jejich dítě narodilo jiné:

„ Přijměme naše dítě jako úžasnou, jedinečnou bytost, včetně jeho dobrých stránek i jeho handicapu. Nikdo není dokonalý, díky různorodosti a odlišnosti se učíme větší citlivosti a náš svět je tak pestřejší, barevnější.“ (54, s. 154).

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. HRADILKOVÁ, T. Raná péče – vymezení pojmů. In *Sborník vybraných příspěvků z kurzu „Poradce rané péče“*. Praha: Společnost pro ranou péči, 2006. s. 9-13. Interní materiál Společnosti pro ranou péči.
2. Raná péče. In: *Společnost pro ranou péči: raná péče* [online]. [cit. 2013-03-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html>>
3. HRADILKOVÁ, T. Raná péče jako proces. In *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením: Vybrané příspěvky z kurzu „Poradce rané péče“*. Praha: Středisko rané péče Praha, 1998. s. 6-13. ISBN 80-238-3267-0.
4. *Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony* [online]. [cit. 2013-03-14]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7373/206_2009_Sb.pdf>
5. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online]. [cit. 2013-03-14]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>
6. Raná péče. In: *Střediska pro ranou péči: raná péče* [online]. [cit. 2013-03-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.ranapece.eu/>>
7. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
8. VÍTKOVÁ, M. *Otázky speciálně pedagogického poradenství: základy, teorie, praxe*. 2. vyd. Brno: MSD, 2004. 261 s. ISBN 80-86633-23-3.
9. PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice. Texty k distančnímu vzdělávání*. 2.vyd. Brno: Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7.
10. Therapy Options. Early Intervention. In: *Early Intervention Support* [online]. © 2009-2012 Early Intervention Support. [cit. 2013-04-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.earlyinterventionsupport.com/therapyoptions/default.aspx>>
11. KUDELOVÁ, I. Raná péče: Proč a jak raná péče vznikla. In: *Šance Dětem* [online]. [cit. 2013-03-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rana-pece.shtml>>

12. VACHULOVÁ, J. Historie počátků rané péče v ČR se zvláštním zřetelem na ranou péči pro rodiny dětí s postižením zraku. In: *Středisko pro ranou péči: Liberec Plzeň EDA Praha* [online]. [cit.2013-03-23]. Dostupné z WWW: <<http://www.ranapece.eu/rana-pece/historie>>
13. VYSKOČIL, T. *Raná péče – terénní sociální služba* [online]. Pardubice: Středisko rané péče SPRP Olomouc. [cit.2012-12-03]. Prezentace. Dostupné z WWW: <http://www.hanycom.cz/doc/bku/tv_olomouc.pdf>
14. Raná péče. In: *Společnost pro ranou péči: poslání a cíle* [online]. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z WWW: < <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/o-nas/poslani-a-cile.html>>
15. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.
16. Raná péče. In: *Střediska pro ranou péči: poslání a cíle* [online]. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z WWW: < <http://www.ranapece.eu/rana-pece/poslani-a-cile>>
17. KUDELOVÁ, I. Základní charakteristiky rané péče In: *Raná péče - pomoc rodinám dětí se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2013-03-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.rodina.cz/clanek8736.htm>>
18. Standardy kvality sociálních služeb. In: *Asociace pracovníků v rané péči* [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z WWW: <http://www.asociace-ranapece.unas.cz/hlavni_strana.php>
19. PILAŘOVÁ, M., HRADILKOVÁ, T. *Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence*. Praha: Občanské sdružení Futurum, 1999. Interní materiál Společnosti pro ranou péči.
20. KUDELOVÁ, I. Raná péče: Průběh služby rané péče. In: *Šance Dětem* [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rana-pece.shtml>>
21. *Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* [online]. [cit. 2013-03-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1?highlightWords=%C4%8D.72>>

22. *Vyhláška č. 505/2006 Sb.*, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7336/505_2006_aktual.pdf>
23. Raná péče. In: *Středisko pro ranou péči: Plzeň* [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.ranapece.eu/plzen>>
24. Raná péče: poslání a cíle. In: *Střediska pro ranou péči* [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.ranapece.eu/rana-pece/poslani-a-cile>>
25. Raná péče: poskytované služby. In: *Středisko pro ranou péči: Plzeň* [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.ranapece.eu/plzen/poskytovane-sluzby>>
26. O nás. In: *Společnost pro ranou péči: České Budějovice* [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z WWW: <<http://ceskebudejovice.ranapece.cz>>
27. Raná péče – u nás. In: *Asociace pracovníků v rané péči* [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z WWW: <http://www.asociace-ranapece.unas.cz/hlavni_strana.php>
28. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
29. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
30. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
31. VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-2460-708-5.
32. Media centre. Disability and health. In: *World Health Organization* [online]. © WHO 2013. [cit. 2013-04-04]. Dostupné z WWW: ><http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/index.html><
33. *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání* [online]. [cit. 2013-03-25]. Dostupné z WWW: ><http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf><
34. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

35. VALENTA, M., MÜLLER, O. et al. *Psychopedie*. 4. vyd. Praha: Parta, 2009. 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.
36. OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2008, 180 s. ISBN 978-80-210-4575-0.
37. HAMADOVÁ, P., KVĚTOŇOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, Z.: *Oftalmopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. 2.vyd. 2007. 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.
38. NOVÁKOVÁ, Z. *Oftalmopedie*. In: PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
39. HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. 1.vyd. Praha: Portál. 2012. 160 s. ISBN 978-80-262-0084-0.
40. VELEMÍNSKÝ, M.; TOMŠÍKOVÁ, Z., KUKLA, L., KOLÁŘOVÁ, J. *Výbrané kapitoly z pediatrie*. 6.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2009. 176 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
41. SOURALOVÁ, E., LANGER, J. *Surdopedie. Studijní opora pro kombinované studium*. 1.vyd. Olomouc: UP. 2005. ISBN 80-244-1084-2
42. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. In PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
43. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 228 s. ISBN 80-85931-88-5.
44. LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1.vyd. Olomouc: UP, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
45. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
46. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. 2.vyd. Brno: Paido, 2007. 150s. ISBN 978-80-7315-161-4.
47. SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

48. BARTOŇOVÁ, M.: Základní problematika specifických poruch učení. In VÍTKOVÁ, M.: *Integrativní speciální pedagogika*. 2.vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315071-9.
49. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
50. BARTOŇOVÁ, M., PIPEKOVÁ, J. Rodina s dítětem se zdravotním postižením. In *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
51. KREJČÍŘOVÁ, D. Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy u dítěte. In ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4.vyd. Praha: Grada, 2006. s. 69-74. ISBN 80-247-1049-8
52. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
53. KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2013-04-04].
Dostupné z : http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/2.htm
54. FITZNEROVÁ, I. *Máme dítě s handicapem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. s. 154, ISBN 978-80-7367-663-6

8 KLÍČOVÁ SLOVA

- dětská mozková obrna
- dítě s postižením
- raná péče
- rodina
- služby rané péče
- střediska rané péče
- zdravotní postižení

9. PŘÍLOHY

9.1. Příloha č.1

Kontakty na vybraná Střediska rané péče v Plzeňském a Jihočeském kraji



Středisko pro ranou péči Plzeň, o.p.s.
Tomanova 5
301 00 Plzeň
tel/fax: 377 420 035
e-mail: plzen@ranapece.eu
www.ranapece.eu
Bankovní spojení:
240903241/0300
Účet je vedený u ČSOB
IČO: 29109663



Středisko rané péče SPRP České Budějovice
Kněžská 8
370 01 České Budějovice
tel.: 385 520 088
e-mail: budejovice@ranapece.cz
IČO: 75 09 49 75
Č. účtu: 213449792/0300